



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE HIDALGO

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Instituto de Ciencias de la Salud

Área Académica de Enfermería

Enfermería Neonatal



Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo

Hospital General Pachuca

**Actitud y Autoeficacia de las madres adolescentes relacionado con la lactancia materna en el Hospital General Pachuca Hidalgo**

**T E S I S**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD  
EN ENFERMERÍA NEONATAL

Que Presenta Licenciada en Enfermería

ANA BIANEY HERNÁNDEZ ORTIZ

Directora de Tesis

DRA. MARÍA LUISA SÁNCHEZ PADILLA

Codirectora

M.C.E ROSA MARÍA GUEVARA CABRERA

Junio 2019



**Hospital General de Pachuca y Dirección de Unidades Médicas Especializadas**

Dr. en C. SERGIO MUÑOZ JUAREZ  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION

¡DI NO AL TABACO! Fumar quita años de vida

Dependencia: Secretaría de Salud  
U. Administrativa: Hospital General Pachuca  
Área Generadora: Departamento de Investigación  
No. De Oficio: 154/2019

Pachuca., Hgo. 10 de junio del 2019

L.E. ANA BIANEY HERNANDEZ ORTIZ  
P R E S E N T E

Después de que los Comités de Investigación y de Ética en Investigación del Hospital General de Pachuca evaluarán las enmiendas el Protocolo de Investigación titulado: Actitud y Autoeficacia en la lactancia materna en madres adolescentes del Hospital General de Pachuca; de la especialidad en Enfermería Neonatal, me permito comunicarle que cumple con los cambios solicitados por lo que **se autoriza su ejecución** y queda registrado con el **No. 2019/044** del libro correspondiente.

Asimismo, hago de su conocimiento que todos los documentos que emanen de su investigación, deberá de realizar los resguardos correspondientes, para que la información de los participantes no sea divulgada sin el consentimiento de los mismos.

De igual manera le informo que durante el transcurso de su investigación podrá ser supervisado por los miembros del Comité de Ética en Investigación y/o por el Comité de Investigación.

Al finalizar el levantamiento de la información que su investigación requiere, deberá pasar al Departamento de Investigación para que se le otorgue el archivo electrónico correspondiente al Informe Técnico Final, el cual deberá de entregar a este Departamento para darle continuidad a sus trámites.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

  
c.c.p. Archivo  
SMJ/EAR



Pachuca - Tulancingo 101, Col. Ciudad de los Niños,  
Pachuca de Soto, Hgo., C. P. 42070  
Tel.: 01 (771) 713 4649  
www.hidalgo.gob.mx Carr



**Hospital General de Pachuca y Dirección de Unidades Médicas Especializadas**

DR. SERGIO MUÑOZ JUÁREZ  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN  
DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA

¡DI NO AL TABACO! Fumar quita años de vida

Dependencia:	Secretaría de Salud
U. Administrativa:	Hospital General Pachuca
Área Generadora:	Departamento de Investigación
No. De Oficio:	163/2019

Pachuca., Hgo, a 21 de junio de 2019.

L.E. ANA BIANEY HERNÁNDEZ ORTIZ  
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA NEONATAL  
P R E S E N T E

Me es grato comunicarle que se ha analizado el informe final del estudio: ACTITUD Y AUTOEFICACIA EN LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL GENERAL PACHUCA, cumple con los requisitos establecidos por el Comité de Ética en Investigación, por lo que se autoriza continuar con los procesos administrativos de su especialidad.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E



EARI/SMJ

Pachuca - Tulancingo 101, Col. Ciudad de los Niños,  
Pachuca de Soto, Hgo., C. P. 42070  
Tel.: 01 (771) 713 4649  
www.hidalgo.gob.mx Carr



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE HIDALGO



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Instituto de Ciencias de la Salud

Área Académica de Enfermería

Enfermería Neonatal

Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo

Hospital General Pachuca

PRESENTA

Lic.Enf. Ana Bianey Hernández Ortiz

SINODALES DE JURADO:

**PRESIDENTE:** Dra. María Luisa Sánchez Padilla

\_\_\_\_\_

**SECRETARIO:** M.C.E. Rosa María Guevara Cabrea

\_\_\_\_\_

**VOCAL 1:** Dra. Margarita Lazcano Ortiz

\_\_\_\_\_

**VOCAL 2:** M.C.E: Rosa María Baltazar Téllez

\_\_\_\_\_

**VOCAL 3:** E.E.N. Raquel López Viveros

\_\_\_\_\_

**SUPLENTE 1:** Dr. José Arias Rico

\_\_\_\_\_

**SUPLENTE 2:** M.C.E. Roció Belem Mayorga Ponce

\_\_\_\_\_

SAN AGUSTÍN TLAXCALA

JUNIO 2019

## **Agradecimiento**

### **Gracias a Dios:**

Por disfrutar de una familia, amigos y por permitirme lograr un proyecto más de vida.

### **A mis padres:**

Por apoyarme en cada decisión y proyectos, por sus consejos, comprensión y amor; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que incluyen este, me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas, me motivaron constantemente para alcanzar mis metas.

Gracias papá, Gracias Mamá

### **Familiares y Amigos**

Gracias por sus palabras de apoyo, por sus consejos para lograr este proyecto llamado especialidad en neonatología.

## **Dedicatoria**

Mi tesis la dedico con todo cariño a mi padre Esteban Hernández Bautista y mi madre Margarita Ortiz Pérez, por el inmenso apoyo brindado para lograr este proyecto en mi vida, por darme una carrera profesional y por creer en mis capacidades, aun a pesar de los momentos difíciles siempre han estado aquí para brindarme su apoyo, cariño y comprensión.

A mis hermanos y amigos presentes y pasados, quien sin esperar nada a cambio compartieron conmigo sus conocimientos, su paciencia y a todas aquellas esas personas que durante este tiempo me brindaron su apoyo incondicional para que lograra mi sueño que el día de hoy ya es una realidad, por todo esto.

¡Mil Gracias!

## Resumen

Se realizó la investigación Actitud y Autoeficacia de las madres adolescentes relacionado con la lactancia materna en el Hospital General Pachuca Hidalgo con él. **Objetivo** de. Analizar la Actitud y Autoeficacia de las madres adolescentes con relación a la lactancia materna en el servicio de toco cirugía y ginecobstetricia. **Material y método:** el estudio fue de tipo correlacional, descriptivo, con diseño: no experimental trasversal, prospectivo el cual fue realizado de diciembre 2018 a febrero 2019. **Universo** conformado por madres adolescentes que se encontraban hospitalizadas en los servicio de ginecobstetricia y toco cirugía del Hospital General Pachuca Hidalgo. **Muestra** por disponibilidad de 50 madres adolescentes, tipo de muestreo no probabilístico. En la recolección de datos se utilizaron los instrumentos de medición de actitud IIFAS y autoeficacia: BSES-SF. **Análisis estadístico** a través de estadística descriptiva, paquete SPSS versión 21 y. Correlación de Pearson. **Resultados:** Se encontró que el 60% de las madres oscilan en una edad de 15 y 17 años la cual es una edad no apta para la crianza de un recién nacido por los diferentes cambios físicos y psicológicos correspondientes a esta etapa de vida en la que se encuentra la mujer. En cuanto al estado civil 54% de las madres adolescentes refieren estar solteras; mientras que el 98% refirió no tener un trabajo dedicando el tiempo a actividades escolares. El 90% son primigestas se observó un aumento en tipo de parto por cesárea 52% el cual es un factor importante para el abandono de la lactancia materna; se identificó que el 64% de las madres adolescentes tiende a realizar una alimentación mixta esto implica una gran desventaja ante la lactancia materna. En cuanto a la variable actitud el 72% de las madres consideradas para este estudio tuvieron un nivel neutro hacia la lactancia materna; mientras que el 28% presentaron una actitud positiva a la formula. En la variable autoeficacia se observó que el 76% madres adolescentes tuvieron un nivel medio de autoeficacia en la lactancia materna, mientras que 24 % restante presentaron un nivel bajo. La hipótesis se aprobó con un valor de  $r=.067$  **Conclusión:** Las madres adolescentes no cuentan con experiencia en la lactancia materna ya que más de la mitad son primigestas, y tendrán que adaptar el rol materno como lo refiere la teoría de Mercer, identificar las necesidades de alimentación del recién nacido. Una vez identificados los puntos críticos en la Actitud y Autoeficacia lo cual justifica el reforzamiento de los programas impartidos por la clínica de la lactancia materna.

**Palabras calve:** Actitud, autoeficacia, lactancia materna, adolescentes, primigestas.

## Summary

The Attitude and Self-efficacy research of adolescent mothers related to breastfeeding at the General Hospital Pachuca was carried out with him. Aim of. To analyze the Attitude and Self-efficacy of adolescent mothers in relation to breastfeeding in the service of surgery and obstetrics and gynecology. Material and method: the study was of correlational type, descriptive, with design: non-experimental, cross-sectional, prospective which was carried out from December 2018 to February 2019. Universe conformed by adolescent mothers who were hospitalized in the obstetrics and gynecology service. General Hospital Pachuca. Sample by availability of 50 adolescent mothers, type of non-probabilistic sampling. In the data collection, the IIFAS attitude measurement and self-efficacy instruments were used: BSES-SF. Statistical analysis through descriptive statistics, SPSS package version 21 and. Pearson correlation. Results: It was found that 60% of mothers oscillate at an age of 15 and 17 years which is an age not suitable for the upbringing of a newborn due to the different physical and psychological changes corresponding to this stage of life in which the woman is found. Regarding marital status, 54% of adolescent mothers report being single; while 98% reported not having a job dedicating time to school activities. 90% are primitive, an increase in type of cesarean delivery was observed, 52% which is an important factor for the abandonment of breastfeeding; It was identified that 64% of adolescent mothers tend to eat a mixed diet, which implies a great disadvantage in breastfeeding. Regarding the attitude variable, 72% of the mothers considered for this study had a neutral level towards breastfeeding; while 28% presented a positive attitude to the formula. In the self-efficacy variable, it was observed that 76% of adolescent mothers had an average level of self-efficacy in breastfeeding, while the remaining 24% presented a low level. The hypothesis was approved with a value of  $r = .067$  Conclusion: Adolescent mothers do not have experience in breastfeeding since more than half are primitive, and will have to adapt the maternal role as Mercer refers to identify the needs of feeding the newborn. Once identified the critical points in the Attitude and Self-efficacy which justifies the reinforcement of the programs taught by the clinic of breastfeeding.

Palabras Calve: Attitude, self-efficacy, breastfeeding, adolescents, primigraves.



## Índice

<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>I. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>3</b>
<b>I.8. Adolescencia .....</b>	<b>26</b>
<b>II. ANTECEDENTES .....</b>	<b>28</b>
<b>III. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>36</b>
<b>IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>37</b>
<b>IV.1. Pregunta de investigación .....</b>	<b>38</b>
<b>IV.2 Objetivo. ....</b>	<b>38</b>
<b>IV.3. HIPÓTESIS .....</b>	<b>38</b>
<b>V. MATERIAL Y MÉTODO .....</b>	<b>39</b>
<b>V.1. Diseño de la Investigación.....</b>	<b>39</b>
<b>V.2. Análisis de la investigación .....</b>	<b>39</b>
<b>V.3. Ubicación espacio-Temporal .....</b>	<b>39</b>
V.3.1. Ubicación en espacio.....	39
V.3.2. Ubicación en tiempo .....	39
V.3.3 persona .....	39
<b>V.4. selección de la Muestra.....</b>	<b>39</b>
V.4.1. Criterio de inclusión .....	39
V.4.2 Criterio de Exclusión.....	40
V.4.3 Criterios de eliminación .....	40

<b>V.5. Determinación del tamaño de la muestra y muestreo.....</b>	<b>40</b>
V.5.1. Tamaño de la muestra.....	40
V.5.2. Muestreo .....	40
<b>VI. ASPECTOS ÉTICOS .....</b>	<b>42</b>
<b>VII. RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS .....</b>	<b>45</b>
<b>VIII. RESULTADOS .....</b>	<b>46</b>
<b>IX.- DISCUSIÓN .....</b>	<b>61</b>
<b>X. CONCLUSIÓN .....</b>	<b>65</b>
<b>XI. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>66</b>
<b>XII. ANEXOS .....</b>	<b>67</b>
<b>XIII. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>80</b>

## Índice de Grafica

<b>Gráfica 1: Variables sociodemográficos .....</b>	<b>46</b>
<b>Gráfica 2.- Variables sociodemográficos .....</b>	<b>47</b>
<b>Gráfica 4.- La lactancia materna incrementa el vínculo madre-hijo.....</b>	<b>48</b>
<b>Gráfica 5.-La leche artificial es la mejor opción se la madre tiene previsto trabajar fuera del hogar .....</b>	<b>49</b>
<b>Gráfica 6.-: Los bebés alimentados con leche materna son más sanos que los bebés alimentados con leche artificial.....</b>	<b>50</b>
<b>Gráfica 7.-La leche materna es más fácil de digerir que la artificial .....</b>	<b>51</b>
<b>Gráfica 8.- La leche materna es mejor que la leche artificial .....</b>	<b>52</b>
<b>Gráfica 9.- Siempre sé que mi bebé está tomando suficiente leche.....</b>	<b>53</b>
<b>Gráfica 10.- Siempre puedo amantar a mi bebé sin utilizar leche artificial o en polvo como complemento .....</b>	<b>54</b>
<b>Gráfica 11.- Siempre estoy segura de que mi bebé se coge bien al pecho durante la toma.....</b>	<b>55</b>
<b>Gráfica 12.- Siempre puedo dar de mamar incluso cuando el bebé está llorando .....</b>	<b>56</b>
<b>Gráfica 13.- En todo momento sigo manteniendo las ganas de amamantar a mi bebé.....</b>	<b>57</b>
<b>Gráfica 14.- Soy capaz de alimentar a mi bebé cada que me lo pide .....</b>	<b>58</b>

## Índice de tabla

<b>Tabla 1.- La lactancia materna incrementa el vínculo madre-hijo .....</b>	<b>48</b>
<b>Tabla 2.- La leche artificial es la mejor opción si la madre tiene previsto trabajar fuera del hogar .....</b>	<b>49</b>
<b>Tabla 3.- Los bebés alimentados con leche materna son más sanos que los bebés alimentados con leche artificial .....</b>	<b>50</b>
<b>Tabla 4.- La leche materna es más fácil de digerir que la artificial.....</b>	<b>51</b>
<b>Tabla 5.- La leche materna es mejor que la leche artificial .....</b>	<b>52</b>
<b>Tabla 6.- Siempre sé que mi bebé está tomando suficiente leche .....</b>	<b>53</b>
<b>Tabla 7.- Siempre puedo amantar a mi bebé sin utilizar leche artificial o en polvo como complemento .....</b>	<b>54</b>
<b>Tabla 8.- Siempre estoy segura de que mi bebé se coge bien al pecho durante la toma .....</b>	<b>55</b>
<b>Tabla 9.- Siempre puedo dar de mamar incluso cuando el bebé está llorando..</b>	<b>56</b>
<b>Tabla 10.- En todo momento sigo manteniendo las ganas de amamantar a mi bebé .....</b>	<b>57</b>
<b>Tabla 11.- Soy capaz de alimentar a mi bebé cada que me lo pide .....</b>	<b>58</b>
<b>Tabla 12.- Variables independientes Actitud y Autoeficacia.....</b>	<b>59</b>
<b>Tabla 13.- Análisis de correlación entre Actitud y Autoeficacia en la lactancia materna en madres adolescentes del Hospital General Pachuca .....</b>	<b>60</b>

## **I. Introducción**

La lactancia natural proporciona beneficios tanto a corto como a largo plazo para el niño y para la madre. En particular la lactancia materna exclusiva, protege a los niños contra diarrea y neumonía, las dos principales causas de muerte en los niños menores de 5 años. El inicio temprano de la lactancia materna es particularmente importante para reducir la mortalidad neonatal, a largo plazo la lactancia materna tiene un efecto protector contra sobrepeso y obesidad en etapas posteriores de la vida. (OMS, 2010)

México ocupa el último lugar en cuanto a la práctica de la lactancia materna exclusiva; el embarazo en adolescentes en México es un fenómeno una alta incidencia y múltiples consecuencias. (OMS, 2014)

Según encuestas nacionales se ha identificó que las madres adolescentes son especialmete propensa al abandonar la practica de la lactancia materna exclusiva; por que existe una insatisfaccion del niño con la leche materna (46,9%), por el reinicio de las actividades estudiantiles (40%) y por la insuficiente información sobre ventajas de ésta (33,3%). (Puente, Alvear, & de los Reyes, 2010)

Se realizo la investigacion titulada "Actitud y Autoeficacia en la lactancia materna en madres adolescentes del Hospital General Pachuca Hidalgo", con el propósito de Analizar la Actitud y Autoeficacia en la lactancia materna que muestran las madres adolescentes. Considerando que la actitud hacia la lactancia materna es la predisposición que muestra las madres y la autoeficacia la capacidad que muestra la madre hacia la lactancia.

La presente investigación está basada en Dra. Ramona Mercer teoría de rango medio llamada "adaptación del rol materno" En donde se explica el proceso al cual se enfrenta la adolescente para convertirse en madre y como asume el rol desde el embrazo hasta el primer año, ya que se involucra una interacción compleja de aspectos importantes sustentados en el macrosistema, mesosistema y microsistema, basándonos en este último el cual nos habla de las características maternas las cuales son factores que influyen en la lactancia materna exclusiva.

y la teoría de Bandura “Autoeficacia” adaptada por la Dra. Lee. Para llegar a un diagnóstico del punto crítico de la actitud y la autoeficacia empleamos. La metodología de esta investigación de tipo cuantitativo, correlacional, descriptivo con diseño no experimental transversal, prospectivo. El universo son las madre adolescente del área de toco cirugía y el servicio de Ginecobstetricia del Hospital General de Pachuca, con una muestra de 50 por disponibilidad, considerando los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, con un muestro no probabilístico. Se aplicaron dos instrumentos de medición: el primero es Adaptación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale, el segundo instrumento es la Valoración de referencias españolas para la versión reducida de la escala de autonomía para la lactancia materna: BSES-SF, en la fase de análisis estadístico a través de estadística descriptiva se utilizara el programa SPSS versión 21. Utilizará la estadística de correlación Pearson para comprobación de Hipótesis

## **I. MARCO TEÓRICO**

A finales del siglo XIX y comienzo del siglo XX, la cultura y la actitud ante la lactancia materna sufrieron un cambio drástico, observándose un descenso importante en favor del uso de sucedáneos de la leche, como forma predominante de la alimentación infantil, lo cual determinó cambios importantes en el patrón alimenticio de los infantes (Jácome & Jiménez, 2014)

### **I.1. Actitud**

La actitud son juicios de valor que puedan ser agradables (expresión positiva) o desagradable (expresión negativa), son juicios respecto a las personas, objetos o acontecimientos. Y aunque no son precisamente valores, si pueden construirse con influencia de éstos, es decir, pueden adquirirse al paso de la vida con la identificación de personas significativas. (Robbins & Jedge, 2009).

#### **I.1.2. Componentes de la actitud**

**Componente cognitivo.** Esta se forma cuando la creencia, la información, la cultura, los conocimientos y los valores se relacionan con el criterio propio. Es decir, se requiere de la flexibilidad del pensamiento para ir adquiriendo o modificando las actitudes de acuerdo con las situaciones en las que se encuentre.

**Componente afectivo.** Se refiere a los sentimientos y emociones volcados hacia un objetivo de actitud. De esta forma, si los sentimientos son positivos, la persona está más propensa a acercarse al objetivo; y si son negativos tendrá a evitarlos.

**Componente conductual.** Es una predisposición para actuar y consiste en la acción se realiza hacia un objeto de actitud a partir de la evaluación afectiva que esta conducta intencional es el resultado de una actitud y es una predisposición a actuar en una forma específica. (Robbins & Jedge, 2009)

#### **I.1.3. Formación de las actitudes**

Se distinguen tres tipos de teoría sobre la formación de las actitudes, estas son:

**Teoría del aprendizaje:** se basa en que al aprender recibimos nuevos conocimientos de los cuales intentamos desarrollar unas ideas, unos sentimientos, y unas conductas

asociadas a estos aprendizajes. El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables.

**Teoría de la consistencia cognitiva:** consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía.

**Teoría de la disonancia cognitiva:** consiste en hacernos creer a nosotros mismos y a nuestro conocimiento que algo no nos perjudica pero sabiendo en realidad lo que puede pasar si se siguen manteniendo esta actitud, tras haber realizado una prueba y fracasar en el intento.

#### **I.1.4. Actitud hacia la práctica ciudadana en la salud**

Es la predisposición que tiene el individuo al mantener el tiempo para asistir a reuniones donde se tratan temas que tiene que ver con la salud y/o a reclamar si se siente perjudicado para mantener hábitos saludables o afiliarse a grupos de voluntariado. (Sánchez, 1994).

#### **I.1.5 Propiedades de la actitud**

- **Valencia.** Significa que cada uno de los componentes de las actitudes pueden variar en el grupo de favorabilidad o desfavorabilidad
- **Dirección** según su acercamiento o evitación del objetivo
- **Intensidad.** El sentimiento asociado a ello
- **Ambivalencia.** Según los componentes favorables o desfavorables con que existen en ella
- **Centralidad** o importancia que el objeto de actitud tiene para el individuo.
- **Flexibilidad** o facilidad de modificación. (Sánchez, 1994)

#### **I.1.6. Actitud en la lactancia materna**

Actitud positiva hacia la lactancia materna se entiende como: predisposición favorable de las mujeres a la sana actividad para la salud del bebé de alimentarlo con leche materna. (Aguayon, Dávila, Puga, Rodríguez, & Gómez, 2018).



## **I.2. Autoeficacia**

Es el conjunto de creencias en las propias capacidades, para organizar y ejecutar los recursos de acción requeridas para producir determinados logros o resultados. (Goddard, 2010)

La autoeficacia es una variable psicológica que influyen fuertemente de forma efectiva puede ser una persona para afrontar un proceso estresante. Mientras mayor sea el grado de autoeficacia percibida, más motivado se encuentra un sujeto para iniciar y mantener una actividad.

Bandura (1999) afirma que, los niveles de autoeficacia pueden aumentar o reducir la motivación, la persona con alta autoeficacia elige desempeñar tareas más desafiantes, colocándose metas y objetivos más altos.

Bandura sostiene que, la teoría de autoeficacia, la motivación humana y la conducta están reguladas por el pensamiento y estarían involucradas tres tipos de experiencias:

- La expectativa de la situación, en las que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal.
- Las expectativas del resultado, que se refiere a la creencia que una conducta producirá determinados resultados
- La expectativa de autoeficacia o autoeficacia percibida, que se refiere a la creencia que tiene una persona que poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permiten obtener los resultados (Goddard, 2010)

### **I.2.1. Dimenciones de la actitud**

Las creencias que se tiene respecto a la autoeficacia no son solo características personales, unicas e invariables, sino que éstas varían a lo largo de tres dimensiones:

**a) Magnitud o nivel de complejidad.** Las tareas percibidas por el individuo como condicionante de la valoración de dificultad de las tareas y la posibilidad de ejecutarlas.

**b) Fuerza o confianza.** Que el individuo siente que tiene para realizar sus tareas y cumplir sus metas.

**c) Generalización.** Los logros alcanzados y transferencia de los mismos a las distintas tareas de la vida.

Estas dimensiones se fortalecen a partir de un conjunto de fuentes que son las que promueven la aparición de las ideas

### **I.2.2. Fuentes de la autoeficacia**

Bandura sostiene que existen cuatro fuentes principales de autoeficacia:

**a) La experiencia de dominio.** Derivado de los éxitos o fracasos alcanzados durante la ejecución de las conductas. Si lo alcanzado se relaciona con lo esperado, las ideas se fortalecen o caso contrario las ideas se debilitan.

**b) Los aprendizajes.** Obtenidos a partir de las experiencias de otros. Los investigadores sugieren que el aprendizaje vicario es una poderosa fuente que fortalece las ideas de eficacia personal.

**c) Persuasión verbal.** Se establece una especie de transferencia de la confianza de un sujeto a otro a fin de animar la confrontación de situación potencialmente adversas.

**d) Los efectos fisiológicos.** También conocidos como percepción de aptitud para afrontar situaciones, evidenciados en respuestas orgánicas tales como la sudoración o la disfemia, las cuales debilitan la creencia de afrontamiento .

Las ideas de autoeficacia, además de tener fuentes generadoras, logran activar un conjunto de espacios para implementar, conocidas como procesos que activan a partir de la fuerza de las creencias. De esta manera, se encuentran los procesos cognitivos referidos al pensamiento anticipador que resulta del almacenamiento en la memoria de experiencias significativas o irrelevantes para el sujeto. (Criollo, Romero, & Fontaines-Ruiz, 2017).

### **I.2.3. Autoeficacia en lactancia materna**

Es la precisión de las madres sobre la capacidad para dar el pecho, y está influenciada por la experiencia previa de la madre, el aprendizaje por observación, su estado fisiológico y afectivo la persuasión verbal. Es un factor modificable que puede predecir la duración y la exclusividad de la lactancia. (Muñoz & Rodríguez, 2017)

## **I.4. Base teórica**

En el presente estudio se considerará las siguientes base teorica.

### **I.4.1 Teoría de la autoeficacia de Alberto Bandura**

La teoría de la autoeficacia de Bandura fue adaptada a la lactancia materna por la Dra. Lee Denis, de la Universidad de Toronto, quien planteo la “teoría de la autoeficacia en la lactancia materna”; la cual se enfatizó en la confianza que tiene las madres respecto a sus habilidades para amamantar a su niño. (Lee, 1999)

La “teoria de la autoeficacia de la lactancia materna” se planteo cuatro fuentes principales

**Logro durante la práctica de la lactancia materna previa:** es la experiencia previa que ha adquirido durante el amamantamiento es decir haber brindado lactancia materna a hijos mayores.

**Experiencia indirecta o vicaria:** esta se adquiere a la observacion de la conducta que realizan las demas personas.

**Persuasión verbal:** efecto que causa el lenguaje sobre las madres, que se desarrollan de acuerdo a lo que va a experimentar.

**Respuesta fisiológica:** se refiere a la manera cómo afecta e influye las diversas respuestas del organismo en la practica de la lactancia materna ( fatiga, ansiedad y estrés que presentan las madres al alimentar a sus recién nacido). (Lee, 1999)

La teoría de la Dra. Lee se relaciona con la presente investigación ya que la autoeficacia de las madres adolescentes es uno de los factores principales para mantener una práctica adecuada y permanente y así mantener una lactancia materna exclusiva. Otra fuente de apoyo en cuanto a la base teórica es la de Ramona T. Mercer

### **I.4.2. Adaptación del rol materno Ranoma T. Mercer**

Mercer explica el proceso que enfrenta la mujer para convertirse en madre y las variables que influyen en este proceso desde el embarazo hasta el primer año después del nacimiento del hijo. Convertirse en madre hace referencia a las percepciones de la mujer respecto a su competencia para brindar cuidados al niño. Al establecer su competencia,

la madre anticipa el comportamiento, sabiendo cómo, qué, cuándo y por qué se hace algo para o con él con el fin de obtener el bienestar del mismo.

### **Rol materno**

Es el proceso interactivo para el desarrollo que se produce desde la concepción hasta el primer año de vida del hijo donde la madre crea un vínculo con este, aprende las tareas del rol, presta cuidados, expresa placer y gratificación con su nuevo rol.

Mercer define competencia en el rol, como la capacidad de la mujer para proporcionar atención experta y sensible sabiendo cómo, qué, cuándo, y por qué hace algo por su hijo, fomentando el desarrollo y bienestar del niño. Las prácticas de alimentación se definen como apropiadas cuando la madre tiene la capacidad de responder a las señales de hambre y saciedad en base al desarrollo físico y emocional del lactante promoviendo una ingesta autorregulada. Estas prácticas están determinadas al qué, cuánto y cómo se alimenta en relación a la lactancia materna y a la alimentación complementaria. (Ortiz, Cárdenas, & Flores, 2016).

Los supuestos de la teoría de adopción del rol materno de Mercer se describen a continuación:

1. Un rol materno estable es adquirido en la socialización a lo largo del tiempo y este determina como la madre define y percibe los hechos sobre las respuestas de sus hijos junto con su situación vital a la cual debe responder. Un rol materno estable es influenciado por las características innatas de su personalidad como su temperamento, percepción de sus emociones, además de su nivel de desarrollo,
2. El hijo refleja la competencia de la madre a través de su crecimiento y desarrollo.
3. El hijo recibe la influencia del desempeño del rol e influye a su vez en dicho desempeño.

### **“Modelo de rol materno en la alimentación del lactante”**

Fue diseñado para explicar las técnicas maternas en la alimentación.

### **Las características maternas**

**personales** :(edad, estado civil, escolaridad, ingreso económico y número de hijos) son factores que pueden ser predictivos de las cogniciones y estado de salud materno e influir en el rol materno de alimentación.

**Cognitivas:** percepción materna de las señales de hambre y saciedad (PMSHS) del lactante, percepción materna del peso corporal del lactante (PMPL), actitudes maternas en alimentación y estado de salud (fatiga y estado nutricional) influyen en las prácticas maternas de alimentación y en el resultado del lactante. La PMSHS y PMPL, se derivan del concepto sensibilidad a las señales de Mercer. La PMSHS se define como la capacidad sensorial (vista, audición) de la madre para identificar los mensajes de hambre y saciedad que emite su hijo durante la alimentación. Estas pueden ser tempranas, activas y tardías. La PMPL se define como la capacidad visual de la madre para identificar la imagen corporal de su hijo y generar juicios referentes al estado nutricional del lactante. Esta percepción puede ser adecuada, subestimada y sobrestimada.

**Actitudes maternas en alimentación:** como las creencias maternas relacionadas con la alimentación temprana, suplementos alimenticios, saciedad, grasa corporal y salud de sus hijos que incitan a la madre a reaccionar de una manera característica. Esta actitud puede cambiar con respecto a la edad, condición, y situación del niño.

**Estado de salud materno:** Mercer lo refiere como las percepciones maternas sobre su salud anterior, actual y futura. Se representa por la fatiga materna y estado nutricional. La fatiga materna se define como la presencia de síntomas de cansancio o agotamiento físico y mental que influyen para realizar las actividades diarias de crianza. El estado nutricional materno es la condición relacionada con el peso corporal materno evaluado por diversas medidas antropométricas.

**Características del hijo:** según Mercer es el conjunto de diferencias individuales o rasgos biológicos y comportamentales del niño, perceptibles a través de la visualización. Las características del hijo influyen en los factores cognitivos y de salud maternos, en el rol materno y en el resultado del lactante.

**Rol materno en la alimentación:** se deriva del concepto competencia en el rol de Mercer, en el presente modelo se representa por las prácticas maternas de alimentación que se definen como las acciones que ejercen las madres sobre el tipo, cantidad y frecuencia de los alimentos, con la finalidad de dar respuesta a las señales de hambre y saciedad percibidas en sus hijos.

**Las prácticas maternas de alimentación infantil** se relacionan directamente con el resultado en el lactante. Resultado del lactante: este concepto se deriva del concepto resultado del hijo de Mercer. Para este modelo, el estado nutricional del lactante representa la condición de peso del lactante según la edad y puede valorarse por diversas medidas antropométricas. (Ortiz, Cárdenas, & Flores, 2016).

La identidad materna se define como tener visión interiorizada de si misma como madre la adopción del rol materno es un proceso que sigue cuatro estadios de adquisición (Raile, 2018)

### **Estadios de la adquisición del rol materno**

- Anticipación: el estadio de anticipación empieza durante la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicosociales al embarazo. La madre aprende las expectativas del rol, fantasean sobre él, establecen una relación con el feto que está en el útero y se inicia la adaptación del rol.
- Formal: comienza cuando el niño nace e incluye el aprendizaje del rol se orienta por medio de las expectativas formales y consensuales de los otros sistemas sociales de la madre.
- 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 el experimento pasado y en objetivos futuros.
- 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 modelo en que lleva a cabo el rol maternal. (Alvarado, Guarín, & Cañón Montañez, 2011).

El modelo de adopción de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos del microsistema, mesosistema y el macrosistema.

1.- El microsistema es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal, que incluye la familia y factores con el funcionamiento familiar, la relación entre madre y padre, el apoyo social y el estrés. Mercer aplicó los conceptos iniciales y el

modelo para destacar la impotencia del impotencia del padre en la adopción del rol, ya que este ayuda a "difuminar la tensión en la dualidad madre-hijo"

2.- El mesosistema agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema puede influir en lo que ocurre al rol maternal en desarrollo y el niño. Incluye el cuidado diario, la escuela, el lugar de trabajo y otros entidades que se encuentran en la comunidad mas inmediata.

3.- El macrosistema incluye la influencia sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas.

El entorno de cuidados de salud y el impacto del actual sistema de cuidados de la salud sobre la adopción del rol maternal origino el macrosistema.

Relacionamos esta teoría con el estudio debido a que las adolescentes experimentan la dicha de ser madres y por ende la adopción del rol materno, al convertirse en madre, tendra que asumir su maternidad e iniciar a su papel de adulta. Probablemente tendrá que dejar de estudiar y tener que trabajar para cubrir su responsabilidad. Por otro lado, existirá una confusión de roles, afecto y confianza. Ya que habrá Incapacidad de la adolescente para establecer una relación materno infantil.

## **I.5. Lactancia materna**

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables, y la recomienda como el alimento perfecto para el recién nacido, se sabe que este periodo es fundamental para el niño para un crecimiento sano. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. (OMS, 2014)

### **I.5.1. Lactancia materna exclusiva**

La lactancia materna la mejor forma de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y desarrollo sano de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres. El examen de los datos científicos ha revelado que, a nivel poblacional la lactancia materna exclusiva durante 6

meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes. Posteriormente debe empezar a recibir alimentos complementarios, pero sin abandonar la lactancia materna hasta los 2 años o más. (OMS, 2019)

### **1.5.2 Beneficios de la lactancia materna exclusiva**

Se ha visto que la lactancia materna disminuye: el número de enfermedades infecciosas, algunas alteraciones metabólicas y el síndrome de muerte súbita del lactante.

La leche materna puede considerarse un órgano inmunológico de transición del recién nacido, al transferir anticuerpos, especialmente IgA secretoras y células vivas (macrófagos) con capacidad anti infecciosa, por lo que disminuye el número y la gravedad de las enfermedades infecciosas. (Ferrer, 2015)

Es la mejor manera de proporcionar los nutrientes y la protección inmunitaria durante los primeros meses de vida. Además es gratuita, se presenta calientita, higiénica y a punto de consumir, es el alimento ecológico por excelencia. Dar de mamar transmite al bebé consuelo, cariño y seguridad. (Rioja, 2014)

#### **Ventajas de la lactancia para el niño**

Disminuye el número y gravedad de enfermedades infecciosas.

**Infección de vías respiratorias altas.** La gravedad de las bronquiolitis por el virus respiratorio sincitial (VRS) se reduce un 74% en lactantes alimentados al pecho exclusivamente a los 4 meses.

**Otitis.** Se reduce hasta un 23% si la lactancia materna es exclusiva, y un 50% si se mantiene más de tres meses.

**Infecciones del tracto gastrointestinal.** La lactancia materna reduce el 64% las infecciones inespecíficas gastrointestinales.

#### **Para la madre**

La lactancia materna tiene efecto positivo en la salud de las mujeres. Uno de los más inmediatos es la reducción del riesgo de las hemorragias posparto, ya que la succión del bebé estimula la producción de oxitócica, que actúa provocando la salida de leche y la



contracción uterina. De esta forma, las mujeres que indican LM de forma temprana presentan también un menor riesgo de anemia posparto. Algunos estudios apuntan que el cese de la LM también puede conllevar consecuencias negativas para la salud materna. ( Aguilar Cordero, y otros, 2016)

### **I.5.3. Composición de la leche humana**

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

**Calostro.** Se secreta cinco a siete días después del parto, aunque en las mujeres multíparas puede presentarse al momento del nacimiento del bebé. Tiene una consistencia pegajosa y es de color amarillento por la presencia de  $\beta$ -carotenos. Su volumen puede variar de 2 a 20 mL/día en los tres primeros días; a medida que el bebé succiona, aumenta hasta 580 mL/día hacia el sexto día. Esta cantidad es suficiente para cubrir las necesidades del recién nacido por lo que no es necesario complementar con fórmulas lácteas. Tiene mayor cantidad de proteínas (97% en forma de inmunoglobulina A-IgA-), vitaminas liposolubles, lactoferrina, factor de crecimiento, lactobacilos Bifidus,

**Sodio y zinc.** En concentraciones menores se encuentran las grasas, la lactosa y las vitaminas hidrosolubles. El calostro protege contra infecciones y alergias ya que transfiere inmunidad pasiva al recién nacido por absorción intestinal de inmunoglobulinas; además, contiene 2000 a 4000 linfocitos/mm<sup>3</sup> y altas concentraciones de lisozima. Por su contenido de motilina, tiene efectos laxantes que ayudan a la expulsión del meconio.

**Leche de transición.** Su producción se inicia después del calostro y dura entre cinco y diez días. Progresivamente se elevan sus concentraciones de lactosa, grasas, por aumento de colesterol y fosfolípidos y vitaminas hidrosolubles; disminuyen las proteínas, las inmunoglobulinas y las vitaminas liposolubles debido a que se diluyen por el incremento en el volumen de producción, que puede alcanzar 660 mL/día hacia el día 15 postparto. Su color blanco se debe a la emulsificación de grasas y a la presencia de caseinato de calcio.

**Leche madura.** Comienza su producción a partir del día 15 postparto y puede continuar por más de 15 meses. Su volumen promedio es de 750 mL/día, pero puede llegar hasta 1,200 mL/día en madres con embarazo múltiple. Tiene un perfil estable de sus diferentes componentes:

- Agua. Representa el 87% del total de sus componentes y cubre satisfactoriamente los requerimientos del bebé, aún en circunstancias extremas de calor, por lo que no se requieren líquidos suplementarios.

- Osmolaridad. La carga renal de solutos en la leche humana es de 287 a 293 mOsm, cifra mucho menor si se compara con la de fórmulas infantiles de leche entera de vaca (350 mOsm). Su importancia estriba en que a mayor carga renal de solutos, mayor será el requerimiento de líquidos claros que deben darse al bebé.

- Energía. Aporta 670 a 700 kcal/L en su mayoría a través de los hidratos de carbono y las grasas.

- Hidratos de Carbono. Aportan energía al sistema nervioso central. La lactosa es el principal hidrato de carbono que contiene; favorece el desarrollo de la flora intestinal por las Bifidobacterias e impide el crecimiento de microorganismos patógenos por ser acidificante; mejora la absorción de calcio y mantiene estable la osmolaridad de la leche porque conserva bajas concentraciones de sodio y potasio. La galactosa, sustrato del anterior, es fundamental para la formación de galactopéptidos y galactolípidos cerebrósidos en el sistema nervioso central. Cuenta además con más de 50 oligosacáridos que funcionan como factores de crecimiento de Bifidobacterias, falsos receptores para bacterias patógenas de la vía aérea contra H. influenza y N. catharralis y en la vía urinaria e intestinal, contra E. coli.

**Grasas.** El volumen de lípidos difiere entre mujeres (de 1 a 7 g/dL).

La leche humana aporta ácidos grasos de cadena larga cuyos precursores son el ácido linolénico (AAL, 18:3n-3) y el ácido linoléico (AL, 18:2n-6). Se conocen como ácidos grasos indispensables ya que no pueden ser sintetizados de nuevo por el ser humano y deben provenir de la dieta de la madre. Estos ácidos grasos se convierten en ácidos grasos poliinsaturados (LC-PUFA's) tales como el ácido docosaenoico (ADH; 22:6n-

3)x3, vital en el desarrollo estructural y funcional de los sistemas visual-sensorial, perceptual y cognitivo del lactante; y el ácido araquidónico, útil como sustrato para la síntesis de eicosanoides como las prostaglandinas, los leucotrienos y tromboexanos, que modulan las respuestas inflamatoria e inmune al activar la proliferación de linfocitos, células asesinas, la producción de citocinas y de IgE en las células inflamatorias. La industria no ha podido igualar la relación que hay entre ácidos grasos poliinsaturados/saturados de la leche humana, cuya importancia clínica es contribuir a la absorción de calcio y fósforo. Aporta concentraciones altas de colesterol, una grasa que se requiere en la proliferación de neuronas y en la mielinización de células gliales. Además, favorece la constitución y especialización de enzimas como la hidroximetilglutaril. Con enzima A reductasa hepática y la  $\alpha$  hidroxilasa biliar, así como los receptores de lipoproteínas, lo que durante la infancia se traduce en concentraciones séricas elevadas de colesterol total y lipoproteínas de baja densidad (LDL) para regular la diferenciación, proliferación y distribución de adipocitos en la vida adulta. Además son un factor de protección contra la enfermedad coronaria aterosclerosis, ya que estas concentraciones séricas descienden. Finalmente, contiene lipasa, una enzima que mejora la digestión de las grasas por el lactante.

- Proteínas. En la leche materna hay entre 8.2 y 9 g de proteína por litro; su concentración se reduce con el progreso de la lactancia, independientemente de las proteínas que consume la madre. El tipo de proteínas que contiene la leche humana, la hacen única para la especie humana, ya que son de mejor biodisponibilidad gracias a la presencia de enzimas digestivas como la amilasa. Las proteínas de la leche humana se dividen en dos grupos: Las proteínas del suero, de las cuales la  $\alpha$ -lactoalbúmina es la más abundante (37%). Su importancia estriba en que actúa como cofactor en la biosíntesis de lactosa. Tiene baja alergenicidad, debido a un peso molecular de 14,500 Da, 27,28 mucho menor si se compara con la  $\beta$ -lactoglobulina, que llega a pesar 36,000 Da, como en la leche entera de vaca y por tanto, en las fórmulas infantiles. La lactoferrina representa el 27% de total de seroproteínas. Se une al hierro para mejorar su transporte y absorción. La trascendencia protectora de la leche materna a nivel de mucosas como la boca, la nariz y el oído del lactante se debe a la inmunoglobulina A secretora que liga antígenos específicos en el tubo digestivo porque resiste la digestión debido a su estabilidad por un

pH bajo. Finalmente, la lisozima actúa frente a la pared celular de bacterias Gram positivas.

La **caseína**, contribuye al transporte de calcio, fósforo y aminoácidos para fines estructurales a nivel celular. En la leche materna sólo hay dos de las tres subunidades que existen: la  $\beta$ -caseína que se une con la K-caseína y con los iones de fósforo para formar micelas de pequeño tamaño (30-75 nm) que comparado con los 600 nm que mide la  $\alpha$ -caseína de la leche de vaca, son mejor digeridas en el intestino del bebé. 26,29 En los primeros diez días posparto la leche humana tiene una relación proteínas del suero/caseína de 90/10; cambia a 60/40 hasta los ocho meses y se mantiene en 50/50 hasta el fin de la lactancia, lo cual la vuelve fácilmente digerible. Entre los compuestos nitrogenados de la leche se encuentran los aminoácidos de los que sobresalen la taurina, por favorecer la digestión de grasas y el desarrollo del sistema nervioso central; la carnitina, necesaria para la oxidación de lípidos en la mitocondria del cerebro y el ácido glutámico, la cistina y la glutamina que actúan como neuromoduladores y neurotransmisores. Y a los aminoazúcares, los péptidos y el factor de crecimiento epidérmico que contribuyen al desarrollo y función de la mucosa intestinal. Se han identificado en la leche humana nucleótidos; destacan la adenosina, la cistidina, la guanosina, la uridina y la inosina que promueven el crecimiento y la maduración intestinal, favorecen la función inmune, modifican la microflora intestinal, incrementan la biodisponibilidad del hierro y aumentan la concentración de lipoproteínas de alta densidad y los ácidos grasos de cadena larga.

- **Vitaminas.** En la leche madura las vitaminas hidrosolubles tienen una concentración óptima; la niacina y la vitamina C son las más abundantes. De las liposolubles, la leche de mujer contiene mayores concentraciones de  $\beta$ -caroteno y la vitamina E. A pesar de no tener niveles óptimos de vitamina D los bebés alimentados con leche materna no padecen raquitismo, ya que sí poseen un sulfato de esa vitamina, adquirida por vía transplacentaria que tiene actividad durante los primeros tres meses. En la leche materna los niveles deseables se alcanzan dando un suplemento a la madre; en forma exógena se adquiere por la acción del sol y de los rayos ultravioleta. La vitamina K nunca es óptima en leche

materna (2 mcg/L) si se compara con los requerimientos diarios de 12 mcg/día, por lo que debe aplicarse a todo recién nacido 1 mg intramuscular en dosis única.

- **Minerales.** Destaca el hierro, cuyas concentraciones se reducen a lo largo de la lactancia hasta mantenerse estable a los seis meses. Se absorbe entre 45 y 75% de su contenido total, mientras que la leche de vaca sólo es de 10%. Una explicación para esto es que el hierro en la leche materna se encuentra unido a las seroproteínas en 65 a 81% y una baja cantidad (2 a 14%) unido a la caseína, que al tener un paso lento por el estómago, sufre una degradación. La relación calcio/fósforo de la leche materna es de 1.2 a 2; esto es útil en la absorción hasta de 75% del calcio, comparado con sólo 20% de la leche entera de vaca. De esto depende la formación del tejido óseo en la infancia.

- **Oligoelementos.** El zinc es parte de los sistemas activadores de las enzimas; su concentración en la leche humana es de 2 a 4 mcg/mL y tiene biodisponibilidad elevada: 45 a 58% de la fracción sérica de las proteínas. El flúor, a pesar de su baja cantidad en leche materna, es útil para evitar las caries, lo cual es evidente si se compara a los niños alimentados al pecho materno con los alimentados con biberón. Finalmente, el magnesio se mantiene en equilibrio muy estable con el calcio en la leche humana para prevenir hipocalcemia en el recién nacido. (García, 2011).

## **I.6. Anatomía de las glándulas mamarias**

Las mamas representan la estructura superficial más destacada de la pared torácica anterior, sobre todo en el sexo femenino. Las glándulas mamarias se localizan en el tejido subcutáneo y cubren los músculos pectorales (mayor y menor). La cantidad de grasa que rodea el tejido glandular establece el tamaño de la mama. (Moore & Dalley, 2001)

### **I.6.1. Estructura de la glándula mamaria**

La mama madura está formada por tres estructuras: piel, tejido subcutáneo y tejido mamario. Este último, a su vez está formado por el estroma y el parénquima. La glándula mamaria secretora formada por un conjunto de entre 15 y 20 glándulas pequeñas, cada una de las cuales forman una unidad anatómica llamada glóbulo mamario, y que drena hacia el pezón por un conducto llamado lactífero. Estos conductos están próximos a la areola y se dilatan para formar los senos lactíferos, auténtico almacén de leche.

La mama es la unión de numerosas glándulas, o glóbulos, separados por tabiques conectivos. Cada glóbulos esta formado por abundantes lobulillos y se encuentran rodeados por el tejido conectivo que envuelve a la célula secretoras de la glándula. Esta dispuesta en forma de racimo alrededor de unos conductos diminutos.

La unidad funcional de la glándula mamaria es el alveolo, cada uno formado por una capa de células glandulares mamarias, que vierten su secreción en el interior del mismo para después drenar al sistema de conductos lactóforos que finaliza en el pezón. El alvéolo también contiene células mioepiteleales que se contraen y son las que permiten que la leche salga desde él hacia el pezón.

Morfológicamente, la mama está formado por el parénquima, compuesto por los alvéolos, con un diámetro que oscila entre 0,10 y 0,15 mm; los lobulillos, que miden 2 mm, y los senos galactóforos, de 6 a 8 mm. Los conductos de varios lobulillos se unen y forman un conducto secretor para cada lóbulo mamario, lo que significa que existen de 15 a 20 conductos para cada glándula mamaria. Estos conductos convergen hacia el pezón en forma de rueda, y suelen dilatarse ante de llegar a él en los senos lactíferos, o senos galactóforos. (Aguilar & Guisado, 2005)

### **Pezón**

La piel del pezón no contiene folículos pilosos ni glándulas sebáceas, sudorípara o ecrinas. Está ubicada en el cuarto espacio intercostal, la piel suele ser muy fina y delgada, y la epidermis que lo recubre está formada por un epitelio plano estratificado y queratinizado; es eréctil ante los estímulos táctiles, sensorial y autónomo- simpático. La piel del pezón y de la areola contiene numerosas terminaciones nerviosas y está muy vascularizada. También tiene glándulas sebáceas y sudoríparas y, a veces, pelo. El pezón está atravesado por abundantes conductos que desembocan en el exterior. La punta del pezón es rica en terminaciones nerviosas y sensitivas y en él se encuentran los corpúsculos de Meissner, ubicados en la papila dérmica.

El pezón está formado por musculaturas lisa y actúa como soporte de los conductos, los senos galactóforos y otros conductos del pezón. Está rodeado por tejido conectivo móvil

y elástico, lo que resulta fundamental para descender la erección del pezón y vaciar los senos y los conductos galactóforos durante la lactancia.

El interior del pezón puede confluir varios conductos galactóforos, por lo que el número de orificios exteriores es inferior al de lóbulos. En la base del pezón los conductos se dilatan y dan lugar a los senos galactóforos. En reposo, solo contiene restos epiteliales, pero también pueden funcionar como almacenes momentáneos de la leche de la mujer embarazada.

### **Areola**

La areola es circular, pigmentada y suele medir entre 20 y 60 mm de diámetro; tiene numerosas glándulas sebáceas que se muestran en forma de pequeños nódulos bajo la piel. Los tubérculos de Morgagni se localizan próximos a la periferia de la areola, y se observa como elevaciones formadas por las aberturas que los conductos de las glándulas de Montgomery; esta glándula se caracteriza por presentar un estado intermedio entre las glándulas sudoríparas y las mamarias.

La areola está formada por músculo liso y fibras elásticas, así como por tejido conectivo de forma circular; aumenta durante el embarazo y se vuelve más pigmentada ante el aumento de melanocitos en la piel. En ella se ubican los conductos de Montgomery, donde se hallan las glándulas sebáceas, lactíferas y sudoríparas.

### **I.6.2. Las mamas**

La base más o menos circular (lecho) de la glándula mamaria femenina se extiende:

- En sentido transversal, desde el borde lateral del esternón hasta la línea axilar media (LAM)
- En sentido vertical, desde la segunda costilla hasta la sexta costilla.

Los dos tercios de la glándula reposan en la fascia pectoral profunda que cubre el músculo pectoral mayor; el otro tercio descansa en las fascias que cubren el músculo serrato anterior. Entre las glándulas la fascia pectoral profunda se encuentra en un plano o espacio virtual de tejidos conjuntivos laxos, el espacio (bolsa).

La glándula mamaria se inserta con firmeza en la dermis de la piel que la cubre a través del ligamento cutáneo (retinaculacutis), los llaman ligamentos suspensorios (de cooper). Esta condensación fibrosa del estroma del tejido conjuntivo, que se encuentra perfectamente desarrollado en la parte superior de la glándula, dando soporte a los lóbulos glandulares.

### **Irrigación de la mama**

La irrigación arterial de la glándula proviene de:

- Rama mamaria mediales de la rama perforante y ramas intercostales anteriores de la arteria torácica interna que se origina en la subclavia
- Arteria torácica lateral y toracoactomial, ramas de las arterias axilar.
- Arterias intercostales posteriores, rama de la aorta torácica que emergen en el 2°,3° y 4° espacio intercostal.

El drenaje venoso de la glándula mamaria se ocupa sobre todo la vena axilar, aunque parte lo conduce la vena torácica interna. (Moore & Dalley, 2001)

### **Sistema linfático**

La mayoría de esta vía linfática sigue una trayectoria inversa a la de la arteria mamaria interna, pues recoge los ganglios linfáticos de los espacios intercostales para desembocar en los ganglios del confluente venoso yugular subclavio o gran vena linfática.

Nódulos linfáticos de la región mamaria.

Los nódulos linfáticos de la región mamaria son los siguientes.

- Nódulos linfáticos paramamarios, situado alrededor de la glándula mamaria
- Nódulos linfático paraesternales. Se encuentran en el interior de la caja torácica, en el lateral del esternón, a lo largo de la arteria y en la vena torácica interna.
- Nódulos linfáticos axilares, están formados por varios subgrupos, de los que son de especial importancia para la glándulas mamarias: el nódulo linfático interpectoral



situado entre los músculos pectorales mayor y menor y en la lateral del músculo mayor el nódulo linfático axilar profundo, situado en el fondo de la axila.

- Nódulos linfáticos supraclaviculares, pertenecen al grupo de nódulos linfáticos cervicales laterales profundos, situados por encima de la clavícula. Hacia ellos fluyen la linfa de los nódulos linfáticos axilares profundos, pero también constituyen la estación primaria para las vías linfáticas de la porción craneal de la glándula mamaria. (Aguilar & Guisado, 2005)

### **Inervación de la mama**

Los nervios de la glándula mamaria provienen de la rama cutánea anterior y lateral del 4° a 6° nervio intercostal, los ramos ventrales primarios de T1 a T11.

Los ramos de los nervios intercostales atraviesan la fascia profunda que cubre el músculo pectoral mayor y llega hasta la piel, incluida las mamas situadas en el tejido subcutáneo sobre el músculo citado. Los ramos de los nervios intercostales conducen fibras sensitivas para la piel mamaria y fibras simpáticas para los vasos sanguíneos de la glándula mamaria y el músculo liso de la piel subyacente y del pezón. (Moore & Dalley, 2001)

### **I.6.2. Fisiología de la glándula mamaria**

El desarrollo de la mama y los mecanismos de la producción láctea son parecidos en todas las especies animales. En las mujeres embarazadas, el pecho se prepara y desarrolla durante todo el embarazo para ejercer la función de alimentar a su bebé, aunque se mantiene inactivo hasta el momento del parto por inhibición hormonal.

### **Glándula mamaria durante la gestación. Desarrollo funcional**

Entre la sexta semana y séptima semana del embarazo tiene lugar un crecimiento de los alveolos, y es entonces cuando se define la estructura definitiva de la glándula. Esto se produce como respuesta a los niveles elevados de estrógenos y progesterona; en ese momento se inicia la sensación de plenitud, aumenta la sensibilidad y las mamas se hacen más pesadas. Los conductos de las mamas se ramifican y, en su parte terminal, aumenta el tamaño a medida que aumenta la secreción; también se incrementa la

cantidad de tejido adiposo, así como la irrigación de las mamas. Los pezones y las areolas aparecen más pigmentadas. En la proximidad de los pezones se observa una hipertrofia de las glándulas sebáceas en la areola primaria, denominada tubérculos de Montgomery, que lubrican los pezones durante la lactancia.

Al tiempo que la estructura epitelial prolifera, el tejido adiposo disminuye, y crece y se incrementa la infiltración del tejido intersticial como células plasmáticas. Linfocitos y eosinófilos. Durante la gestación tiene lugar una dilatación de los vasos sanguíneos, lo que provoca una congestión venosa mamaria. Los vasos se hacen visibles como una red azulada bajo la piel.

Durante el tercer trimestre se incrementa el tamaño de las mamas; las elevadas concentraciones de hormonas placentarias y luteínicas hacen que crezcan y proliferen los conductos galactóforos, así como el tejido de lóbulos alvéolo.

El desarrollo de la mama desde el punto de vista funcional, finaliza hacia la mitad del embarazo. Pero la lactancia, pero la lactancia está inhibida hasta que el nivel de estrógenos desciende, lo que ocurre después del nacimiento.

Después del parto, la secreción láctea dilata los alvéolos, que hasta ese momento han estado tapizados por una sola capa de células cilíndricas; cuando aumenta la secreción, las células se aplanan y desaparecen los espacios intercelulares. En el último trimestre del embarazo, aumenta el crecimiento de las células parenquimatosas y se distienden los alvéolos.

### **Glándula mamaria durante la lactancia**

El inicio del puerperio desencadena la caída súbita de estrógeno y de progesterona, producidas por la placenta, lo que conlleva una descarga importante de prolactina, que estimula, a su vez, el inicio de la secreción por parte de los acinos glandulares. Éstos provocan la congestión sanguínea; posteriormente, el calostro; después, la leche de transición, y finalmente, la leche madura. Otra hormona, como la oxitocina, es fundamental para el mantenimiento de la lactancia, pues actúa sobre los elementos mioepiteliales que rodean a los acinos glandulares y a los conductos galactóforos, para,

logarar, mediante una contracción muscular, la extracción de la leche. Este reflejo es más importante en la producción y la prolongación del mecanismo lacteo.

El reflejo de la producción de leche tiene lugar ante el estímulo nervioso del pezón y de la areola, y está mediado por un reflejo neuroendocrino que libera en la hipófisis anterior e incrementa la formación de leche en los alvéolos mamarios. Los niveles de esta hormona se mantienen muy elevados durante la última semana de gestación, pero no se genera leche por el efecto inhibitorio de los estrógenos y de la prostaglandina.

El reflejo de la eyacción de la leche está controlada por la oxitocina, hormona que libera el lóbulo posterior de la hipófisis, actúa sobre las células mioepiteliales, y, al contraerse, provoca el reflejo de eycción. Después del parto se dan los niveles más elevados de oxitocina, sobre todo si existe contacto con el bebé; esta hormona no se inhibe por el estrés materno y se estimula como respuesta a la presencia del bebé.

### **Desarrollo de la glándula mamaria durante la pubertad**

Esta controlada por la secreción de las hormonas ováricas, los estrógenos y la progesterona. Los primeros estímulos el crecimiento de los conductos de las mamas, y la segunda, el desarrollo del alvéolo. También factor hipofisiario, que posiblemente sea la hormona de crecimiento, estimula el crecimiento de los conductos mamarios hacia el cojín adiposo primario mamario. El volumen mamario depende de la grasa y del tejido conectivo de soporte que rodea al tejido conectivo glandular; así pues, no guarda relación con su capacidad funcional.

### **Desarrollo de la glándula mamaria durante la adolescencia**

El crecimiento de las mamas tiene lugar en dos fases: crecimiento y desarrollo de los conductos de la mama, por un lado, y aumento del parenquima mamario y de la grasa, por otro. El desarrollo se produce por la acción de los estrógenos ováricos. En la pubertad, la mama sufre un cambio importante, consiste en el desarrollo rápido de los conductos y alvéolos, que coinciden con la primera regla; el crecimiento es constante durante toda la adolescencia. Este desarrollo da lugar a la formación de alvéolos y lobulillos alveolares.

Las mamas evolucionan desde la adolescencia hasta la edad adulta, para pasar de una forma cónica en la adolescencia. En el embarazo la mama se convierte en secretora por la influencia de los estrógenos y el lactógeno placentario.

### **Glándula mamaria en etapa post gestacional**

Cuando finaliza la lactancia, la mama comienza un período de involución que puede seguir un proceso rápido o algo más progresivo, para volver nuevamente a la situación anterior al embarazo. La involución es un fenómeno que atraviesa una serie de períodos, una vez ha cesado la secreción láctea, como la apoptosis del epitelio mamario, la remodelación de la glándula y vuelve a su estado natural anterior al embarazo. (Aguilar & Guisado, 2005)

#### **I.7. Técnicas de lactancia materna**

La leche pasa de la madre al niño mediante la combinación de una expulsión activa (reflejo de eyección o "subida de leche"). El niño para realizar una succión efectiva del pecho, necesita crear una tetina con ésta. Esta tetina se forma, aproximadamente, con un tercio de pezón y dos tercios de areola y mama. En la succión del pecho, la lengua del bebé ejerce un papel fundamental, siendo el movimiento de la lengua, en forma de ondas peristálticas de delante hacia atrás, el que ejerce la función de "ordeñar" los senos lactíferos que es donde se acumula la leche una vez que ésta se ha producido.

#### **Posiciones para amantar**

No existe una sola postura para dar de mamar. Es posible utilizar cualquier postura siempre el niño esté bien agarrado al pecho y la madre e hijo estén cómodos.

**Sentada.** Es la más habitual. Conviene utilizar una silla o sofá cómoda y no excesivamente mullido, que permita a la madre apoyarse firmemente la espalda e incorporarse ligeramente para que el pecho caiga hacia delante y no quede plano. Se puede utilizar un reposapiés para mantener las rodillas ligeramente elevadas y resulta útil utilizar un cojín o almohada para acercar al neonato y tenerlo bien apoyado frente al pecho, para no tener que cargar con todo el peso durante la toma.

**Acostada de lado.** Es la postura de elección si la madre se encuentra cansada o dolorida tras el parto o en la toma nocturna. La madre se acuesta de lado, lo más cómoda posible, apoyando la cabeza en una o varias almohadas y manteniendo elevado el brazo que queda por debajo; con el otro sujeta al bebé al que coloca al frente, también de lado, de manera que su cabeza quede a la altura del pecho.

**Invertida o de pelota de rugby.** Esta posición es recomendable para las mujeres que han dado a luz por cesárea, ya que el peso del bebé no descansa en el abdomen. Es también una buena posición cuando los pechos son muy grandes y para amamantar a gemelos, niños prematuros y con bajo peso al nacer. La cabeza del bebé descansa en una de las manos de la madre y el resto del cuerpo a lo largo del mismo antebrazo, de forma similar a la que emplea los jugadores de rugby para llevar la pelota bajo el brazo mientras corren.

En caso de gemelos, lo más práctico es ofrecerle el pecho al mismo tiempo.

**Posición y agarre del bebé al pecho.** Madre y bebé, independiente de la postura que adopte, debe estar cómoda y muy juntos preferiblemente con todo el cuerpo del bebé en contacto con el de la madre ('ombligo con ombligo').

El agarre se facilita colocando al bebé girando hacia la madre, con su cabeza y cuerpo en línea recta, sin tener el cuello torcido, más extendido que flexionado, con la cara mirando hacia el pecho y la nariz frente al pezón.

En posición sentada es conveniente que la madre mantenga la espalda recta y las rodillas ligeramente elevadas, con la cabeza del niño apoyada en su antebrazo, no en el hueco del codo. Una vez que el neonato está bien colocado la madre puede estimularlo para que abra la boca rozando sus labios con el pezón y a continuación, una vez que su boca está bien abierta, desplazar al neonato suavemente hacia el pecho.

El neonato se agarrará más fácilmente si se le acerca desde abajo, dirigiendo el pezón hacia el tercio superior de su boca de manera que pueda alcanzar el pecho inclinando la cabeza levemente hacia atrás. Con esta maniobra, la barbilla y el labio inferior . (Lasarte & Lozano, 2009)

## **I.8. Adolescencia**

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano.

Esta fase del crecimiento y desarrollo viene condicionado por diversos procesos biológicos.

### **I.8.1. Características de la adolescencia. Etapas**

La adolescencia no es un proceso continuo, sincrónico y uniforme. Los distintos aspectos biológicos, intelectuales, emocionales o sociales pueden no llevar el mismo ritmo madurativo y ocurrir retrocesos o estancamientos, sobre todo en momentos de estrés. Podemos esquematizar la adolescencia en tres etapas que se solapan entre sí:

- Adolescencia inicial. Abarca aproximadamente desde los 10 a los 13 años, y se caracteriza fundamentalmente por los cambios puberales
- Adolescencia media. Comprende de los 14 a los 17 años y se caracteriza, sobre todo, por conflictos familiares, debido a la relevancia que adquiere el grupo; es en esta época, cuando pueden iniciarse con más probabilidad las conductas de riesgo.
- Adolescencia tardía. Abarca desde los 18 hasta los 21 años y se caracteriza por la reaceptación de los valores paternos y por la asunción de tareas y responsabilidades propias de la madurez.

Durante esta época de la vida, se logra un importante crecimiento y desarrollo físico y se alcanzan los objetivos psicosociales necesarios en la evolución del joven a la edad adulta como son: lograr la independencia, aceptar su imagen corporal, establecer relaciones con los amigos y lograr su identidad.

Existen muchos mitos sobre la adolescencia, se dice que es un periodo de extrema inestabilidad y turbulencia emocional, de ruptura total con lo anterior, de pensamiento irracional, e incluso una etapa de “psicosis normal” y desarmonía generacional. (Güemes, Ceñal González, & Hidalgo, 2017)

### **I.8.2. Maternidad en adolescentes**

Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos

es aproximadamente un 50% superior. Los expertos en salud sugieren que las adolescentes embarazadas requieren atención física y psicológica especial durante el embarazo, el parto y puerperio para preservar su propia salud y la de su bebé. (OMS, 2009)

## II. ANTECEDENTES

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) indica que, globalmente, solo el 43% (2 de cada 5) de los niños continúan recibiendo lactancia materna exclusiva a los 6 meses de vida. La mayor tasa la presentan los países del Sur de Asia como un porcentaje de Lactancia materna exclusiva (LME) del 60% seguida por el Este y Sur de África con un 57%. No se tiene cifras detalladas de la situación en los países con mayor ingreso, así mismo en el año 2010, en Australia alrededor del 90% de las mujeres iniciaban lactancia materna pero, a los 6 meses, sólo el 2% continuaba con lactancia materna exclusiva, por otro lado en los Estados Unidos, 2013 el porcentaje de inicio de la lactancia materna era del 76% y a los seis meses la lactancia materna exclusiva se redujo hasta un 16%. En Europa, según datos de la Organización para la Cooperación y desarrollo Económico (OCDE) del año 2005 los mejores resultados de inicio de la lactancia materna los presentaban los países nórdicos con cifras próximas al 100% pero por los porcentajes de leche materna exclusiva a los 6 meses disminuyen por debajo del 20%, muy lejos de los objetivos de la OMS (50%LME a los 6 meses) los países con peores tasas de inicio de la lactancia materna eran Francia o Irlanda con niveles del 63% y 44%. Reino Unido por su parte tenía un 77% de inicio de lactancia pasando a < 1% de lactancia materna exclusiva a los seis meses en otros países en los que se dispone los datos evolutivos, se observó que la tasa de la lactancia materna exclusiva a los seis meses, entre los años 1995 y 2015, se incrementó a nivel global pasando del 24.9% al 43%. El aumento fue más importante en el África Subsahariana, donde se pasó del 28% al 42% y en el Sur de Asia donde aumento del 36 al 64%. (AEP, 2016)

A nivel mundial la lactancia materna no disminuye, si no que en muchos países incluso han aumentado en la última década.

En México, el promedio de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del recién nacido es del 14.4% lo que coloca al país en el último lugar en Latinoamérica en este rubro, junto con Republica Dominicana.

“Los prejuicios y mitos son los principales obstáculos para la lactancia materna e influyen en que solo uno de cada seis niños en México sea amamantado, si todos fomentamos la



lactancia materna, podemos prevenir enfermedades y hasta la muerte de millones de niños en el país” (UNICEF, 2015)

La lactancia materna exclusiva (LME) inicia por debajo de lo recomendado por la OMS y desciende de forma rápida con la edad del niño. La mediana de la duración de la lactancia es de alrededor de 10 meses, y se ha mantenido constante en los últimos 13 años en ámbito nacional, la cual es menor en la región norte del país comparada con el sur. La duración de la lactancia materna es considerablemente mayor en la población indígena que en la no indígena.

La mayoría de los infantes menores de 3 años en 1999 a la Ensanut 2012 ha sido amamantados alguna vez, sin tomar en cuenta si recibieron solo calostro o leche materna, lo que muestra una gran aceptación de las madres para amamantar a sus hijos, y que hay fuerza poderosa que obstaculizan la LME en menores de 6 meses y continuada hasta los 24 o más meses.

El inicio temprano de la lactancia materna solo es del 30 al 50% de los niños son puestos al seno materno en las primeras horas de vida. Se observa que la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses era de 20.0% en 1999 al 2006 y entre 2006 – 2012 descendió casi 8 punto porcentuales (14.4%). El deterioro de la práctica de la lactancia ha sido diferencialmente efectivo en mayor medida en los grupos más vulnerables: mujeres de medio rural en la región del sur de país, y en el tercil más bajo de nivel socioeconómico. Quienes no reciben servicios de salud y en madres que no cuentan con un empleo remunerado, grupos en quienes la protección de la lactancia en contra de enfermedades infecciosas podría tener más efecto. Se sabe que el abandono de la lactancia materna exclusiva aumentan aún más los riesgos de sobrepeso y obesidad el panorama es desfavorable para México. De continuar este deterioro en la práctica de la lactancia materna es posible que el futuro sean las mujeres de más educadas y con mayor nivel socioeconómica quien tenga una mejor práctica, panorama similar a otros países y regiones como Estados Unidos y Europa (González, Escobar, & González, 2016)

En julio 2012 López Vargas, del centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS) de Guadalajara, menciono en una rueda de prensa que la lactancia al seno había

descendido en las últimas décadas a 33%, debido a mayor número de madres más jóvenes; es de esta manera que las madres adolescentes parecen privilegiar su figura corporal en vez de procurar las bondades de la leche materna para sus hijos, optando por las fórmulas lácteas. (Vega, 2014)

### **Embarazo en adolescentes**

En los primeros años del siglo XXI el tema de embarazo en adolescentes ha ocupado un espacio importante en la salud mundial y de México. Según la OMS, cerca de 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años tiene un hijo y los recién nacidos de estas madres son aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo un 95% de ellos ocurre en países en vías de desarrollo. El Fondo de la Población de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha señalado que por cada mil nacimientos que ocurren en América del Sur, 74% provienen de mujeres adolescentes.

En México, aparentemente poco se ha indicado en la frecuencia de embarazo adolescente, ya que el 17% de los nacimientos corresponden a madres de esta edad; esta proporción ha permanecido casi sin mayores cambios favorables desde la década de los años noventa del siglo pasado. Una explicación puede ser que el inicio de la vida sexual de la población adolescente (12 a 19 años) ha pasado del 15% en 2006, al 23% en 2012. Por lo tanto, la consecuencia de esta tendencia muestra que el porcentaje de hijos de madre adolescente aumentó del 15.6 al 18.7% entre el 2003 y 2012. De hecho, de un total de mujeres adolescentes que tuvieron relaciones sexuales, la mitad (51.9%) ha estado alguna vez embarazada, y el 10.7% está cursando un embarazo. (Loredo, Vargas, Casas, González, & Gutierrez, 2017)

La adolescente cuando llega a ser madre forma parte de un grupo étnico demográfico muy vulnerable y es posible el temprano abandono de la lactancia materna por la inmadurez, por no haber completado su proceso natural de crecimiento y desarrollo. La inmadurez en el área psicológica, por cambios en esta etapa y el tener que enfrentar un embarazo, posibles conflictos la familia y a veces con la pareja, la expone a presentar riesgos personales para el bebé durante el amamantamiento con leche materna. (Delgado & Nombreira, 2012)

## A nivel Estatal

Hidalgo presenta ventajas en indicadores relevantes de lactancia materna según la ENSANUT 2012, a diferencia de los indicadores nacionales, en el inicio temprano (44% frente a 38.8%) y la lactancia adecuada en los primeros años de vida (41.8% frente a los 29.4% nacionales, otras desventajas presenta Hidalgo destacan que entre los 12 y 23 meses sólo reciben una lactancia adecuada el 18.8% de los niños y niñas esto indica que se encuentra una cifra baja de acuerdo a las del promedio nacional el cual es de 23.8% y que el 54.9% recibe una frecuencia mínima de consumo de alimentos entre los los 6 y 23 meses cifra inferior a la nacional (60.3%).

A esto se le suma el uso del biberon en casi la mitad de los niños y niñas de 0 a 23 (49.3%) en el estado, esta cifra es similar a la del promedio nacional 49.9% (UNICEF México, 2018)

### II.1. Antecedentes Referenciales

Un estudio hecho por Muñoz & Rodríguez (2017): el cual lleva fue titulado **de Autoeficacia de la lactancia materna en mujeres primíparas de Madrid**; como **objetivo** de este trabajo fue estudiar los conocimientos de mujeres primerizas acerca de la lactancia materna, así como valorar la autoeficacia de esta y analizar las diferencias en función de diversos factores sociodemográficos. Para ello se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal sobre 97 mujeres, mediante muestreo no probabilístico de conveniencia. Se utilizó un cuestionario previamente validado con preguntas sociodemográficas y 14 ítem sobre la eficacia de la lactancia materna, con cinco opciones de respuestas para cada ítem. Se realizó un análisis descriptivo de la muestra para, posteriormente, llevar a cabo un análisis bivariante. La media de edad fue de 31,9 años; un 81,4% estaban casadas y un 27% no tiene estudio. Un 67% de las madres estudiadas fueron de nacionalidad española. Se encontraron diferencias significativas referidas a la nacionalidad, al estado civil y al nivel del estudio de la mujer. Se concluyó que la autoeficacia de la lactancia materna en la muestra estudiada es, en general, deficiente. Las mujeres primerizas no se sienten capacitadas para llevar a cabo las circunstancias que se les propone.

Un estudio realizado por Nursan, Dilek, & Sevin (2014) **La autoeficacia de las madres en cuanto a la lactancia y los factores que la afectan** en el cual el **Objetivo:** fue determinar la autoeficacia de las madres en cuanto a la lactancia durante el periodo de 0-3 meses y los factores que lo afectan, usando **Materiales y métodos:** el estudio fue realizado entre enero y abril del 2014, su universo de estudio estuvo compuesto por todas las madres que vivían en el centro de la provincia de Sakarya, con niños lactantes de 0-3 meses. La muestra estuvo conformada por 152 madres que aceptaron participar; los **Resultados de** esta investigación el puntaje total promedio de la “BSES-SF” se determinó como  $58,61 \pm 8,93$ , min =16, max =70. No se hallaron diferencias significativas entre el puntaje de la escala y la edad materna ( $F=0,437$ ,  $p=0,781$ ), la educación materna ( $F= 0,625$ ,  $p= 0,645$ ), la situación económica ( $F =0,253$ ,  $p=,777$ ), y el tipo de lactancia materna en comparación con otros indicadores no haber recibido dicha información y la diferencia de la escala fue estadísticamente significativa ( $X^2=50,848$ ,  $p=0,010$ ), llegando a la **Conclusión:** de que la autoeficacia de la lactancia materna fue baja entre las madres que no tuvieron experiencia previa en la lactancia materna.

Otro estudio hecho por Sa, y otros ( 2017) al cual titularon **Comparación de la autoeficacia de la lactancia materna entre madres adolescentes y adultas en una maternidad de Ribeirão Preto, Brasil** este estudio tuvo como **objetivo** verificar y comparar la autoeficacia de la lactancia materna entre puérperas adolescentes y adultas en el posparto inmediato; **Método:** este estudio es de tipo observacional, transversal y comparativo, la muestra fue de 306 madres adultas y 94 adolescentes utilizando la versión brasileña de Breastfeeding Self- Efficacy . Dando como **Resultado** entre los grupos participantes la mayoría (54%) presento un nivel elevado de autoeficacia, y la diferencia entre los resultados entre adolescente y adultos no fue estadística significativa. Llegando a la **conclusión:** las mujeres adolescentes y adultas en posparto. Independientemente de la edad, las mujeres de este grupo no presentaron diferencia significativa con respecto a la variable.

Se tomó en cuenta como fuente de apoyo la tesis realizada por Flores, Naves, & Castillo (2019) titulada **Autoeficacia percibida y práctica del amamantamiento en madres adolescentes. Hospital Belén de Trujillo;** tuvo como **Objetivo:** determinar la relación

entre la autoeficacia percibida y la práctica del amamantamiento; la muestra utilizada estuvo constituida por 120 madres a las cuales se aplicó la Escala de autoeficacia para la lactancia materna, para determinar la relación entre las variables se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrada ( $\chi^2$ ), por lo que los **resultados** mostraron que el 60,8% de las madres tiene un nivel medio de autoeficacia percibida, el 21,7% nivel bajo; y el 17,5% nivel alto. El 81,7% presento una mala práctica de amamantamiento y solo el 18,3% mostro una buena práctica; llegando a la **conclusión** que el nivel de autoeficacia percibida tiene relación estadística significativa con la práctica con la práctica de amamantamiento de las madres adolescentes ( $p=0.0355 < 0.05$ ).

Otro estudio relacionado con el tema de investigación fue realizado por Valenzuela, Vásquez, & Galvez (2016) **Factores que influyen en la disminución de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida: revisión temática y contexto en Chile**; teniendo como **Objetivo**: identificar los factores que influyen en la mantención de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida a través de una revisión de la literatura, considerada con el contexto de Chile; usando una **Metodología**: de la revisión temática con búsqueda en PubMed, Lilacs, Medline y Scielo. Obteniendo **Resultados**: obteniendo los factores que afecta a la lactancia materna exclusiva eran edad materna, nivel educativo materno, factores socioeconómicos, ambiente laboral, paridad, tipo de parto, asesoramiento profesional de salud, razones del destete precoz y redes de apoyo. Llegando a la **conclusión**: que las madres con menor edad y bajo nivel educativo así como socioeconómico, las que tuvieron parto quirúrgico o instrumentales y factores negativos culturales son los principales detractores de la mantención de la lactancia materna exclusiva y dinámicas familiares positivas, la presencia de las redes de apoyo la educación por parte de los profesionales de salud.

Otro artículo realizado por Aguayon, Dávila, Puga, Rodríguez, & Gómez (2018) **Actitud hacia la lactancia materna relacionada con la edad de mujeres primigestas en dos Centros de Salud** cuyo **objetivo** fue determinar la relación entre actitud hacia la lactancia materna y edad en mujeres primigestas pertenecientes de dos centros de salud. **Metodología**: siendo un estudio correlacional y trasversal, Muestra por conveniencia formado por 68 mujeres primigestas pertenecientes a dos centros de salud, dando como.

**Resultado:** que las primigestas que tiene 14 a 39 años, moda de 18 destacando actitud neutra hacia la lactancia (94.1%) mostrando que no existe una relación entre la actitud y la edad, llegando a la **conclusión:** que la actitud sobre lactancia materna tiene relación con la edad y las primigestas presentan una actitud neutra hacia la lactancia, por lo que no tiene definido el tipo de alimentación que proporcionarían a su lactante.

Otro artículo es de Castro & Ordoñez (2014) **Actitud frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristobal, Huancavelica 2014** donde el **objetivo** fue determinar la actitud frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristobal Huancavelica, 2014. **Material y Método:** el estudio fue descriptivo estadístico, bibliográfico, inductivo y educativo. El diseño de la investigación no experimental, transversal y descriptivo. La población estuvo conformada por 30 madres adolescentes con lactantes menores de seis meses que acuden al centro de salud de San Cristobal, la muestra fue censal los **Resultados:** en la actitud en general se encontró que el 56.7% (17) de las madres adolescentes muestran una actitud medianamente favorable, 23.3% (7), desfavorable y el 20% (6) favorable; en la dimensión cognitiva el 53,3% (16) presenta una actitud medianamente favorable, 26.7% (8) favorable y 20.0% (6) desfavorable y 16.7% (5) favorable, y en las dimensiones conductuales el 46% (14) de madre adolescentes presentan una actitud medianamente favorable frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva; ello implica que la mayoría tiene una disponibilidad a favor de esta práctica, lo cual favorece el desarrollo y crecimiento del niño, logrando con ello disminuir la desnutrición infantil, para que el futuro sea un niño fuerte y sano.

Otro artículo de Mejía, y otros (2016) **Actitudes y práctica sobre lactancia materna en puérperas de un hospital público de Lima Perú** el cual tuvo como **objetivo:** Determinar las actitudes y práctica sobre lactancia en puérperas y sus factores socio-perinatales asociados. **Método:** es un estudio de tipo transversal analítico desarrollado en el 2012. Se obtuvo una muestra no probabilística de las mujeres en la unidad obstétrica, del Hospital Nacional María Auxiliadora. Se usó la regresión lineal para el análisis bivariado y multivariado, obteniendo los coeficientes cruzados y ajustados con sus intervalos de confianza al 95% dando como **Resultado:** de la participación de 256 puérperas, la mediana de edades

fue de 24,5 años (rango 18-46 años), el 25% tuvieron 7 buenas respuestas de las 20 planteadas. Se encontró una correlación positiva entre mayor número de respuestas correctas y las variables de edad ( $p=0,002$ ). Llegando a la **Conclusión** que existe una asociación entre la actitud y la práctica sobre lactancia materna según algunos factores socio-perinatales, siendo esto importante para la planificación de programas de capacitación. Estos resultados coincidieron con otras investigaciones que demuestran que hay un incremento de conocimiento a mayor experiencia de las gestantes.

### III. JUSTIFICACIÓN

La leche materna es la primera comida natural para los lactantes. Aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida, y siguen cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año (OMS, 2014).

La leche materna disminuye dos importantes causas de mortalidad infantil como son las infecciones respiratorias y la diarrea, las consecuencias potenciales de la práctica óptima de la lactancia materna son especialmente importantes en los países en desarrollo donde se registra una alta carga de enfermedades. (UNICEF, 2015)

En los últimos años se ha mostrado un incremento de embarazos en adolescentes, junto con ellos una disminución de la lactancia materna exclusiva, ya que para las madres adolescentes es compleja y agobiante dicha actividad, los distintos problemas que causa el no conocer la técnica de amamantamiento; con el afán de satisfacer el apetito del recién nacido, las madres optan por la suplencia de la leche materna por la leche artificial. El presente trabajo pretende identificar los puntos críticos de la actitud y la autoeficacia de la lactancia materna en madres adolescentes del Hospital General Pachuca.

Se consideró realizar la presente investigación en el Hospital General Pachuca Hidalgo por que presenta una alta concentración de madres adolescentes.

Este trabajo tiene como finalidad obtener información sobre la actitud y autoeficacia tomando en cuenta las características y conductas de la madre y del niño en la identidad del rol materno así como lo refiere Mercer.

El estudio contribuirá con la información para reforzar los programas de formación con los que cuenta la clínica de la lactancia materna enfatizados en los puntos críticos de actitud y autoeficacia de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes. Para que así la práctica de la lactancia materna sea concebida por las madres adolescentes como un signo de protección y amor a sus bebés.



#### **IV. Planteamiento del Problema**

Aun conociendo todos los beneficios que la leche materna posee, la decisión de las madres adolescentes por alimentar a su bebé al seno materna se ve fuertemente influida y condicionada con el nivel de educación, ingresos económicos, factores sociales, culturales y el aspecto físico entre otras características maternas.

La actitud es parte de nuestra vida y puede expresarse de una forma negativa o positiva en nuestro comportamiento; las actitudes son aprendidas o adquiridas en nuestro entorno social. (Robbins & Jedge, 2009)

Así bien la actitud en la lactancia materna es la respuesta expresada de las madres sobre la disponibilidad hacia la lactancia. (Aguayon, Dávila, Puga, Rodríguez, & Gómez, 2018)

Y Dra. Lee consideró que la autoeficacia hacia la lactancia materna es la creencia de la madre sobre su capacidad para afrontar, satisfactoriamente la lactancia materna (Robout, López, Durá, Richart, & Oliver, 2011).

Durante la estancia en el servicio de Toco cirugía del Hospital General de Pachuca Hidalgo se observó que presentan con mayor frecuencia la cantidad de madres adolescentes, y se percibe que la práctica de la lactancia materna no es adecuada, presentan dificultades para amamantar a sus recién nacidos, algunas de ellas mostraban cansancio en incluso se mostraban indiferentes para mantener una buena práctica de la lactancia materna.

En otros casos las madres expresaron sentir temor y desconfianza o sentir que su leche es insuficiente, para satisfacer las necesidades de alimentación de su recién nacido. O “mi leche es muy delgada”, “grietas en el pezón”.

Los problemas presentados son derivados del, estado civil, y en un tanto el nivel educativo así como también se ve influidas por la cultura debido a que son adolescentes.

Si bien es cierto que esta institución cuenta con una clínica de la lactancia materna y un club del embarazo, las madres adolescentes no cuentan con la información suficiente sobre los benéficos y técnicas de la lactancia materna ya que esta institución no cuenta con pacientes “cautivas”. En su gran mayoría de estas son referidas de otras instituciones

o comunidades, tanto a nivel estatal y estados circunvecinos y se desconoce la calidad de información con la que la paciente cuenta.

Es por eso que conocer la actitud y la autoeficacia de las madres adolescentes en la lactancia materna tiene un papel importante ya que tiene como finalidad minimizar el abandono de la lactancia materna exclusiva y es por esto que se realiza la siguiente pregunta de investigación.

#### **IV.1. Pregunta de investigación**

¿Cuál es la Actitud y autoeficacia que muestran las madres adolescentes del Hospital General de Pachuca Hidalgo hacia la lactancia materna?

#### **IV.2 Objetivo.**

##### **Objetivo General.**

Analizar la Actitud y Autoeficacia de las madres adolescentes con relación a la lactancia materna en el servicio de toco cirugía y ginecobstetricia del Hospital General Pachuca Hidalgo.

##### **Objetivos específicos**

- Observar la disponibilidad de las madres adolescentes hacia la lactancia materna
- Identificar la adaptación que tiene la madre adolescente hacia la lactancia materna
- Investigar la actitud y la autoeficacia de las madres adolescentes del Hospital General Pachuca Hidalgo.
- Evaluar el conocimiento de lactancia materna en madres adolescentes del Hospital General Pachuca Hidalgo.

#### **IV.3. Hipótesis**

**H1.-** La Actitud influye en la Autoeficacia de la lactancia materna en las madres adolescentes del Hospital General Pachuca Hidalgo.

**H0.-** La actitud No influye en la Autoeficacia de la lactancia materna en las madres adolescentes del Hospital General Pachuca Hidalgo.

## **V. Material y Método**

### **V.1. Diseño de la Investigación**

**Tipo:** Cuantitativo, correlacional descriptivo

**Diseño:** no experimental transversal, prospectivo

### **V.2. Análisis de la investigación**

A través de estadística descriptiva y paquete SPSS Versión 21.

### **V.3. Ubicación espacio-Temporal**

#### **V.3.1. Ubicación en espacio**

El presente estudio de investigación se realizó en el servicio de Ginecobstetricia y Unidad de Toco Cirugía del Hospital General Pachuca Hidalgo, siendo una unidad de 2 nivel de atención, ubicado en carretera Pachuca- Tulancingo No. 101-A col. Ciudad de los Niños Pachuca Hidalgo.

#### **V.3.2. Ubicación en tiempo**

La aplicación de los instrumentos de medición se realizó en un periodo de tres meses en el periodo comprendido de diciembre 2018 a febrero 2019.

#### **V.3.3 persona**

Unidad de análisis: Las Madres adolescentes de toco cirugía y ginecobstetricia que cubrieron los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

### **V.4. selección de la Muestra**

#### **V.4.1. Criterio de inclusión**

- Mujer con edad comprendida entre 12 y 19 años
- Mujeres Primigestas o multigestas que se encuentren hospitalizadas en el servicio de Ginecobstetricia y área de toco cirugía del Hospital General de Pachuca
- Adolescentes con hijos recién nacidos de 0 a 28 días de vida
- Adolescentes con autorización y consentimiento informado conjunta de padre o tutor
- Adolescente que desee participar

- Adolescente que curse con puerperio quirúrgico fisiológico y/o quirúrgico normo-evolutivo

#### **V.4.2 Criterio de Exclusión**

- Paciente que no estén en etapa de lactancia materna (hospitalizadas por otra causa)
- Madres mayores de 19 años
- Madres adolescentes que se encuentren separadas de sus hijos por complicaciones del RN
- Madres adolescentes que no deseen participar en el proyecto de investigación.

#### **V.4.3 Criterios de eliminación**

- No acepto para participar
- No autoriza padre a tutor
- Alta domiciliaria voluntaria
- Traslada a otra unidad por tratamiento medico
- El recién Nacido fue trasladado a alguna terapia intensiva o intermedia.

### **V.5. Determinación del tamaño de la muestra y muestreo**

#### **V.5.1. Tamaño de la muestra**

Se trabajó con 50 madres adolescentes que cumplieran con los criterios de inclusión

#### **V.5.2. Muestreo**

Tipo No probabilístico por disposinibilidad.

### **V.6. Operacionalización de Variables**

#### **Variable Independiente**

- Actitud de la madre adolescente hacia la lactancia materna. Es la respuesta expresada de las madres sobre la disponibilidad hacia la lactancia materna.

Indicador

- (1) Totalmente en desacuerdo      (2) En desacuerdo      (3) Neutro/ no estoy segura  
 (4) De acuerdo      (5) Totalmente de acuerdo

### **Variable Independiente**

- Autoeficacia de la madre adolescente hacia la lactancia materna. Creencia de la madre sobre su capacidad, para afrontar satisfactoriamente la lactancia materna.

Indicador

- (1) Nada en absoluto      (2) En absoluto      (3) Neutro/ no estoy segura  
(4) Casi siempre      (5) Siempre

### **Variable dependiente**

- Lactancia materna.

### **V.7. Instrumento**

Adaptación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale en población Mexicana IIFAS, esta escala es de origen inglés consta de 17 ítems, de los cuales ocho están redactados de manera favorable a la lactancia materna y el resto hacia la lactancia con fórmula. La escala se evalúa con una graduación de respuesta tipo Likert de cinco puntos. Los autores reportan la confiabilidad ( $\alpha$  de Cronbach de 0.86). (Aguilar-Navarro, Coronado-Castilleja, Gómez-Hernández, & Cabos Aguilar, 2016)

En la  $\alpha$  de Cronbach calculada al instrumento IIFAS aplicado en el Hospital General de Pachuca Hidalgo 2019 fue de 0.722

Valoración de referencias españolas para la versión reducida de la escala de autonomía para la lactancia materna: BSES-SF, es una escala unidimensional auto complementada de 14 ítems, presentados de forma positiva y procedidos de la frase yo quiero y puedo. Se puntúa mediante una escala tipo Likert de 1 a 5, donde 1 indica "nada segura" y 5 indica "muy segura". Mayores puntuaciones indican mayores niveles de autoeficacia para la lactancia materna. La fiabilidad de la versión española de la BSES-SF, medida mediante confiabilidad de Alfa de Cronbach, es de 0,92. (T.D, y otros, 2014)

En la  $\alpha$  de Cronbach calculada al instrumento BSES-SF aplicado en el Hospital General de Pachuca Hidalgo 2019 fue de 0.73

## **VI. Aspectos Éticos**

### **Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación**

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.

IV. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes. La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de investigación.

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, discapacidad, muerte del sujeto en quien se realice la investigación;

VII. Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

VIII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación Procedimiento y Recolección De Datos. (CONBIOÉTICA, s.f.)

La presente investigación se ajusta a lo considerado en la Ley General de Salud en Materia de Investigación y de acuerdo con el artículo 17 para efecto de este reglamento este estudio se considera con riesgo mínimo. Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos

de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, (Regulatoria, 2014)

### **Declaración de Helsinki.**

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.
2. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: “El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica”.
3. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.
4. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.
5. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales
6. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación,
7. En la investigación médica, el deber del médico es proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud

y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

### **Riesgo, costo y beneficios.**

8. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga.
9. Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.

### **Grupo y personas vulnerables**

10. La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

### **Requisitos científicos y protocolo de investigación**

11. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.
12. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación.

### **Consentimiento informado**

13. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada participante potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles



e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. El participante potencial debe ser informado del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información. (Asociación Medica Mundial, 2017)

## **VII. Recursos humanos, físicos y financieros**

### **HUMANOS**

Primer investigador: Lic. Enf. Ana Bianey Hernández Ortiz

- Asesor de tesis: Dra. María Luisa Sánchez Padilla, adscrita al Área Académica de Enfermería del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Hidalgo.
- Codirectora: M.C.E Rosa María Guevara Cabrera, adscrita al Área Académica de Enfermería del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Hidalgo.
- Lic.Enf. adscrita al Hospital General Pachuca Hidalgo: Rosmery Sánchez Reséndiz, coordinadora de la clínica de la lactancia materna
- Médico adscrito al Hospital General Pachuca Hidalgo: Sergio Muñoz Juárez, jefe del departamento de investigación.

### **FÍSICOS**

- Instalaciones del área de toco cirugía y ginecobstetricia
- Computadora personal y teléfono celular
- Instrumento de medición impreso
- Consentimiento informado impreso
- Bolígrafo

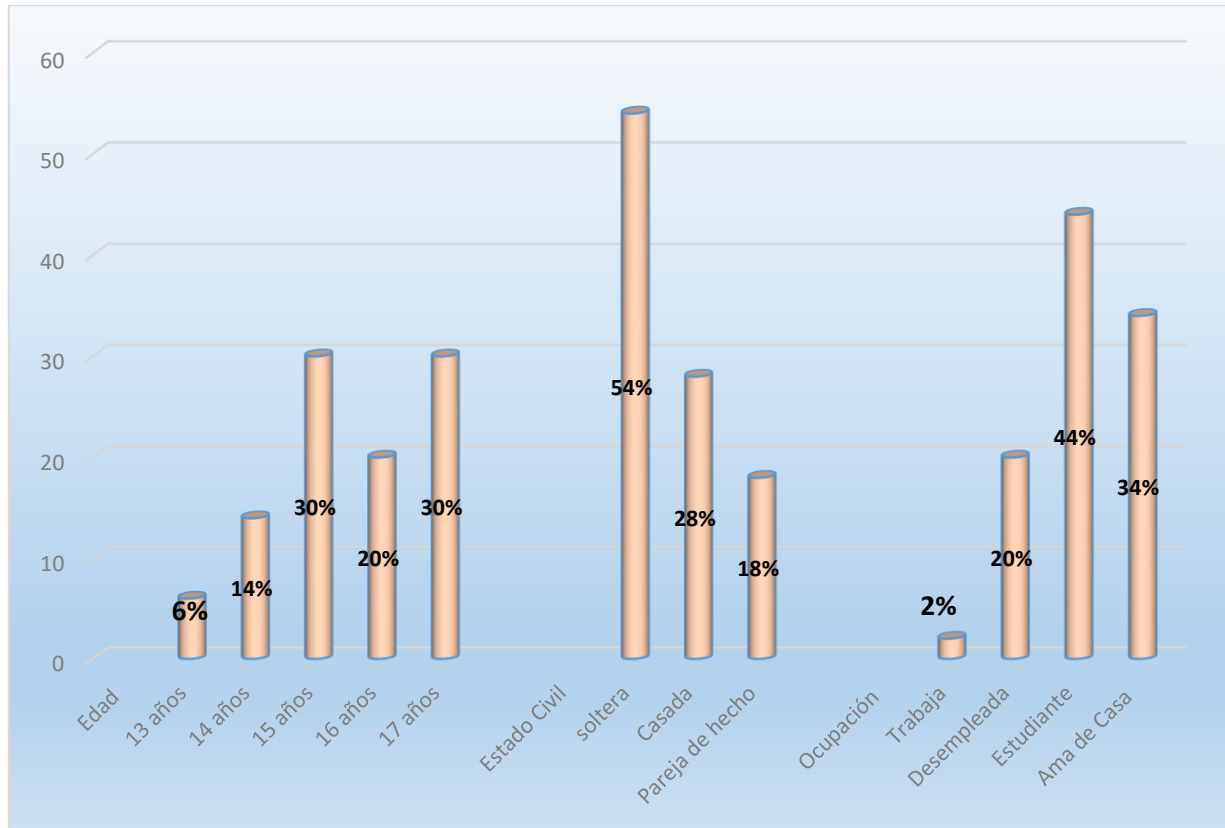
### **FINANCIERO**

- Hojas para impresiones proporcionadas por el investigador principal

## VIII. Resultados

### 8.1 Variables antecedentes maternos y sociodemográficas

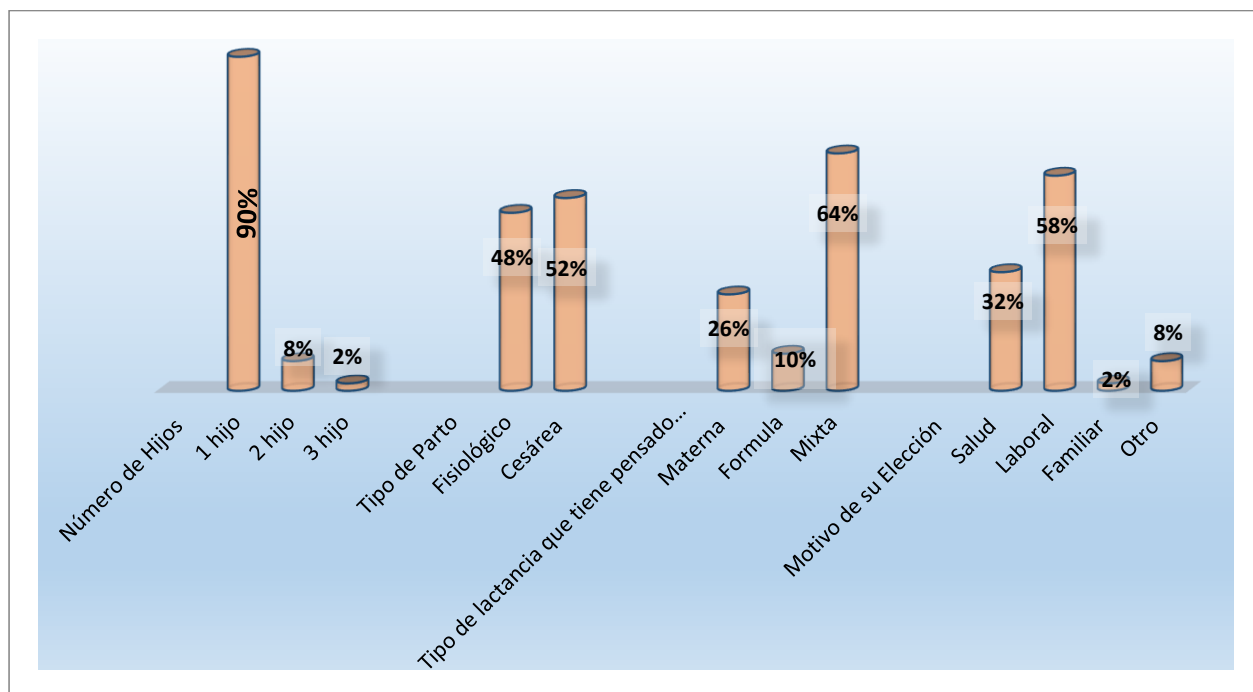
Gráfica 1: Variables sociodemográficas



Fuente: sociodemográficas Hospital General Pachuca Hidalgo 2019

De las 50 madres adolescentes participantes en cuanto a los datos sociodemográficos, el estado civil predominante fue con un 54% soltera; mientras que el 28% refirió estar casada y por ultimo solo el 18% manifestó tener pareja. En cuanto a la ocupación menos de la mitad 44% refirió ser estudiante y solo un 2% trabaja mientras que 20% manifestó estar desempleada y solo el 34% se dedica al hogar; de acuerdo a la categoría de edad el 60% de las madres entrevistados oscilan entre 15 y 17 años y solo el 6% se encuentra cursando los 13 años; así mismo el 20% pertenecen al grupo de 16 años; finalmente el 14% está en los 14 años.

**Gráfica 2.- Variables sociodemográficos**



**Fuente:** Antecedentes maternos Hospital General Pachuca Hidalgo 2019

Respecto al número de hijos de las madres adolescentes consideradas para este estudio predominó con el 90% la respuesta de un hijo; mientras que el 8% manifestó tener 2 hijos y solo un 2% expresó tener 3 hijos: en cuanto al tipo de parto se observó que más de la mitad 52% la resolución del embarazo fue vía cesárea; mientras que el 48% fue por parto fisiológico; en tanto las madres adolescentes un 64% ha considerado una alimentación mixta; solo el 26% tiene pensado mantener la lactancia y el 10% el uso de fórmula; en tanto el motivo de su elección el 58% refirió que es por cuestiones laborales; mientras que el 32% manifestó que será por cuestiones de salud; solo el 2% indicó que por motivos familiares y finalmente el 8% indicó otros motivos.

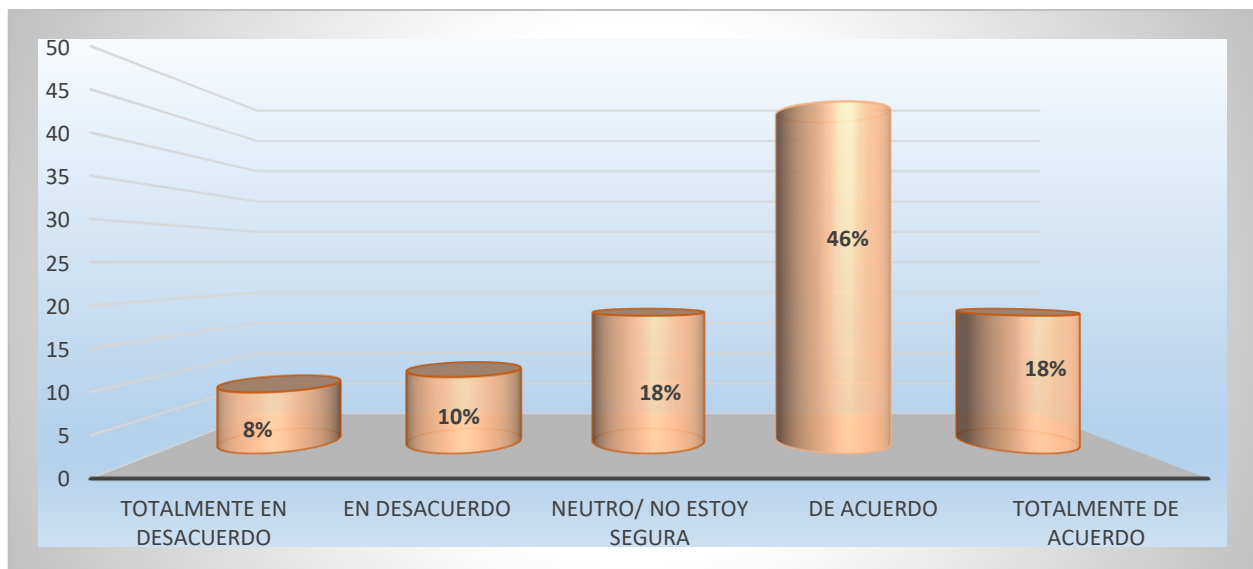
## 9.2 Descripción de los resultados de la variable Actitud

**Tabla 1.- La lactancia materna incrementa el vínculo madre-hijo**

<b>La lactancia incrementa el vínculo madre-hijo</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Totalmente en desacuerdo	4	8
En desacuerdo	5	10
Neutro/ no estoy segura	9	18
De acuerdo	23	46
Totalmente de acuerdo	9	18
<b>total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fuente: Adaptación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale en población Mexicana IIFAS.

**Gráfica 3.- La lactancia materna incrementa el vínculo madre-hijo**



Fuente: Adaptación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale en población Mexicana IIFAS.

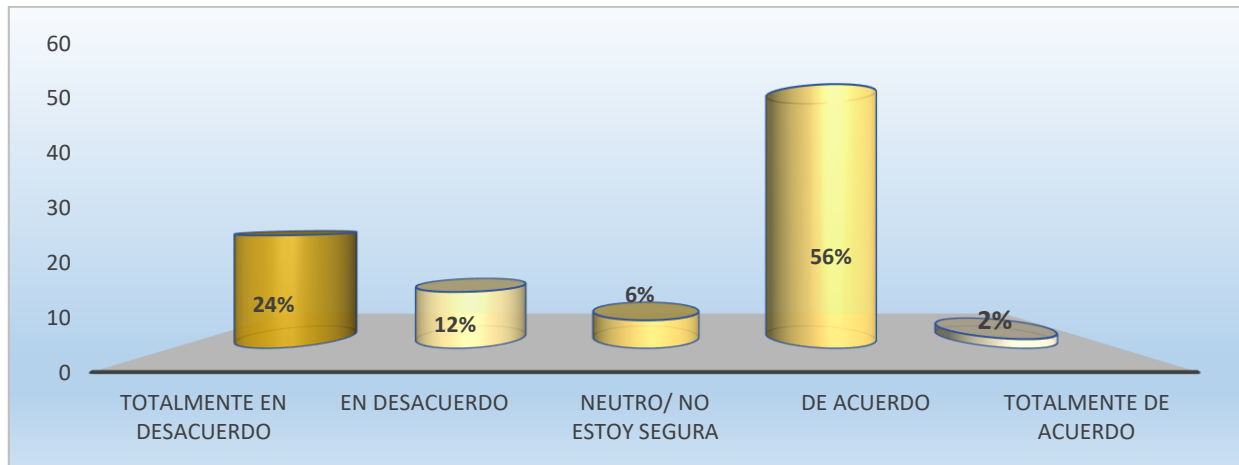
Con respecto a que si la lactancia incrementa el vínculo madre-hijo las madres adolescentes consideradas en el presente estudio solo el 8% manifestó estar totalmente en desacuerdo; mientras un 46% refiere estar de acuerdo que la lactancia materna incrementa el vínculo madre-hijo; un 10% de las madres entrevistadas menciono estar en desacuerdo y solo el 18% de ellas expresaron estar en desacuerdo con esta pregunta; mientras el 18% restante señalaron estar totalmente de acuerdo en el incremento del vínculo madre-hijo con la ayuda de la lactancia materna. Lo cual representa un mayor avance para mantener la lactancia materna.

**Tabla 2.- La leche artificial es la mejor opción si la madre tiene previsto trabajar fuera del hogar**

<b>La leche artificial es la mejor opción si la madre trabaja fuera de casa</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Totalmente en desacuerdo	12	24.0
En desacuerdo	6	12.0
Neutro/ No estoy segura	3	6.0
De acuerdo	28	56.0
Totalmente de acuerdo	1	2.0
<b>total</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Adaptación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale en población Mexicana IIFAS.

**Gráfica 4.-La leche artificial es la mejor opción se la madre tiene previsto trabajar fuera del hogar**



Fuente: Adaptación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale en población Mexicana IIFAS.

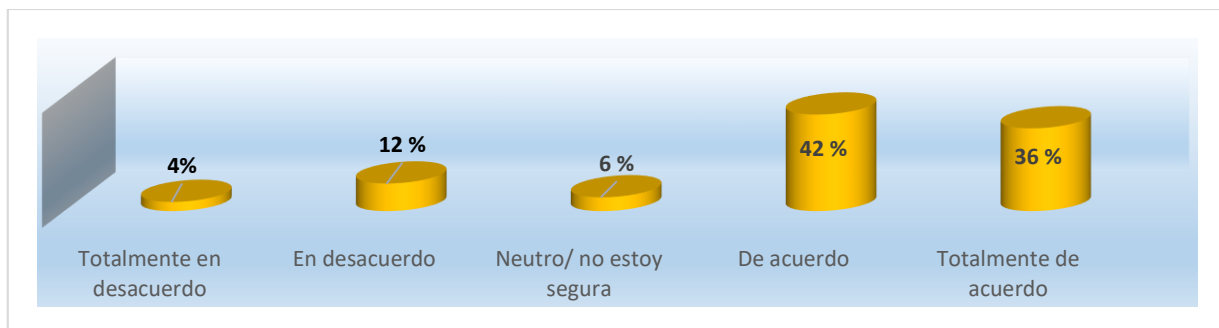
En relación al uso de leche artificial si la madre tiene previsto trabajar fuera de casa el 56% está de acuerdo con el uso de sucedáneos; mientras que el 2% manifestó estar totalmente de acuerdo; solo un 5% refirió no estar segura en el uso de la leche de formula; solo el 24% expreso estar totalmente en desacuerdo en el uso de leche artificial; y solo el 12 % indicó estar en desacuerdo respecto al uso de sucedáneos de la leche materna.

**Tabla 3.- Los bebés alimentados con leche materna son más sanos que los bebés alimentados con leche artificial**

<b>Los bebés alimentados con leche materna son más sanos</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Totalmente en desacuerdo	2	4
En desacuerdo	6	12
Neutro/ no estoy segura	3	6
De acuerdo	21	42
Totalmente de acuerdo	18	36
<b>total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fuente: Adaptación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale en población Mexicana IIFAS.

**Gráfica 5.-: Los bebés alimentados con leche materna son más sanos que los bebés alimentados con leche artificial**



Fuente: Adaptación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale en población Mexicana IIFAS.

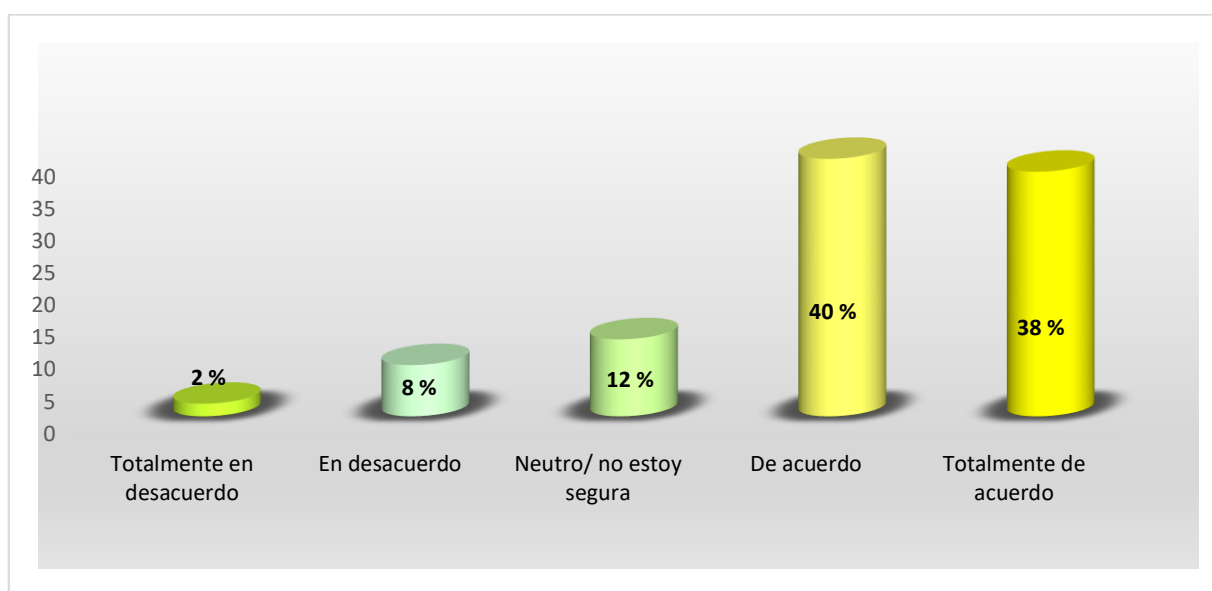
Respecto a los bebés alimentados con leche materna son más sanos que los bebés alimentados con leche artificial las madres adolescentes consideradas para este estudio el 42% opino estar de acuerdo en los beneficios de la leche materna; mientras que el 4 % está totalmente en desacuerdo; el 12 % manifestaron seguir en desacuerdo sobre la alimentación de su bebé y los beneficios, solo el 36% está totalmente de acuerdo con el uso de la leche materna mientras que un 6 % refirió no estar segura sobre los beneficios de la leche materna mantendrá sano a su bebé. Lo que nos indica que la casi la mitad de nuestra muestra sabe los beneficios de la leche materna o por lo menos tiene un poco de conocimiento sobre estos.

**Tabla 4.- La leche materna es más fácil de digerir que la artificial**

<b>La leche materna es más fácil de digerir que la artificial</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Totalmente en desacuerdo	1	2
En desacuerdo	4	8
Neutro/ no estoy segura	6	12
De acuerdo	20	40
Totalmente de acuerdo	19	38
<b>total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fuente: Adaptación de la IOWA Infant Feeding Attitude Scale en población Mexicana IIFAS.

**Gráfica 6.-La leche materna es más fácil de digerir que la artificial**



Fuente: Adaptación de la IOWA Infant Feeding Attitude Scale en población Mexicana IIFAS.

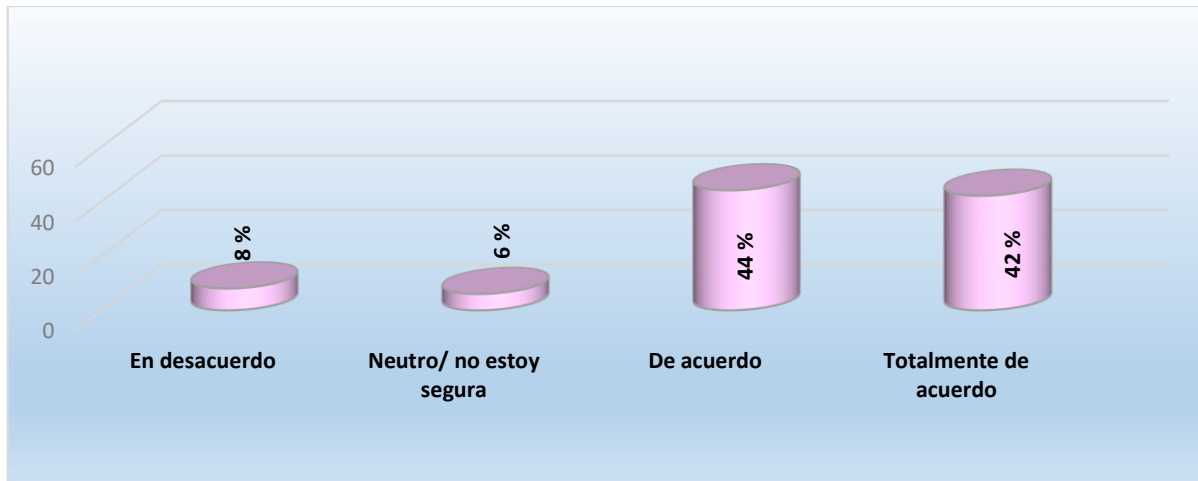
Respecto a la respuesta de las madres adolescentes consideradas en el estudio en que la leche materna es más fácil de digerir que la artificial solo el 2% se encuentra en total desacuerdo respecto a la leche materna y la leche artificial; el 8 % refirieron estar en desacuerdo; solo el 12% manifestaron no estar segura; mientras que 40% está de acuerdo y el 38 % manifestó estar totalmente de acuerdo en que la leche materna es más fácil de digerir que la leche artificial.

**Tabla 5.- La leche materna es mejor que la leche artificial**

<b>La leche materna es mejor que la artificial</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
En desacuerdo	4	8
Neutro/ no estoy segura	3	6
De acuerdo	22	44
Totalmente de acuerdo	21	42
<b>total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fuente: Adaptación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale en población Mexicana IIFAS.

**Gráfica 7.- La leche materna es mejor que la leche artificial**



Fuente: Adaptación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale en población Mexicana IIFAS.

Respecto a la respuesta de las madres adolescentes consideradas para este estudio el 44% refieren estar de acuerdo en que la leche materna es mejor que la leche artificial; mientras que un 42 % manifestó estar totalmente de acuerdo; solo 8% expresó estar en desacuerdo y fielmente el 6% indicó no estar segura.



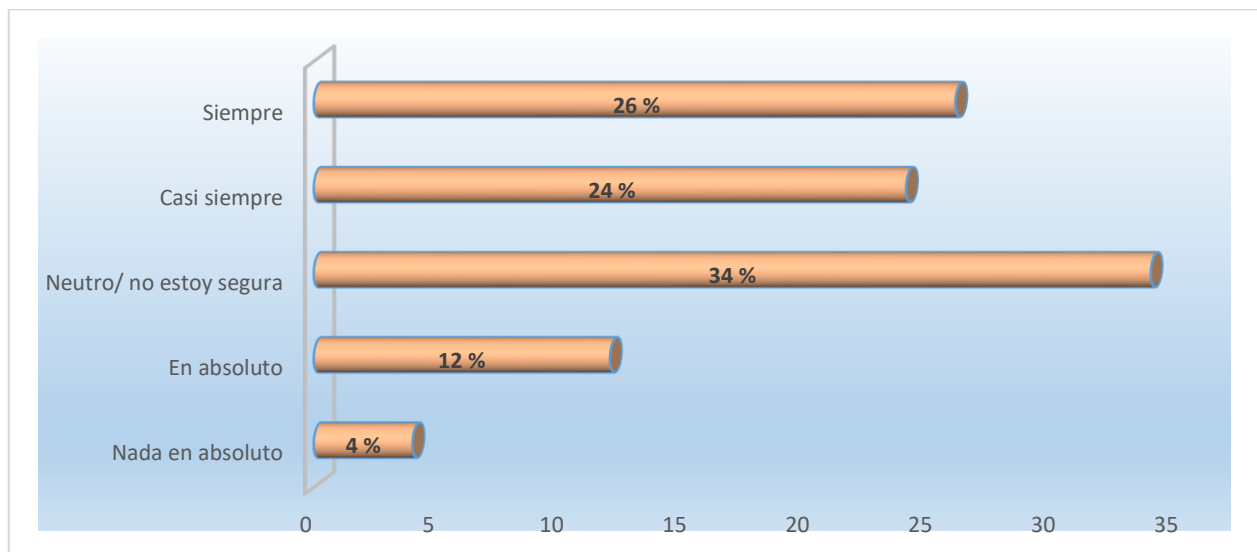
### 9.3 Descripción de los resultados de la variable Autoeficacia

**Tabla 6.- Siempre sé que mi bebé está tomando suficiente leche**

<b>Siempre sé que mi bebé está tomando la suficiente leche</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Nada en absoluto	2	4
En absoluto	6	12
Neutro/ no estoy segura	17	34
Casi siempre	12	24
Siempre	13	26
Total	50	100

**Fuente:** Valoración de referencias Españolas para la versión reducida de la escala autonomía para la lactancia materna: BSES-SF.

**Gráfica 8.- Siempre sé que mi bebé está tomando suficiente leche**



**Fuente:** Valoración de referencias Españolas para la versión reducida de la escala autonomía para la lactancia materna: BSES-SF

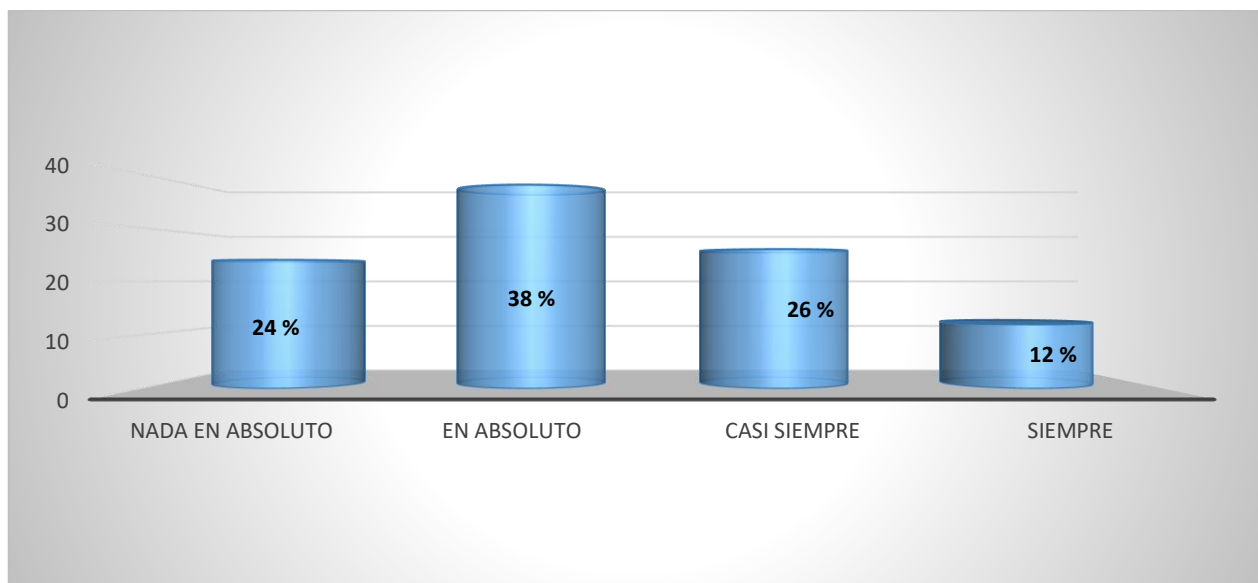
Respecto al autoeficacia que muestran las madres adolescentes consideradas en este estudio el 34% refirió no estar segura de que su bebé este tomando suficiente leche; mientras que el 26% refirió siempre estar segura y un 24% manifestó estar casi siempre segura seguido del 12 % expreso estar en absoluto segura al final solo el 4% está nada en absoluto segura de que su bebe tomo la suficiente leche en cada toma.

**Tabla 7.- Siempre puedo amantar a mi bebé sin utilizar leche artificial o en polvo como complemento**

<b>Siempre puedo amamantar a mi bebé sin utilizar leche artificial</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Nada en absoluto	12	24
En absoluto	19	38
Casi siempre	13	26
Siempre	6	12
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fuente: Valoración de referencias Españolas para la versión reducida de la escala autonomía para la lactancia materna: BSES-SF

**Gráfica 9.- Siempre puedo amantar a mi bebé sin utilizar leche artificial o en polvo como complemento**



Fuente: Valoración de referencias Españolas para la versión reducida de la escala autonomía para la lactancia materna: BSES-SF

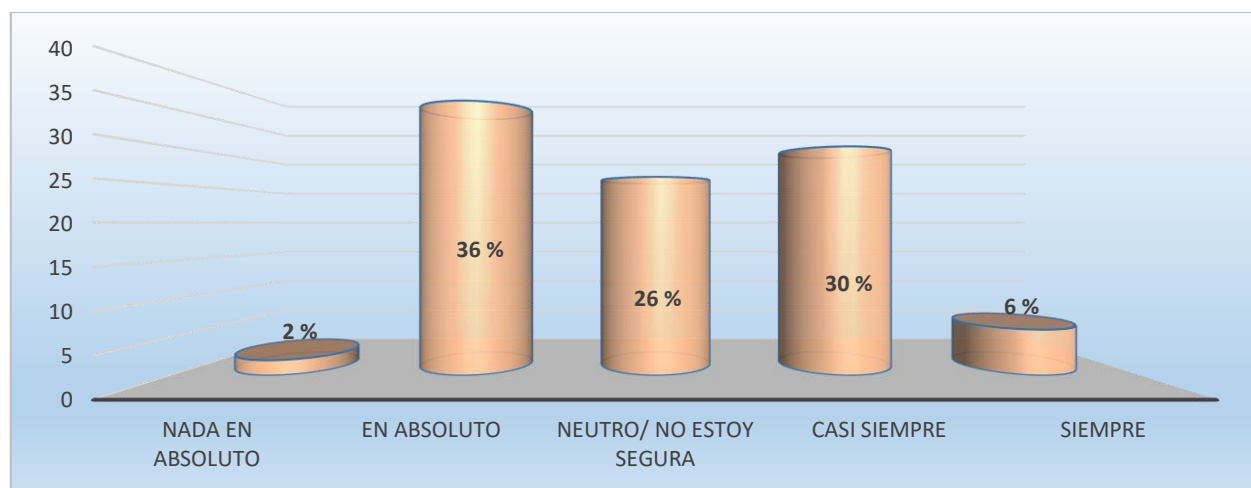
Respecto a la respuesta de las madres adolescentes consideradas para este estudio el 38% de ellas respondió en absoluto (no puede) amamantar su bebé sin utilizar leche artificial o en polvo como complemento; a los que un 26% expresó casi siempre puedo amamantar sin uso de complementos alimenticios; y el 12 % apuntó siempre; mientras que un 24% nada en absoluto. Los resultados refleja la falta de habilidad de las madres sobre técnicas de alimentación y beneficios de la lactancia materna.

**Tabla 8.- Siempre estoy segura de que mi bebé se coge bien al pecho durante la toma**

<b>Siempre estoy segura de que mi bebé se coge bien al pecho a la hora de amamantar</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Nada en absoluto	1	2
En absoluto	18	36
Neutro/ no estoy segura	13	26
Casi siempre	15	30
Siempre	3	6
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fuente: valoración de referencias Españolas para la versión reducida de la escala autonomía para la lactancia materna: BSES-SF

**Gráfica 10.- Siempre estoy segura de que mi bebé se coge bien al pecho durante la toma**



Fuente: Valoración de referencias Españolas para la versión reducida de la escala autonomía para la lactancia materna: BSES-SF

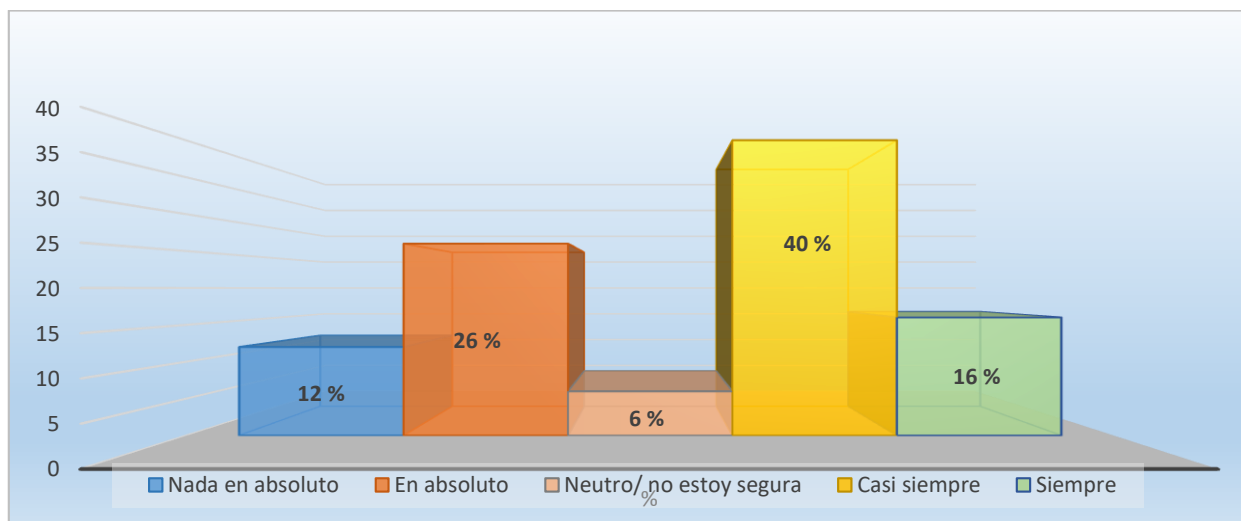
Respecto a las respuestas de las madres adolescentes consideradas en este estudio el 36% respondió que en absoluto (no) está segura de que su de que su bebé se coge bien al pecho durante la toma; mientras que un 30% manifestó casi siempre estar segura; y solo el 6% siempre está segura de que su bebé se coge bien al pecho; se identificó que el 26% no estar segura y solo el 2% nada en absoluto segura. Esto muestra la falta de información sobre la técnica de amamantamiento.

**Tabla 9.- Siempre puedo dar de mamar incluso cuando el bebé está llorando**

<b>Siempre puedo dar de mamar incluso si el bebé está llorando</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Nada en absoluto	6	12
En absoluto	13	26
Neutro/ no estoy segura	3	6
Casi siempre	20	40
Siempre	8	16
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Valoración de referencias Españolas para la versión reducida de la escala autonomía para la lactancia materna: BSES-SF

**Gráfica 11.- Siempre puedo dar de mamar incluso cuando el bebé está llorando**



**Fuente:** Valoración de referencias Españolas para la versión reducida de la escala autonomía para la lactancia materna: BSES-SF

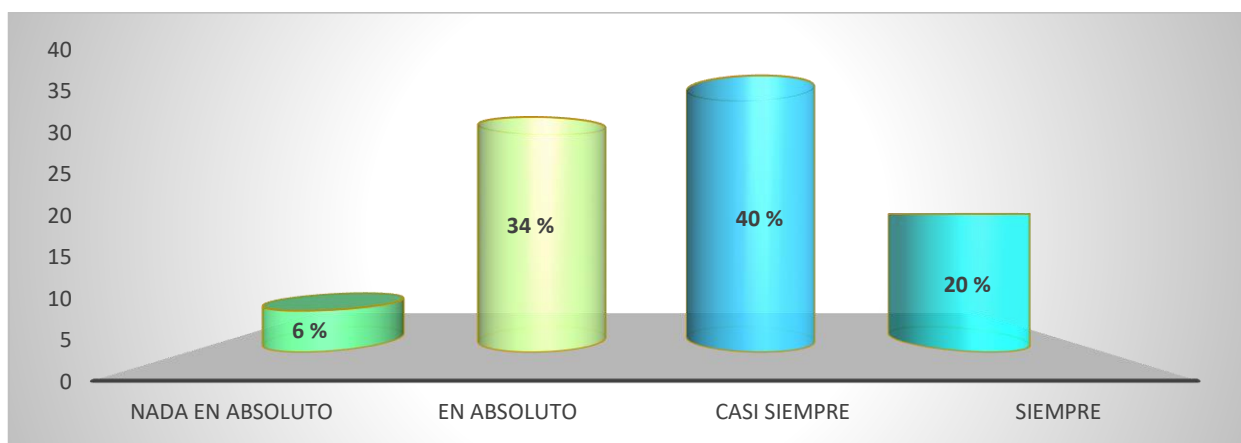
En relación a la autoeficacia de las madres adolescentes consideradas para este estudio el 40% refirió que casi siempre puede amamantar a su bebé incluso cuando él está llorando; en tonto el 16% expreso que siempre puede hacerlo; y un 6% explico no sentirse segura; también se identificó que el 26% en absoluto puede amamantar a su bebé; mientras que un 12% indicó nada en absoluto. Lo cual nos indica que la madre tiene la iniciativa de amantar a su hijo pero desconoce la técnica

**Tabla 10.- En todo momento sigo manteniendo las ganas de amamantar a mi bebé**

En todo momento sigo manteniendo las ganas de amamantar a mi bebé	Fr	%
Nada en absoluto	3	6
En absoluto	17	34
Casi siempre	20	40
Siempre	10	20
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Valoración de referencias Españolas para la versión reducida de la escala autonomía para la lactancia materna: BSES-SF

**Gráfica 12.- En todo momento sigo manteniendo las ganas de amamantar a mi bebé**



**Fuente:** valoración de referencias Españolas para la versión reducida de la escala autonomía para la lactancia materna: BSES-SF

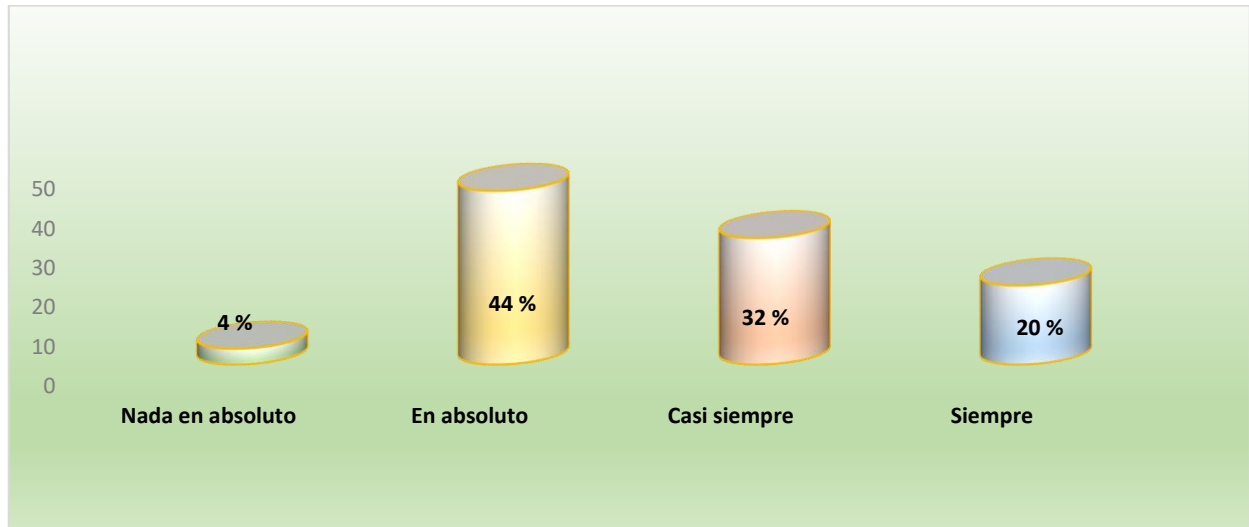
En relación a la autoeficacia de las madres adolescentes consideradas en este estudio se identificó que el 40% que casi siempre sigue manteniendo las ganas de amantar a su bebé; mientras que el 20% expresó que siempre ha mantenido las ganas de alimentar a su recién nacido; en tanto el 34% que absoluto mantiene las ganas y finalmente el 6% manifestó que nada en absoluto mantiene las ganas de alimentar a su bebé.

**Tabla 11.- Soy capaz de alimentar a mi bebé cada que me lo pide**

Soy capaz de alimentar a mi bebé cada vez que me lo pide	Fr	%
Nada en absoluto	2	4
En absoluto	22	44
Casi siempre	16	32
Siempre	10	20
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Fuente:** valoración de referencias Españolas para la versión reducida de la escala autonomía para la lactancia materna: BSES-SF

**Gráfica 13.- Soy capaz de alimentar a mi bebé cada que me lo pide**



**Fuente:** valoración de referencias Españolas para la versión reducida de la escala autonomía para la lactancia materna: BSES-SF

En relación a la autoeficacia de las madres adolescentes consideradas para este estudio el 44% de ellas respondió en absoluto ser capaz de alimentar a su bebé cada que él lo pide; en tanto el 32% manifestó que casi siempre es capaz de alimentar a su bebé; mientras que un 20% refirió que siempre puede hacer esta actividad; y solo el 4% explico que nada en absoluto es capaz de alimentar a su hijo recién nacido cada vez que él lo pide.

**Tabla 12.- Variables independientes Actitud y Autoeficacia**

	Actitud		Autoeficacia		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Actitud neutra	36.0	72	Autoeficacia media	38.0	76
Actitud positiva a la formula	14.0	28.0	Autoeficacia Baja	12.0	24
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>50.0</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Adaptación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale en población Mexicana IIFAS; e Instrumento valoración de referencias Españolas para la versión reducida de la escala autonomía para la lactancia materna: BSES-SF

En relación a la variable independiente actitud hacia la lactancia materna de las madres adolescentes del Hospital General Pachuca encontramos que el 72% mostro una actitud neutra; mientras que el 28% restante una actitud positiva a la formula y respecto a la variable autoeficacia el 76% de las madres adolescente presentan un nivel medio de autoeficacia y el 24% se encuentra en un nivel bajo Estos resultados nos muestra que tenemos que enfatizar en la concientización de los beneficios de la leche materna al recién nacido y la duración a largo plazo.

#### 9.4. Coeficiente de correlación de Pearson

**Tabla 13.- Análisis de correlación entre Actitud y Autoeficacia en la lactancia materna en madres adolescentes del Hospital General Pachuca**

	Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Sig. aproximada
Intervalo por intervalo R de Pearson	.067	.140	.465	.644 <sup>c</sup>
Ordinal por ordinal Correlación de Spearman	.039	.145	.268	.790 <sup>c</sup>
N de casos válidos	50			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

El análisis de correlación determina la existencia de una relación significativa entre Actitud y Autoeficacia en la lactancia materna en madres adolescentes del Hospital General Pachuca se aprecia un coeficientes de relación de  $r=.067$ .



## IX.- Discusión

En este estudio respecto a Actitud y Autoeficacia en la lactancia materna en madres adolescentes del Hospital General Pachuca 2019; Se encontró que el 60% de las madres oscilan en una edad de 15 y 17 años la cual es una edad no apta para la crianza de un recién nacido por los diferentes cambios físicos y psicológicos correspondientes a esta etapa de vida, existiendo similitud en el estudio realizado por Valenzuela, Vásquez, & Galvez,( 2016) titulado factores que influyen en la lactancia materna cuyos resultados indicaron que a menor edad se asocia a disminución de la lactancia materna exclusiva determinada por menos educación de la madre, bajo poder adquisitivo, falta de apoyo de la familia y/o pareja, la ansiedad y la inseguridad que estas mismas tiene hacia ellas.

En cuanto al estado civil 54% de las madres adolescentes refieren estar solteras lo que conlleva a un mayor desapego a la lactancia materna por las responsabilidades que es la crianza de un bebé por ellas solas así como lo es el sustento económico.

El 84% manifestaron profesar la religión católica lo cual podemos intuir que brindara una buena alimentación para su recién nacido, mientras que el 98% refirió no tener un trabajo pero dedica el tiempo a actividades propias de la edad (escolares); es aquí donde coincide con la teoría de Mercer en la cual dice que la mayoría de estas madres tendrá que dejar la escuela para iniciar su rol materno.

También se identificó que el 90% son mamás primerizas lo que nos demuestra que no tienen ninguna experiencia en cuanto a la lactancia materna; así como lo evidencio Valenzuela, Vásquez, & Galvez (2016) en su artículo, demostrando que las madres primíparas exponen temor y ansiedad las cuales muestran un establecimiento precoz a la lactancia materna exclusiva pero con menor duración a un largo plazo.

Un gran porcentaje 52% de las madres adolescentes consideradas en este estudio se observa que el parto fue por cesárea, ya sea por factores propios de la edad; encontrando similitud en el artículo relacionado con los factores de abandono a la lactancia materna, el parto por cesárea va en aumento debido a las condiciones perinatales o por decisión de la madre esto se asoció en la lactancia por los efectos de la anestesia y la dificultad de las madres para optar por una posición cómoda.

En el estudio se encontró que el 64% de las madres entrevistadas tiene una preferencia a utilizar la técnica mixta de alimentación esto refleja la falta de educación hacia la lactancia materna en las madres primigestas lo que nos indica que nos enfrentamos a un gran reto en cuanto a la educación y sensibilización hacia las mujeres para el fomento de la lactancia materna, mientras que el 58% manifestó el abandono de la lactancia materna exclusiva por causas creen que es un impedimento o lo ven como un obstáculo para continuar con la lactancia materna. Cabe destacar que la literatura refiere que no es el trabajo en si lo que influye en la adherencia a la lactancia materna exclusiva ya que por política pública las madres disponen de un periodo de tiempo para vivir tranquilamente el periodo de lactancia materna, sino que son otras razones las que se ven implicadas en este ámbito, como lo es del desconocimiento de los derechos que tiene las madres, lo cual aumenta la ansiedad por miedo a la pérdida a su trabajo y vuelven antes a las actividades; esto conlleva al aumento de uso de fórmulas lácteas para completar la lactancia materna (Valenzuela, Vásquez, & Galvez, 2016).

En relación a la variable de actitud se encontró en el estudio que el 64% está segura que la lactancia materna incrementa el vínculo madre e hijo; mientras que el 36% refirió estar en desacuerdo; estos resultados coinciden con la investigación realizada por Aragón, Cubilla, & Torres, (2015) la cual lleva el nombre de maternidad en adolescentes y lactancia en ella se indica que el amamantamiento es una experiencia satisfactoria tanto como para la madre como para el hijo por el contacto piel con piel que se produce entre ambos, sin embargo en las madres adolescentes, debido fundamentalmente a la etapa de la vida que están viviendo, al desconocimiento y falta de experiencia toda esta situación les provoca “angustia” les sobre pasa, afectando la crianza de sus bebés.

Mientras que el estudio Actitud y autoeficacia en lactancia materna en madres adolescentes del Hospital General Pachuca observamos que el más de la mitad 58% de las madres adolescentes considerados en el estudio manifestaron estar de acuerdo que la leche artificial es la mejor opción, si la madre tiene que trabajar fuera de casa ; mientras que un 78% expresó estar de acuerdo en que los bebés alimentados con leche materna son más sanos a diferencia de los que son alimentados con leche artificial; también se evidencio que 86 % de las adolescentes considera que la leche materna es el alimento

ideal para su recién nacido mientras que el 78% manifestó estar de acuerdo en que la leche materna es más fácil de digerir que la leche artificial; y en relación a que si la leche materna es mejor que la leche artificial un 86% expreso estar de acuerdo .

Se encontró en relación con la variable de actitud que el 72% de las madres adolescentes tiene un nivel neutro hacia la lactancia materna mientras que el 28% restante presentaron una actitud positiva a la fórmula. Estos resultados se reafirman con los de Aguayon, Dávila, Puga, Rodríguez, & Gómez, (2018) con su trabajo titulado Actitud hacia la lactancia materna relacionada con la edad de la mujer primigesta en dos centros de salud en la cual se utilizó el cuestionario Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS) dando como resultado que las primigestas destacan con una actitud neutra hacia la lactancia, por lo que tiene no definido el tipo de alimentación que le darán al menor.

Nuestros resultados tiene similitud con la investigación realiza por Castro & Ordoñez (2014) titulada “actitud frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal, Huancavelica-2014” dando como resultados que el 53,3% de las madres adolescentes presentaron una actitud medianamente favorable, con lo que establece que las madres adolescentes tiene un conocimiento intermedio de los beneficios de la lactancia.

En el análisis de nuestra variable de autoeficacia encontramos que el 50% de las madres adolescentes consideradas para este estudio siempre pueden identificar que su bebé está tomando la suficiente leche; mientras que el otro 50% no lo puede identificar; y más de la mitad 68% refirió no sentirse capaz de alimentar a su bebé sin el apoyo de la fórmula; y solo un 38% manifestó ser capaz de alimentar a su bebé únicamente con leche materna; por otra parte el 64% expreso no está segura que el bebé se coge bien al pecho durante cada toma; en tanto el 36% está segura; en cuanto a amantar su bebé aun cuando esté llorando el 56% respondió que casi siempre lo puede hacer; mientras que 44% no se siente capaz de amamantar a su recién nacido si este se encuentra llorando; en tanto el 60% expreso que en todo momento conserva las ganas de amantar a su bebé; y finalmente el 52% señalo sentirse capaz de alimentar a su hijo cada vez que este lo pide y solo un 48% no. Estos resultados se relación con la Teoría de adopción del rol

materno de Mercer ya que demuestra que las madres adolescentes tiene que su papel y con ello identificar las necesidades de alimentación y salud de su recién nacido

En nuestro estudio se observó que el 76% madres adolescentes tuvieron un nivel medio de autoeficacia en la lactancia materna, mientras que 24 % restante presentaron un nivel bajo.

Los resultados obtenidos coinciden con los reportados por Flores, Naves, & Castillo (2019) en la investigación titulada Autoeficacia percibida y practica del amamantamiento en madres adolescentes, Hospital Belén de Trujillo, el cual se aplicó la escala de autoeficacia; dando como resultado que la muestra porcentual del nivel de autoeficacia percibida en madres adolescentes; donde el 60,8% de madres adolescentes tiene un nivel medio de autoeficacia, el 21,7% presenta un nivel bajo de autoeficacia; y el 17,5% un nivel alto de autoeficacia.

## **X. Conclusión**

Con los resultados de la investigación es posible concluir que la actitud influye en la autoeficacia de lactancia materna en madres adolescentes del Hospital General Pachuca. Ya que la práctica de la madre forma parte de un papel importante del desarrollo del recién nacido, lo cual es plasmado en los resultados obtenidos.

Las madres adolescentes que participaron en este estudio, no cuentan con experiencia para la lactancia materna ya que en su gran mayoría son primigestas, mas sin embargo es importante mencionar que el 76% cuentan con una actitud neutra. Mientras que un 72% con autoeficacia media; lo que nos indica que no tiene definido el tiempo que alimentará a su recién nacido al seno materno, así mismo desconocen las técnicas de alimentación esto demuestra que es de suma importancia reforzar los programas de apoyo e implementar nuevas estrategias de asesoría sobre los grandes beneficios de la lactancia. Ya que la leche materna es el mejor alimento que un recién nacido puede recibir debido a aporte nutrimental e inmunológico que el niño necesita para su crecimiento y desarrollo.

Todo recién nacido tiene derecho a una correcta nutrición que garantice su crecimiento. La lactancia materna debe ser proporcionada y facilitada, el equipo de salud es a quien recae gran parte de responsabilidad hacia el fomento de la implementación de los programas destinados a la atención materno-infantil e influir en la actitud, teniendo una predisposición favorable para que las primigestas brinden lactancia materna exclusiva, según las recomendaciones de la OMS.

## **XI. Recomendaciones**

- Dar a conocer los grupos de apoyo para la lactancia materna intra y extra hospitalarios
- Fomentar la participación de adolescentes embarazadas a participar de forma activa en los talleres, sesiones y actividades que desarrollan los profesionales de la salud en los diversos establecimientos del sector salud.
- Informar a las madres adolescentes hospitalizadas en área de ginecología y obstetricia sobre los beneficios y técnicas de la lactancia materna para incrementar la actitud y la autoeficacia en la lactancia.
- Condicionar el grupo de apoyo intra y extrahospitalario de la iniciativa hospital amigo de la madre y el niño para dar apoyo a las pacientes en cualquier etapa que lo solicite ( puerperio precoz y tardío)
- Informar a las madres sobre las desventajas de la leche artificial.
- Manejar talleres exclusivos de técnica de extracción de la leche, almacenamiento y conservación para mantener su propio banco de leche.
- Hacer partícipe al grupo familiar directo para la sensibilización de los beneficios de la lactancia materna.
- Sensibilizar y fortalecer el apoyo de médicos Ginecólogos para fomentar la lactancia

## XII. Anexos

### Anexo 1.-



"¡DI NO AL TABACO! Fumar quita años de vida"

Dependencia:	Secretaría de Salud
U. Administrativa:	Hospital General Pachuca
Área Generadora:	Departamento de Investigación
No. De Oficio:	145/2019

Pachuca., Hgo. 29 de mayo del 2019

L.E. ANA BIANEY HERNÁNDEZ ORTIZ  
P R E S E N T E

En atención para que los Comités de Investigación y de Ética en Investigación del Hospital General de Pachuca evaluaran el protocolo de investigación titulado: Actitud y autoeficacia en la lactancia materna en madres adolescentes del Hospital General de Pachuca me permito informarle que en base a la revisión efectuada por los integrantes de los Comités se emite el siguiente resultado del dictamen.

- **Protocolo pendiente de aprobación**  
(Se anexa hoja de observaciones)

A T E N T A M E N T E

DR. SERGIO MUÑOZ JUÁREZ  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN  
DEL HOSPITAL GENERAL PACHUCA



SMJ/EARI

Pachuca - Tulancingo 101, Col. Ciudad de los Niños,  
Pachuca de Soto, Hgo., C. P. 42070  
Tel.: 01 (771) 713 4649  
www.hidalgo.gob.mx Carr

## Anexo 2.- Consentimiento informado



**Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo**  
**Instituto de Ciencias de la Salud**  
**Área académica de enfermería**  
**Secretaría de salud Hidalgo**  
**Hospital General Pachuca**



Consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación Hospital General Pachuca
Lugar y Fecha Pachuca Hgo. A ____ de _____ del _____
Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: Actitud y Autoeficacia en lactancia materna en madres adolescentes del Hospital General Pachuca. <b>El propósito del estudio es.</b> Determinar la Actitud y Autoeficacia en la lactancia materna que muestran las madres adolescentes del Hospital General de Pachuca Se me ha explicado que mi participación consiste en responder los instrumentos de medición que serán aplicados por la Lic. Enf. Ana Bianey Hernández Ortiz la cual es estudiante del posgrado enfermería Neonatal. Declaro que <b>se ha informado</b> ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio. <b>Beneficios:</b> Saber si mi actitud y mi autoeficacia en la lactancia materna están afectando mi vida persona y a mi bebé. Y mejorar mi práctica de la lactancia y prevenir enfermedades diarreicas e infecciosas en mi bebé, así como otras enfermedades a largo plazo El investigador me ha dado <b>seguridad</b> de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y los datos personales serán manejados de forma <b>codificada</b> , así como también se ha comprometido a brindarme la información que se obtenga durante el estudio, aun cuando esta pueda hacerme cambiar de mi parecer en cuanto A mi permanencia en el estudio de investigación.



El investigador se ha **comprometido** a responder cualquier pregunta y **aclarar cualquier duda** que le platee a cerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento. (En caso de que el proyecto de investigación interfiera con el tratamiento y/o se vea afectado el participante se dará por terminada su participación) También se me ha informado que conservo el derecho de **retirarme del estudio en cualquier momento** en el que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en la institución.

Nombre y firma del participante	Nombre y firma del padre o tutor
Ana Bianey Hernández Ortiz_____ Nombre y firma de investigador principal	
Nombre y firma del Testigo	Nombre y firma del Testigo

### Anexo 3.- Instrumento de recolección de datos



**Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo**

**Instituto de Ciencias de la Salud**

**Área académica de enfermería**

**Secretaría de Salud de Hidalgo**

**Hospital General Pachuca**



**Instrumento de recolección de datos: Antecedentes maternos y sociodemográficas.**

**FOLIO: \_\_\_\_\_**

Será llenada por el investigador

Datos de la madre:

1.- Edad: \_\_\_\_\_ 2.- Estado civil: Soltera (1) Casada (2) Divorciada/Separada (3)  
Viuda (4) Pareja de hecho (5)

3.- Religión que profesa: católica (1) Testigo de Jehová (2) Cristina (3) Otra (4)

4. Profesión: Actualmente: Trabajando (1) Desempleado (2) Estudiando (3) Ama de casa (4)

5.- Número de hijos: \_\_\_\_\_ 6.- Tipo de parto: Normal (1) Cesárea (2)

7.- Asistencia a cursos de preparación para la lactancia materna: Sí (1) No (2)

8.- Tipo de lactancias anteriores: Materna (1) Formula (2) Mixta (3) ninguna (4)

9. Duración lactancia anterior: \_\_\_\_\_ 10.- Qué tipo de lactancia tiene pensado proporcionar a su hijo: Materna (1) Fórmula (2) Mixta (3)

11.-Durante cuánto tiempo: \_\_\_\_\_ 12.- Motivo de su elección: Salud (1) Laborales (2) Familiares (3) Otros (4)



**Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo**

**Instituto de Ciencias de la Salud**

**Área académica de enfermería**

**Secretaría de Salud de Hidalgo**

**Hospital General Pachuca**



I.- Cuestionario: Adaptación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale en población Mexicana IIFAS.

Lea cuidadosamente y marque con una X su respuesta.

		Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Neutro / No estoy seguro (3)	De acuerdo (4)	Totalmente De acuerdo (5)
01	Los beneficios de la leche materna solo duran hasta que el bebé es destetado.					
02	La leche artificial es más adecuada que la leche materna.					
03	La lactancia materna incrementa el vínculo madre-hijo.					
04	La leche materna es deficiente en hierro					
05	Los bebés alimentados con leche artificial son más propensos de ser sobrealimentados que los bebés con leche materna.					
06	La leche artificial es la mejor opción si la madre tiene previsto trabajar fuera del hogar.					
07	Las madres que usen leche artificial se perderán una de las mayores alegrías de la maternidad.					
08	Las mujeres no deben amamantar a sus hijos en lugares públicos tales como restaurante					

09	Los bebes alimentados con leche materna son más sanos que los bebes alimentados con leche artificial.					
10	Los bebes alimentados con leche materna son más propensos a ser sobrealimentados que los de leche artificial					
11	Los padres se sienten dejados de lado si la madre decide dar el pecho					
12	La leche materna es el alimento ideal para los bebes.					
13	La leche materna es más fácil de digerir que la leche artificial.					
14	La leche artificial es tan saludable para el bebé como la leche materna.					
15	La leche materna es mejor que la leche artificial.					
16	La leche materna es más barata que la leche artificial.					
17	Una madre que ocasionalmente beba alcohol no debería amantar a su bebe					



**Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo**

**Instituto de Ciencias de la Salud**

**Área académica de enfermería**

**Secretaría de Salud de Hidalgo**

**Hospital General Pachuca**



II. Cuestionario valoración de referencias españolas para la versión reducida de la escala de autonomía para la lactancia materna: BSES-SF

Lea cuidadosamente y marque con una X su respuesta

		Nada en absoluto (1)	En absoluto (2)	Neutro/ No estoy seguro (3)	Casi siempre (4)	Siempre (5)
01	Siempre sé que mi bebé está tomando suficiente leche.					
02	Siempre me siento bien con la lactancia, igual que con otros retos de mi vida					
03	Siempre puedo amamantar a mi bebé sin utilizar leche artificial o en polvo como complemento					
04	Siempre estoy segura de que mi bebé se coge bien al pecho durante la toma					
05	Siempre puedo manejar la situación de la lactancia de forma satisfactoria para mí					
06	Siempre puedo dar de mamar, incluso cuando el bebé está llorando					
07	En todo momento sigo manteniendo las ganas de amamantar a mi bebé					
08	Siempre me siento cómoda cuando doy el pecho en presencia de otros miembros de mi familia					
09	Dar el pecho es siempre una experiencia satisfactoria para mí					

10	Siempre llevo bien el hecho de que la lactancia consume parte de mi tiempo					
11	Siempre puedo acabar de amamantar a mi bebé con un pecho antes de cambiar al otro					
12	En cada toma siempre creo que mi pecho es suficiente para alimentar a mi bebé					
13	Soy capaz de amamantar a mi bebé cada vez que me lo pide					
14	Siempre que alguien me pregunta si mi bebé ha terminado de mamar, sé responder si lo ha hecho o no					

#### Anexo 4. Operacionalización de Variables

##### Variable independiente: Actitud

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Escala de medición	Indicadores
Actitud de las madres adolescentes hacia la lactancia materna	La actitud son juicios de valor que puedan ser agradables (expresión positiva) o desagradable (expresión negativa), son juicios respecto a las personas, objetos o acontecimientos. Y aunque no son precisamente valores, si pueden construirse con influencia de éstos, es decir, pueden adquirirse al paso de la vida con la identificación de personas significativas.	Es la respuesta expresada de las madres sobre la disponibilidad hacia la lactancia materna	Actitud positiva a la lactancia materna (predisposición favorable a la alimentación con leche materna ) de 70- 80 puntos Actitud neutra ( postura en que la mujer no se inclina a favor de la formula o la leche materna) 49-69 puntos Actitud positiva a la formula ( predisposición de alimentación con formula) 17-48	(1) Totalmente en desacuerdo (2) En desacuerdo (3) Neutro/ no estoy segura (4) De acuerdo (5) Totalmente de acuerdo

### Variable independiente: Autoeficacia

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Escala de medición	Indicadores
Autoeficacia de las madres adolescentes hacia la lactancia materna	Es el conjunto de creencias en las propias capacidades, para Organizar y ejecutar los cursos de acción requeridas para producir logros o resultados. (Goddard, 2010)	La autoeficacia en la lactancia materna es la creencia de la madre sobre su capacidad para afrontar, satisfactoriamente la lactancia materna (Robout, López, Durá, Richart, & Oliver, 2011)	Autoeficacia alta (52 a 70 puntos)  Autoeficacia media (33 a 51 puntos)  Autoeficacia baja ( 14 a 32 puntos )	(1) Nada en absoluto  (2) En absoluto  (3) Neutro/ no estoy segura  (4) Casi siempre  (5) Siempre

### Variable dependiente: Lactancia materna

variable	Definición conceptual	Definición operativa
Lactancia materna	Es aquella que se realiza sin ningún suplementación ni se permite ningún otro alimento o bebida ni siquiera agua. Si se permite la administración	



de vitaminas, hierro u otros medicamentos que requiere el lactante. (OMS, 2014)

### Variables de caracterización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala	Naturaleza
Edad	Cualquiera de los periodos en que se considera dividida la vida de una persona	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de la madre hasta la actualidad.	De 12 a 19 años	Intervalo	cuantitativa
Estado civil	Situación de las personas físicas determinadas por su relación familiar	Conjunto de situaciones jurídicas que relacionan a cada persona.	Soltera (1) Casada (2) Divorciada/ Separada (3) Viuda (4) Pareja de hecho (5)	Nominal	Cualitativa
Religión que profesa	Credo a los conocimientos dogmáticos sobre una entidad	Creencias en un ser supremo que cada individuo posee	católica (1) Testigo de Jehová (2) Cristiana (3) Otra (4)	Nominal	Cualitativa

Profesión	Actividad habitual de una persona, generalmente, para la que se ha preparado.	Actividad que realiza la madre	Trabajando (1) Desempleado (2) Estudiando (3) Ama de casa (4)	Nominal	Cualitativa
Número de hijos	Expresión en reacción a la unidad	Cantidad de hijos vivos	Numérica	Intervalo	Cuantitativa
Tipo de parto	Proceso que provoca la salida del feto desde el interior de útero materno a la vida extrauterina	Forma de resolución del embarazo	Normal (1) Cesárea (2)	Nominal	Cualitativa
Tipo de lactancias anteriores	Es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables	Forma de alimentación que recibe el lactante.	Materna (1) Formula (2) Mixta (3) ninguna (4)	Nominal	Cualitativa
Duración lactancia anterior	Exclusiva hasta los 6 meses de vida del recién nacido	Tiempo estimado de la lactancia materna	En meses	intervalo	Cuantitativa
Qué tipo de lactancia	Modelo ideal de alimentación	Forma en la que piensa satisfacer las	Materna (1)	Nominal	Cualitativa

tiene pensado proporcionar a su hijo	n para el recién nacido	necesidad de alimentación de su recién nacido	Fórmula (2) Mixta (3)		
Durante cuánto tiempo	Período determinado o durante el que se realiza una acción	Cuántos meses después de nacido su bebe tiene pensado proporcionar lactancia materna.	<b>meses</b>	<b>intervalo</b>	<b>cuantitativa</b>
Motivo de su elección	Causa que determina la manera de actuar de una persona	Razón que impide tener una lactancia materna exclusiva	Salud (1) Laborales (2) Familiares (3) Otros (4)	Nominal	cualitativa

### XIII. Bibliografía

- Aguayon, E. M., Dávila, K. A., Puga, K. L., Rodríguez, M. R., & Gómez, J. P. (2018). Actitud hacia la lactancia materna relacionada con la edad de mujeres primigestas en dos centros de salud. *Sanus*, 3(5), 1-6. Obtenido de [http://www.sanus.uson.mx/revistas/articulos/5-Sanus-5\\_FINAL\\_SI-13-18.pdf](http://www.sanus.uson.mx/revistas/articulos/5-Sanus-5_FINAL_SI-13-18.pdf)
- Aguilar , H. J., Coronado, A., Gómez, O. J., & Cabos, H. (2016). Adaptación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale en población mexicana. *Acta Pediatrica*, 37(3), 149 - 158. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v37n3/2395-8235-apm-37-03-00149.pdf>
- Aguilar , M. J., & Guisado, R. (2005). Anatomía y fisiología de la glándula mamaria. En M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia Materna* (págs. 31 - 47). Madrid: ELSEVIER.
- Aguilar, M. J., Baena, L., Sánchez, A. M., Guisado, R., Hermoso, E., & Mur, N. (2016). Beneficios inmunológicos de la leche humana para la madre y el niño. Revisión sistemática. *Nutricion Hospitalaria*, 482 - 493. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v33n2/46\\_revision3.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v33n2/46_revision3.pdf)
- Alvarado, L., Guarín, L., & Cañón Montañez, W. (Enero- Diciembre de 2011). Adopción del rol maternal de la teorista Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad materno infantil. *Revista Cuidarte* , 2(1), 195 - 201. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359533178015.pdf>
- Aragón, M. T., Cubilla, I., & Torres, A. (2015). Maternidad en la adolescencia y lactancia. *Revista Enfermería Docente*, 49. Obtenido de <http://www.index-f.com/edocente/104pdf/10449.pdf>
- Asociación Médica Mundial. (Marzo de 2017). *Declaración de Helsinki de la Amm – Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en seres humanos*. Obtenido de declaración de Helsinki De La Amm – Principios Éticos Para Las Investigaciones Médicas En Seres Humanos: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Castro, R., & Ordoñez, L. L. (2014). Actitud frente a la practica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristobal, Huancavelica 2014. *Repositorio Institucional*, tesis. Obtenido de <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/439/TP%20-%20UNH.%20ENF.%200045.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

CONBIOÉTICA. (s.f.). *Antecedentes y posición de la Comisión Nacional de Bioética* . Obtenido de Antecedentes y posición de la Comisión Nacional de Bioética : <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/helsinki.pdf>

Criollo, M., Romero, M., & Fontaines-Ruiz, T. (2017). Autoeficacia para el aprendizaje de la investigación en estudiantes universitarios. *Psicología Educativa*, 63-72. Obtenido de <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1135755X1630032X?token=8DE34D2AFE49AB92E114DDDEC304B987E09F19B01372FE5C6084BD7DD7CC326D0318BE8D11727F26BE883887F423918>

Delgado, M., & Nombreira, P. (2012). Nivel de Conocimiento de las Madres Adolescentes en la práctica de la lactancia materna.

Ferrer. (2015). Lactancia materna: Ventajas, técnicas y problemas. *Pediatría Integral*, 243 - 250. Obtenido de [www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix04/02/n4-243-250\\_Laia%20de%20Antonio.pdf](http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix04/02/n4-243-250_Laia%20de%20Antonio.pdf)

Flores, E. E., Naves, M. Z., & Castillo, D. E. (2019). Autoeficacia percibida y practica de amamantamiento en madres adolescentes, Hospital Belén de Trujillo. *TESIS*, 5-55. Obtenido de <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/11649/1871.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

García-López, R. (2011). Composición e inmunología de la leche humana. *Acta pediátrica Mex*, 32(4), 223-230. Obtenido de <http://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/view/494/493>

- Goddard, B. E. (2010). "Adaptacion Transcultural de la Escala de Autoeficacia Para. (Tesis ), 13- 14. Obtenido de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2010/fmg578a/doc/fmg578a.pdf>
- González, D., Escobar, Z. L., & González, T. (2016). Epidemiología de la práctica de la lactancia en México. En T. González de Cosío Martínez, *Lactancia Materna en México* (págs. 67-75). México D.F: Intersistema, S.A de C.V.
- Güemes, M., Ceñal González, M. J., & Hidalgo, M. I. (2017). Desarrollo durante la adolescencia.Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría integral*, 233-244.
- Jácome, Á., & Jiménez, R. (2014). validación de Iowa Infant Feeding Attitude Scale. *Revista pediatría*, 77-82. Obtenido de <https://pdf.sciencedirectassets.com/313022/1-s2.0-S0120491214X74008/1-s2.0-S0120491215301439/main.pdf?x-amz-security-token=AgoJb3JpZ2luX2VjEGsaCXVzLWVhc3QtMSJHMEUCIQCfp%2Bi7kKF4QN0%2F9%2BUWhX6pN76%2Fkr60eJ%2FRMVEt5ZcqSAIlgGPH6TEbgkF40LucDAAugQSMenNRyfCIXrl>
- Lasarte, J. J., & Lozano, M. J. (2009). Técnica tamientodel amama. En Asociación Española de Pediatría, *Manual de la Lactancia Materna De la teoría a la práctica* (págs. 75 - 81). Argentina: Panamericana.
- Lee, D. (1999). Theoretical Underpinnings of Breastfeeding Confidence: A Self-Efficacy Framework. *Journal of Human Lactation*, 195-201.
- Loredo, A., Vargas, E., Casas, A., González, J., & Gutierrez, C. d. (2017). Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 223- 229. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172o.pdf>
- Matilde, F. U. (2005). El conocimiento. Una aproximación a su definición. *Gestión del conocimiento organizacional en el taylorismo y en la teoría de las relaciones humanas*, 22. Obtenido de <http://www.revistaespacios.com/a05v26n02/05260242.html>

- Mejía, C. R., Cárdenas, M. M., Cáceres, O. J., Garcá Moreno, K. M., Verastegui-Díaz, A., & Quiñones-Laveriano, D. M. (2016). Actitudes y prácticas sobre lactancia materna en puerperas de un hospital público de Lima Perú. *Rev. Chil Obstet Ginecol*, 281 - 287. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v81n4/art03.pdf>
- Moore, K. L., & Dalley, A. F. (2001). Capitulo 1 Torax. En k. L. Moore, & A. F. Dalley, *Anatomía con Orientacion Cliica* (págs. 74-80). Madrid: Panamericana.
- Muñoz, R., & Rodríguez, M. (Junio de 2017). Autoeficacia de la lactancia materna en mujeres Primíparas de Madrid. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 6(1), 19. Obtenido de [revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/1366/1383](http://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/1366/1383)
- Nursan, C., Dilek, K., & Sevin, A. (2014). La autoeficacia de las masdres en cuanto a la lactacnia materna y los factores que la afectan. *Aquichan*, 327-335. Obtenido de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3479/3568>
- OMS. (2009). *Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo*. Obtenido de Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo: <https://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
- OMS. (2010). *Crecimiento, Salud y Desarrollo*. Obtenido de [http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/IYCF\\_model\\_SP\\_web.pdf](http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/IYCF_model_SP_web.pdf)
- OMS. (2014). *Lactancia Materna*. Obtenido de <https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
- OMS. (2019). *Nutricion*. Obtenido de Nutricion: [https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/es/](https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/)
- OPS. (2016). *La Iniciativa hospital amigo del niño América Latina y el Caribe Estado actual, retos y oportunidades*. Obtenido de iva hospital amigo del niño América Latina y el Caribe Estado actual, retos y oportunidades: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18829/9789275318775\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18829/9789275318775_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Puente, M., Alvear, N., & de los Reyes, A. (2010). ¿ Por que las madres adolescentes abandonan la lactancia materna exclusiva? *Rev. cubana Aliment Nutricion*, 280-286.
- Raile, M. (2018). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona, España: ELSEVIER.
- Regulatoria, c. N. (23 de Enero de 2014). *Reglamento de la ley General de salud en materia de investigación para la salud*. Obtenido de Reglamento de la ley General de salud en materia de investigación para la salud: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Rioja, G. d. (2014). Lactancia Materna Informacion para amamantar. *Rioja Salud*, 5. Obtenido de [www.aeped.es/sites/default/files/guia-lactancia-2014\\_la\\_rioja.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/guia-lactancia-2014_la_rioja.pdf)
- Robbins, S. P., & Jedge, T. A. (2009). Las actitudes y las satisfacciones en el trabajo. En S. P. Robbins, & T. A. Jedge, *Comportamiento organizacional* (págs. 75- 80). México: PEARSON Educacion. Obtenido de [https://psiqueunah.files.wordpress.com/2014/09/comportamiento-organizacional-13a-ed-\\_nodrm.pdf](https://psiqueunah.files.wordpress.com/2014/09/comportamiento-organizacional-13a-ed-_nodrm.pdf)
- Robout, M. L., López, C., Durá, M., Richart, M., & Oliver, A. (2011). Fiabilidad y valides de la version española de una escala de autoeficacia en la lactancia materna. *Matrona Prof*, 03-08. Obtenido de [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24996/1/2011\\_Llopis\\_et\\_al\\_Matronas\\_Profesion.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24996/1/2011_Llopis_et_al_Matronas_Profesion.pdf)
- Sa, C. M., Germano, R., Cremasco, B., Azevedo, F., Bautista, M. O., & Dos Santos, J. C. (2017). comparación de la Autoeficacia de las lactancia materna entre madres adolescentes y adultas en una maternidad de Ribeirão Preto, Brazil. *contexto-enferm*, 2-9. Obtenido de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/1980-265X-tce-26-01-e4100015.pdf>
- Sánchez, A. (1994). *La actitud participativa en salud,entre la teoria y la practica*. SELEGRAFIA.



- Sena Barrios, A., Rivera Rivadulla, R., Díaz Guzmán, E., Hernández Domínguez, B., & Armas Ramos, N. (2014). Caracterización de la lactancia materna en madres adolescentes. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942014000400004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000400004)
- T.D, M. A., Martínez Martínez, D., Muñoz Gómez, M. J., Ortiz, S., Oliver-Roig, A., & Richart-Martínez, M. (Mayo- Agosto de 2014). Valores de referencia española para la versión reducida de la escla de Autoeficacia para la Lactancia Materna BSES-SF. *Scielo Sintesis Sanitario*, 37(2), 203 - 211. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v37n2/original2.pdf>
- UNICEF. (2015). *La lactancia materna puede salvar la vida a millones de niños y niñas y prevenir enfermedades graves: UNICEF*. Obtenido de [https://www.unicef.org/mexico/spanish/noticias\\_29440.htm](https://www.unicef.org/mexico/spanish/noticias_29440.htm)
- UNICEF México. (2018). Los derechos de la infancia y los adolescentes en Hidalgo. *UNICEF*, 30-35. Obtenido de [https://www.unicef.org/mexico/spanish/SITAN\\_Hidalgo.pdf](https://www.unicef.org/mexico/spanish/SITAN_Hidalgo.pdf)
- Valenzuela, S., Vásquez, E., & Galvez, P. (2016). Factores que influyen en la disminucion de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 mese de vida: revision teatica y contacto en chile. *Rev Int salud materno fetal - yoobstetra*, 12 - 17. Obtenido de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/143158/Factores-que-influyen.pdf>
- Vega, F. L. (2014). La lactancia materna en el México de 2014. *Revista Mexicana de Pediatría.*, 81(2), 47. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2014/sp142a.pdf>