



Universidad Autónoma del Estado de México.

Facultad de Enfermería y Obstetricia.

**“ACTITUD DE LAS MUJERES HACIA LA LACTANCIA MATERNA EN UN
HOSPITAL DE TOLUCA”**

TESIS:

Que para obtener el título de:

LICENCIADO EN ENFERMERIA

Presentan:

Maria de los Angeles Cabrera Rodriguez

Erika Martinez Gonzalez

Alma Beatriz Hernandez Moreno

Asesora:

Dra. en C.S. María Dolores Martínez Garduño

Revisora:

Dra. en C.S. Patricia Cruz Bello



Toluca, Estado de México, Noviembre 2016

CONTENIDO

Introducción.....	12
Planteamiento del problema	14
Justificación.....	16
Objetivos	17
Capítulo I Lactancia materna	18
Anatomía de la glándula mamaria.	18
Leche humana	20
Etapas del periodo de la lactancia	23
Criterios sobre la lactancia humana.....	23
Lactancia materna humana	24
Beneficios de la lactancia materna	26
Contraindicaciones de la lactancia materna	28
Técnicas para amamantamiento.....	29
Posiciones para amamantar	29
Técnica para la extracción de leche materna	33
Conservación de la leche materna	35
Intervenciones de enfermería en la lactancia materna	36
Iniciativa hospital amigo del niño y de la niña	37
Capítulo II Actitud.....	42
Anatomía de una actitud.....	42
Formación de las actitudes	43
Criterios de Actitud.....	43
Factores para la formación de la actitud	44

Factores de aprendizaje	45
Agentes socializadores	45
Evaluaciones de la actitud resultante de procesos cognoscitivos implícitos.....	45
Clasificación funcional de las actitudes.....	45
Funciones de las actitudes y metodología	47
Fortalecimiento de las actitudes	48
Indicadores objetivos de la fuerza de las actitudes.....	48
Grados de la actitud: aceptación, rechazo y neutralidad	51
Actitud de las madres hacia la lactancia materna.....	52
Capítulo III Marco contextual Toluca.....	55
Denominación y toponimia.....	55
Localización	55
Ubicación.....	55
Medio físico.....	56
Población.....	57
Afiliación a servicios de salud	58
Infraestructura en salud	59
Morbilidad	60
Mortalidad	61
Características económicas.....	61
Metodología	62
Resultados	66
Discusión	74
Conclusiones.....	76

Sugerencias	77
Fuentes de consulta.....	78
Anexos	85

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es la alimentación con la leche de la madre, es una práctica natural que brinda múltiples beneficios para la salud del hijo y de la madre, fortalece el vínculo afectivo madre- hijo y favorece en la economía familiar.

En un hospital de Toluca donde se promueve la lactancia materna se detectó que las madres inhiben la lactancia materna dando sucedáneos en biberones y/o chupones al lactante menor, aun cuando el personal de salud brinda educación para la salud a todas las mujeres tanto en el control prenatal y puerperio, por lo tanto esta investigación expone cuales son las actitudes de las mujeres hacia la lactancia materna en un hospital de Toluca.

El objetivo general de esta investigación fue analizar el tipo de actitud de las mujeres hacia la lactancia materna que acuden a un hospital de Toluca.

El presente trabajo consta de tres capítulos, en el primer capítulo se abordó el tema de lactancia materna dentro del cual se abarcaron temas como la anatomía de la glándula mamaria, hormonas que intervienen en la producción de leche, etapas de la lactancia, composición de la leche humana, criterios de la lactancia materna, contraindicaciones, beneficios para la madre, beneficios para el recién nacido, beneficios social, técnica para la extracción de leche, técnicas de amamantamiento, conservación de la leche, intervenciones de enfermería y la iniciativa hospital amigo del niño y de la niña; en el segundo capítulo se desarrolla el tema de actitud del cual se desarrolló la anatomía de la actitud, evaluación, fortalecimiento, formación, funciones de la actitud, clasificación de las actitudes, funciones de las actitudes en la maternidad y el vínculo con él bebe, y finalmente el tercer capítulo constó del marco contextual que se desarrolló en el Municipio de Toluca.

Dentro de la metodología de la investigación se le dio un enfoque de estudio cuantitativo, con un alcance correlacional y transversal. El universo de trabajo fueron 500 madres que acuden a un hospital de Toluca que se encontraban amamantando. Con un tipo de muestra no probabilística por conveniencia; la muestra estuvo conformada por 100 madres que se encontraran amamantando al lactante menor en un hospital de segundo nivel. Se utilizó como instrumento un cuestionario de 18 ítems donde las respuestas se establecieron por medio de una escala tipo Likert. Se realizó la investigación en tres fases, teórica en la cual se recabo información de libros, artículos de revista, bases de datos como Redalyc, Scielo, manuales, normas oficiales mexicanas y tesis, en la fase empírica se realizó la aplicación del instrumento a las madres que acuden a un hospital de Toluca y en la fase analítica se utilizó una base de datos con el programa estadístico SPSS versión 20, para obtener medidas de tendencia central (media, desviación estándar, frecuencia y porcentaje) y de correlación (chi cuadrada), para reflejar los datos obtenidos en la investigación.

El resultado obtenido del tipo de actitud de las mujeres hacia la lactancia materna que asisten a un hospital de Toluca fue una actitud de neutralidad con un 49%; siendo un poco menos de la mitad de las madres que participaron en la investigación y que omiten las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la lactancia materna exclusiva.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La lactancia materna de los lactantes menores tiene repercusiones potenciales sobre su supervivencia y rebasa cualquier otra intervención preventiva, ya que puede evitar 1,4 millones de muertes de niños menores de cinco años en el mundo. Los resultados de un estudio realizado en Ghana demuestran que amamantar a los bebés durante la primera hora de nacimiento puede prevenir el 22% de las muertes neonatales por infecciones respiratorias agudas y la diarrea, dos importantes causas de mortalidad infantil, así como las muertes por otras enfermedades infecciosas de acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, s/f).

La lactancia materna es una acción natural que toda mujer que tiene hijos debiera practicar; sin embargo a nivel mundial el porcentaje de las madres que amamantan a los recién nacidos es del 91% de ellas sólo el 25% continua con la lactancia hasta el año de edad (Rodríguez, 2014).

En el Estudio de la cohorte del milenio, del Reino Unido, la lactancia materna exclusiva durante seis meses se relacionó con una disminución del 53% en las hospitalizaciones por diarrea y una disminución del 27% en las infecciones de las vías respiratorias (UNICEF, s/f).

En la ciudad de Bucaramanga, Colombia, se realizó un estudio sobre la tasa de incidencia de abandono de la lactancia materna donde se encontró entre los siguientes factores de abandono: conocimientos deficientes sobre la lactancia materna, el uso de biberón y posición socioeconómico bajo (Camargo, Latorre y Porras, 2011).

Entre 2006 y 2012, el índice de lactancia materna registró en México una caída de 7.9 puntos porcentuales, al pasar de 22.3 % a 14.5 %, principalmente por la

introducción temprana de fórmulas lácteas y el consumo de agua, advierte la Secretaría de Salud (Villanueva, 2013).

En un estudio realizado en México en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes se identificaron las causas que las madres dieron para abandonar la lactancia materna exclusiva con una muestra de 194 binomios, fueron en orden de frecuencia: “no se llenaba el bebé” (hipogalactia) 11 casos (36.7%), decisión materna 10 (33.3%), “presentó evacuaciones verdes y consideró que requería otra leche”, dos (6.7%); intolerancia a la lactosa, indicación médica extrahospitalaria, reflujo gastroesofágico, deshidratación, hospitalización del bebé, fibroadenoma y grietas en los senos, un caso (3.3%) de cada una de ellas. El resto de los pacientes no dieron explicación (Delgado, Arroyo, Díaz y Quezada, 2006).

Según datos de la encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, en el Estado de México, en la práctica de lactancia materna se observa una tendencia descendente preocupante, ya que de 23.3% disminuyó a 14.4%, acentuándose en el medio rural, donde descendió a la mitad de 36.9% a 18.5% con relación a la última encuesta realizada en 2009. (Avila, 2014)

A pesar de que existen organizaciones, como la Liga de la Leche, iniciativa del Hospital amigo del niño y de la madre, que promueven la Lactancia Materna, se ha observado en madres que asisten a un hospital de Toluca, inhiben la lactancia materna dando sucedáneos en biberones y/o chupones a los recién nacidos, aun cuando el personal de salud brinda educación para la salud a todas las mujeres tanto en el control prenatal y puerperio sobre los beneficios de la Lactancia Materna para las madres y los niños. Ante tal problemática surge la siguiente interrogante:

¿Cuál es el tipo de actitud de las mujeres hacia la lactancia materna en un hospital de Toluca?

JUSTIFICACIÓN

La lactancia materna es una práctica natural de protección a la salud del niño y de la madre, que favorece no sólo el crecimiento y desarrollo del niño, sino que fortalece el vínculo madre e hijo; sin embargo, en los últimos años esta práctica ha disminuido, lo cual ha contribuido al aumento en la tasa de morbilidad y mortalidad infantil especialmente en lactantes, situación en la que la enfermera puede intervenir en la promoción de la salud, confiriendo a las madres mayor información para una lactancia materna de manera exitosa, para tal fin se requiere estrategias y acciones a partir del diagnóstico de actitudes hacia la lactancia materna, de ahí la importancia de este estudio.

Los resultados de esta investigación serán de utilidad para fundamentar las acciones y estrategias para fomentar la lactancia materna a través de la cual se verán beneficiados las familias principalmente los niños ya que protege y previene enfermedades gastrointestinales, respiratorias, disminuye el riesgo de padecer enfermedades crónico degenerativas, favorecer la formación dentaria; la primera toma de leche llamada calostro es la primera vacuna que inmuniza al recién nacido. Los beneficios de la lactancia materna para la madre serán disminuir el riesgo de padecer cáncer cérvico uterino y de mama, favorecer la involución uterina y fortalecer el vínculo afectivo del binomio.

Por todo lo anterior es fundamental que el equipo de salud, en especial las enfermeras promuevan la lactancia materna exclusiva como alimento ideal para los lactantes, motivo por el cual se realiza esta investigación.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Analizar el tipo de actitud de las mujeres hacia la lactancia materna que acuden a un hospital de Toluca.

Objetivos específicos:

- Describir características sociodemográficas de las madres.
- Conocer la edad promedio del lactante menor para identificar hasta qué mes de vida se le otorga la lactancia de manera exclusiva.
- Establecer la correlación entre la ocupación de la madre con el tipo de lactancia.

CAPITULO I LACTANCIA MATERNA

Anatomía de la glándula mamaria.

Se denomina medicamente la mama, recibe su denominación del vocablo latino mamma y es el único órgano que no está plenamente desarrollado en el momento del nacimiento. Muestra cambios espectaculares de su tamaño, su forma y su función desde el nacimiento hasta las etapas de embarazo, lactancia y, en última instancia, involución (Lawrence y Lawrence, 2007).

La mama es una glándula sudorípara apocrina muy especializada tiene dos características diferenciales muy importantes: esta modificada para producir leche y tiene capacidad de respuesta hormonal.

Las mamas situadas en la pared torácica anterior (en la fascia superficial) están compuestas de tejido granular, tejido graso y tejido conectivo de soporte. Situadas entre la segunda costilla y el sexto espacio intercostal, los ligamentos suspensorios de Cooper son los encargados de fijarlos por su parte profunda a la fascia del musculo pectoral mayor y, por su parte superficial a la dermis.

- **Areola y pezón**

La piel de pezón y la areola esta pigmentada y sobresale. En esta se encuentran folículos pilosos, glándulas sudoríparas y unos nódulos sobre elevados: los tubérculos de Montgomery. Estos contienen la desembocadura de unas glándulas sebáceas que segregan una sustancia que lubrica y protege la piel del pezón (las glándulas de Montgomery) y los conductos galactóforos. Otros conductos galactóforos drenan en solitario en el pezón. Durante el embarazo y la lactancia, la areola incrementa su tamaño y el grado de pigmentación aumenta.

Bajo la piel fina y pigmentada de la areola y el pezón hay poca grasa, pero abundante tejido muscular conectivo, dispuesto en una maya de fibras radiales y circulares la misión de esta maya compleja es disminuir la superficie de areola y

pezón en reposo y asegurar la protractilidad necesaria durante la succión lo que le permite adoptarse a la boca del lactante, alargandose hasta drenar leche en la base de la lengua. La estructura circular además funciona como un sistema de cierre al paso de leche cuando no hay succión. Cuando el pecho está muy lleno, areola y pezón pueden distenderse hasta aplanarse y hacer difícil la distensión necesaria para una correcta succión, hace más difícil el agarre y dificulta la lactancia.

El pezón contiene terminaciones sensitivas libres en las que, al succionar, se desencadenan los reflejos neuro-hormonales que contribuyen a la liberación de leche y al mantenimiento de la lactancia materna (Aguayo, Gómez, Hernández, Lasarte y Lozano, 2008).

Hormonas que intervienen en la producción de leche

La regulación central de la producción de la leche se produce a través de la acción de diversas hormonas: prolactina, oxitocina, hormonas tiroideas, hormona de crecimiento, insulina y suprarrenales.

- Prolactina: durante el embarazo en respuesta a los niveles de estrógenos y progesterona, la hipófisis produce prolactina. a partir de la 20 semana estimula la producción láctea. Sin embargo, la mama gestante no produce leche por la acción de otras dos hormonas, la progesterona y el lactógeno placentario que, con mayor afinidad por estos receptores durante el embarazo impiden la unión de la prolactina a ellos y la producción láctea. Tras el parto, a las pocas horas desaparece el lactógeno placentario y unos días después disminuye la progesterona, la que deja libre la acción secretora sin restricciones.
- Oxitocina.: la presión negativa que origina la succión no es suficiente para el vaseado de los alveolos ya que la gran tensión superficial que se opone al movimiento de la leche en los conductos pequeños origina el colapso de la luz de los conductos por la presión negativa de la succión. Por ello es imprescindible la contracción de las células mioepiteliales que envuelven los

alveolos las cuales consiguen con relativa facilidad expulsar la leche hacia los conductos de menor calibre. La oxitocina provoca contracción mioepitelial.

La oxitocina se libera en respuesta a la estimulación del pezón, por succión o manipulación y en respuesta a estímulos físicos, visuales, sonoros o emocionales agradables relacionados con el bebé.

- Progesterona, insulina, corticoides: la progesterona, necesaria para el desarrollo de la mama durante la gestación, desencadena la producción abundante de leche al disminuir bruscamente sus niveles después del parto. La presencia de niveles adecuados de insulina, corticoides, hormonas tiroideas y factores de crecimiento es también necesaria para el correcto funcionamiento de la mama.

El contacto precoz de la piel de la madre con la del hijo, el inicio del amamantamiento en la primera hora tras el parto, el amamantamiento frecuente y un buen acoplamiento boca-pecho se traduce en mejores índices de lactancia, tanto a corto como a largo plazo.

A situaciones que provocan estrés a la madre y/o al niño o a la niña durante el parto, las técnicas defectuosas de succión, obesidad, los corticoides, la diabetes, la prematuridad o el bajo peso del recién nacido se asocian con retraso en la subida de la leche y exigen apoyo especial a las madres tras el parto (Aguayo, et al., 2008).

Leche humana

La leche humana no es un compuesto homogéneo, sino una mezcla de más de doscientos compuestos con propiedades nutritivas y no nutritivas. Este importante líquido tiene 13% de sólidos en 87% de agua, pH 7, densidad de 1.030, osmolaridad entre 290- 303 y por decilitro aporta entre 66-10 kilocalorías.

- La edad que alcanzó la gestación

A la leche que la madre secreta cuando su hijo alcanza una gestación de término se le denomina leche pretermo que al menos en el primer mes de lactancia tiene mayor concentración de proteínas, sodio y cloruros y menor concentración de lactosa, que la hacen diferente a la leche de término.

- Momento el vaciamiento de la glándula

La leche inicial es rica en hidratos de carbono, mientras que la final tiene mayor concentración de lípidos.

- Ritmo circadiano

Especialmente los lípidos tienen mayor concentración en la leche durante la noche que durante el día.

- Estado nutricional de la madre

Se conoce que cuando la madre que amamanta ingiere una dieta monótona e insuficiente para satisfacer sus requerimientos nutricionales, la leche que produce tiene una menor concentración de nutrientes especialmente de lípidos, proteínas y probablemente otros, en menor concentración que la de una madre que come bien, nutricionalmente las diferencias no contraindican que la madre amamante y ofrezca el resto de beneficios de la leche materna (Games, et al. 2013).

La leche humana se compone por una fase acuosa, una lipídica, una coloidal, una membranosa y una de células vivas. En estas fases existen alrededor de 200 componentes reconocidos.

La leche de madres con RN prematuros tiene mayor cantidad de proteínas y menor cantidad de lactosa. No obstante se sabe que los niños prematuros alimentados por su propia madre requieren en las primeras semanas de suplementos con proteínas, minerales y algunos oligoelementos para alcanzar una velocidad de crecimiento semejante a la intrauterina, los cuales se adicionan a la leche materna (Martínez, 2009).

- **Proteínas:** el contenido de proteínas de la leche humana es de 0.9%. Es bajo si se compara con la de otras especies. Los constituyentes proteínicos de la leche materna tienen diversas funciones, ya que proporcionan aminoácidos esenciales para el crecimiento y suministran factores inmunosupresores, proteínas portadoras de vitaminas, hormonas, enzimas y otras actividades biológicas importantes, algunas de las cuales son mejorar los procesos fisiológicos de la glándula mamaria y otros facilitan la digestión de la leche humana en el lactante y favorecen el desarrollo neonatal.
- **Lípidos:** los lípidos constituyen la principal fracción de la leche materna que proporciona energía, aportan alrededor de 50% del contenido energético de la leche humana. Los ácidos araquidónico y docosaheptaenoico, son constituyentes de la membrana de fosfolípidos de la retina y cerebro y funcionalmente se han asociado a corto plazo con una mejora en la función visual y neurodesarrollo.
- **Carbohidratos:** el principal carbohidrato es la lactosa, es el segundo constituyente mayor de la leche materna después del agua. Aporta entre 40 y 50% del contenido energético de la leche humana. La lactosa promueve la absorción de calcio, fósforo y magnesio. Además de la lactosa, contiene glucolípidos, glucoproteínas, oligosacáridos, algunos de estos desempeñan actividades biológicas en los lactantes, como la inhibición de la unión de microorganismos patógenos a sus receptores y la promoción del crecimiento en varias especies de bifidobacterias en el intestino.
- **Electrolitos y minerales:** la concentración de calcio y fósforo en la leche humana es significativamente menor que en la leche bovina y fórmulas infantiles. El contenido de calcio y fósforo es relativamente constante a través de la lactación, no así el contenido del hierro, pero la biodisponibilidad de estos es mayor en la leche humana en comparación con la leche bovina y la de fórmulas infantiles.

- **Vitaminas:** el contenido vitamínico de la leche materna se afecta por diversos factores, de los cuales el más importante es el estado nutricional vitamínico de la madre. Los aportes de vitaminas son A, E y C.

Componentes inmunitarios de la leche humana

El sistema inmunitario de la leche humana ofrece una continua protección hasta que madura el propio sistema inmunitario del lactante. La leche humana contiene tres categorías principales de factores inmunológicos: agentes antimicrobianos, agentes antiinflamatorios y agentes inmunomoduladores (Treviño, 2009).

Etapas del periodo de la lactancia

La leche materna es un líquido corporal dinámico cuya composición cambia durante el día y a lo largo de la lactación. Hay tres etapas en el periodo de la lactancia.

1. **Calostro:** se produce en los primeros cinco días posparto; es un líquido denso, opaco, color amarillo, rico en proteínas, sobre todo inmunoglobulinas, vitaminas A y E contiene menor concentración de grasa y lactosa que la leche madura.
2. **Leche de transición:** es la producción intermedia entre el calostro y la leche madura; se produce entre el quinto y decimoquinto día de la lactación.
3. **Leche madura:** es el flujo producido a partir del decimoquinto día de la lactación. (Treviño, 2009)

Criterios sobre la lactancia humana

Con el propósito de estudiar y reportar la amplia gama de prácticas de lactancia humana, Labbok y Krasovec (1990) propusieron uniformar criterios a través de las siguientes definiciones:

- Lactancia materna completa: a su vez subdividida en:
 1. Lactancia materna exclusiva: cuando ningún otro alimento es ofrecido sea sólido o líquido.

2. Lactancia materna casi exclusiva: cuando se ofrecen otros líquidos como agua, te, jugo o vitaminas en gotas.
- Lactancia materna parcial: cuando se ofrece al menos un biberón con algún sucedáneo de la leche materna sea de origen lácteo o de otro origen (Martínez, 2009).

Lactancia Materna Humana

La lactancia materna es la proporcionada a la persona recién nacida, con leche humana, sin la adición de otros líquidos o alimentos (NOM- 007-SSA2-2016). Es un alimento único que permite transmitir defensas de la madre al niño, a la vez que fortalece el vínculo. La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad, y acompañada de alimentos complementarios apropiados hasta los años de edad o más (Díaz, Gómez y Ruiz, 2006).

Etapas de la lactancia

- **Mamogénesis**

El desarrollo de la glándula mamaria se inicia en la vida fetal, donde a partir del ectodermo se forman los primordios de lo que posteriormente serán lóbulos de la glándula mamaria; continua en la pubertad donde bajo la influencia de los estrógenos se favorece la proliferación y diferenciación de los conductos tubuloalveolares, el depósito de grasa peri glandular y el desarrollo de la innervación altamente especializada del pezón. Probablemente se requiera para el crecimiento mamario además de estrógenos, del factor de crecimiento epidérmico y de la prolactina. En esta etapa se define la cantidad de tejido conectivo y adiposo que determinarán el tamaño de la glándula. El desarrollo de la glándula mamaria en: la etapa pospuberal puede tener cuatro etapas 1) inactiva cuando la mujer no se embaraza, 2) activa o proliferativa cuando se embaraza, 3) secretora, cuando después de la etapa 2, se inicia la producción de leche y 4) regresión y/o

atrofia que ocurre después de la etapa 3° durante la etapa del climaterio estas etapas conducen a la madurez de la glándula mamaria.

- **Lactogénesis**

Este periodo comprende desde el momento inmediato después del parto hasta el momento que se desteta al niño. En el posparto inmediato, el estímulo fundamental para la inducción de la lactancia es la succión del pezón de la glándula mamaria por el niño lo que produce el aumento de los niveles séricos de prolactina (Prl), en el posparto inmediato la Prl desciende de 250 a 25 mg/m; si inmediatamente después del nacimiento, el niño succiona del pezón de la madre, prácticamente se garantiza la síntesis y secreción de leche en cantidad suficiente para mantener el crecimiento del niño.

Durante el amamantamiento la succión del pezón por el niño produce sobre la glándula mamaria dos efectos: sobre la síntesis y sobre el vaciamiento.

Cuando la leche se ha sintetizado, el vaciamiento de la glándula mamaria se inicia con la estimulación del pezón, estímulo neurohormonal que llega hasta los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo donde se transforma en una descarga de oxitocina a la circulación que estimula la contracción de células mioepiteliales produciendo un aumento de presión intraalveolar, lo que aunado a la fuerza de vacío que ejerce la succión del niño, favorece el vaciamiento de la glándula mamaria.

- **Involución**

Comprende la etapa que va desde el destete hasta que la glándula mamaria deje de producir leche. Durante este periodo, la glándula mamaria pierde parénquima glandular, sustituyéndolo por tejido conectivo interlobar y tejido adiposo (Games, Troconis, 2013).

Beneficios de la Lactancia Materna

Beneficios para la madre:

- Recuperación uterina post-parto y disminución del sangrado. La succión del pecho en las dos primeras horas tras el parto produce liberación de oxitocina, hormona que actúa sobre el útero provocando su contracción.
- Mejora de la anemia y aumento de las reservas de hierro. El cierre precoz del lecho vascular de la placenta disminuye el sangrado puerperal contribuyendo a la recuperación de la anemia del embarazo. También durante varios meses inhibe la ovulación por lo que no hay menstruación y favorece el ahorro de hierro.
- Recuperación más precoz del peso corporal previo al embarazo.
- Disminuye el riesgo de cáncer de mama post-menopáusico, cáncer de ovario.
- Disminuye fracturas de cadera y espinales por osteoporosis en la post-menopausia.
- Reduce las necesidades de insulina en madres diabéticas y normaliza antes el metabolismo de las madres que han tenido diabetes gestacional.
- El método anticonceptivo conocido como MELA o de la amenorrea de la lactancia tiene una eficacia comprobada siempre que se cumplan tres condiciones:
 - El bebé tiene menos de 6 meses de edad.
 - La madre esta amenorreíca
 - El patrón de lactancia es exclusivo y con tomas frecuentes, una de ellas, a medianoche (Fernández, Garrido, Gutiérrez, Hurtado, Martos, et al., 2015).

Beneficios para el recién nacido

- **Nutricionales.** Los niños amamantados experimentan un mayor aumento de peso y talla durante los 3 primeros meses de vida. Al final del primer año de vida los niños amamantados ganan menos peso y son más delgados.
- **Protección frente a las infecciones y atopias.** Los niños amamantados presentan menos diarreas, infecciones respiratorias, otitis invasivas, infecciones intestinales y enterocolitis necrotizantes. Mediante la transferencia de anticuerpos se estimula activamente el sistema inmunitario del lactante.
- **Desarrollo cognitivo.** En cuanto al crecimiento cerebral expresado por el aumento de la circunferencia craneal, destaca el mayor aumento observado en niños lactados. Según muchos estudios realizados, la lactancia materna tiene un efecto positivo en la evolución cognitiva del niño, a mayor tiempo de amamantamiento mejor desarrollo, también en las habilidades motoras y el desarrollo temprano del lenguaje.
- **Enfermedades a largo plazo:** Muchos estudios ponen de manifiesto el efecto protector de la leche materna en relación con la muerte súbita del lactante, colitis ulcerosa, y patología alérgica. Menor desarrollo de enfermedades autoinmunes, diabetes mellitus, enfermedad de Crohn y cáncer y favorece la liberación de la hormona del crecimiento.
- **Previene problemas dentales.**
- **Beneficios psicológicos.** Amamantar al niño es relajante, favorece la aparición del vínculo materno y del apego del niño a la madre. La lactancia bien establecida es percibida por la mayoría de las mujeres como muy satisfactoria, pues proporciona no sólo alimento sino consuelo, ternura y comunicación entre madre e hijo.
- **Predispone en el niño buenos hábitos alimentarios para el futuro.**

Beneficio social

- La lactancia materna supone un gran ahorro económico en el presupuesto familiar, no sólo por lo que se ahorra por la compra de leche artificial sino por el menor consumo de consultas médicas, ingresos hospitalarios, medicamentos y otros recursos sanitarios.
- Beneficio medioambiental. Disminuye la huella ecológica ya que no genera residuos, contribuyendo al cuidado del planeta (Fernández, et al., 2015).

Contraindicaciones de la lactancia materna

Absolutas

- Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)
- Quimioterapia y radiofármacos. La lactancia está contraindicada.
- Lactantes con galactosemia clásica
- Madres adictas (Treviño, 2009).

Relativas

- Infección tuberculosa: la lactancia materna está contraindicada hasta completar aproximadamente dos semanas de tratamiento adecuado de la madre.
- Infección por virus de varicela – zóster: el lactante no deberá tener contacto directo con las lesiones activas. El lactante deberá recibir inmunoglobulina.
- Infección por virus del herpes simple: la lactancia materna está contraindicado en caso de lesiones herpéticas activas de la mama
- Infección por hepatitis B: los lactantes reciben inmunoglobulina y vacuna frente a hepatitis B de forma rutinaria si la madre tienen HbsAg positivo. No se requiere retrasar el inicio de la lactancia.

- Ingesta de alcohol: limitar la ingesta de alcohol materna a $<0,5$ g/kg/día (para una mujer de peso medio, es decir el equivalente a dos latas de cerveza, dos vasos de vino o 60 ml de licor (Kliegman, Stanton, Behrman, Schor, y Geme, 2013).

Técnicas para amamantamiento

Posición para amamantar

- La madre sostiene el pecho con los dedos formando una “C”. La madre coloca la cara del niño o niña mirándole el pecho. Si el niño o niña no abre la boca la madre le roza los labios con el pezón para que la abra.
- Cuando el niño o niña abre la boca la madre lo acerca al pecho debe tomar completamente una buena parte de la areola.
- La barriga del niño o niña debe estar pegada contra la barriga de la madre y la cabeza, la nuca y la espalda del bebé están en línea recta sostenidas por el brazo de la madre (UNICEF, 2012).

Posiciones para amamantar

Madre sentada y niño acunado:

De acuerdo con el Manual de lactancia materna (2010) el niño debe estar acostado frente a la madre a la altura de los pechos, el abdomen del niño debe quedar frente al de la madre, el brazo de esta sirve de apoyo al cuerpo y cabeza del niño, con la mano en forma de “C” la madre ofrece el pecho, con el pezón estimula el labio inferior del niño para que abra la boca, en ese momento acerca el niño hacia el pecho de tal forma que el pezón y la areola queden dentro de la boca del niño.

El bebé debe estar bien pegado a su mamá, en cualquiera de las posiciones; puede observar cómo una línea imaginaria debe pasar por las orejas, hombros y cadera; la cara del bebé debe estar de frente para la mama (Quintero, Josefina, Peña, De la Mella, Fe, y Zurban, 2014).



Figura 1. (Quintero, et al., 2014)

Posición de caballito

La madre sentada y el niño frente el pecho sentado sobre la pierna de esta, la madre afirma al niño con el brazo del mismo lado en que está el niño, la mano en forma de “C” y los dedos del medio y pulgar detrás de las orejas, con la mano libre ofrece el pecho. No apoyar la palma de la mano en la parte posterior de la cabeza ya que el niño responderá con un reflejo de extensión que lo hará llevar la cabeza hacia atrás y alejarse del pecho. Esta posición está recomendada para los niños híper y/o hipotónicos, niños con fisura palatina, mamas muy grandes.



Figura 2. (Manual de Lactancia Materna, 2010).

Posición en reversa

La madre sentada y el niño acostado sobre un cojín para levantarlo a la altura de los pechos. Con la mano libre la madre ofrece el pecho, con la otra sobre la palma sostiene la cabeza del niño. Esta posición permite deslizar al niño de un pecho a otro sin cambiarlo de posición, esta posición se recomienda cuando el niño tiene preferencia por un pecho y cuando el niño tiene problemas con la clavícula.

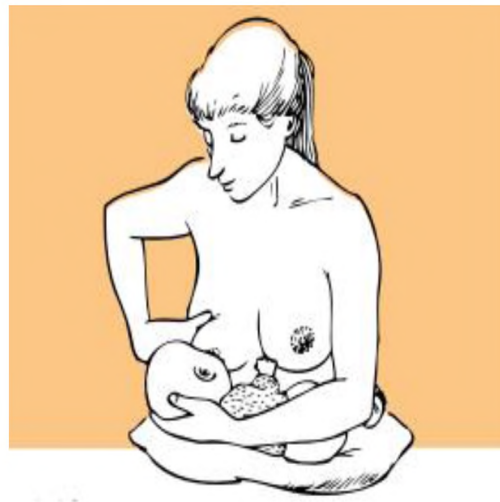


Figura 3. (Manual de Lactancia Materna, 2010).

Posición de pelota de fútbol o de sandía

En esta posición se ubica al niño debajo del brazo del lado que va a amamantar, con el cuerpo rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del niño con la mano del lado que amamanta, tomándolo por la base de la nuca. Esta posición se recomienda para alimentar a gemelos en forma simultánea, en caso de cesárea para no presionar la zona de la herida operatoria (Manual de Lactancia Materna, 2010).

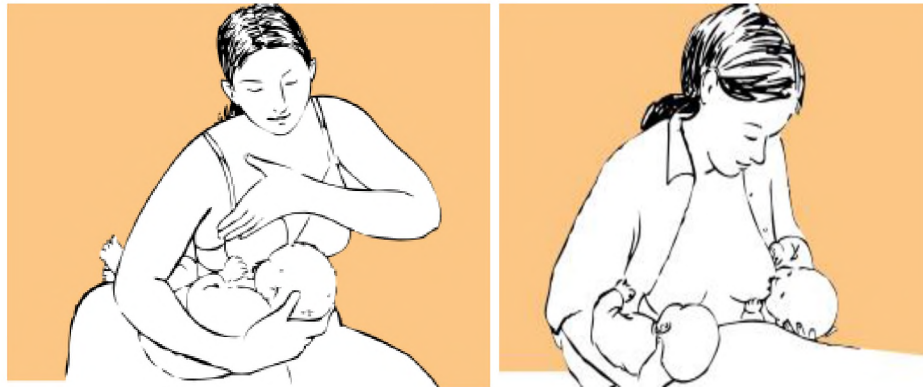


Figura 4. (Manual de Lactancia Materna, 2010).

Posiciones con la madre acostada

Posición del niño con la madre acostada, ambos en decúbito lateral

La madre y el niño acostados en decúbito lateral, frente a frente, la cara del niño enfrentando el pecho y abdomen, pegado al cuerpo de su madre.

Para la comodidad de la madre, ésta debe apoyar su cabeza sobre una almohada, la madre con la mano libre debe dirigir el pecho hacia la boca del niño. Esta posición se recomienda para las madres que se recuperan de una cesárea o una episiotomía, para amamantar de noche o en momentos de gran cansancio, sin importar la edad del bebé. No debe dar de lactar por la noche acostada, a no ser

que alguien esté con ella, pues puede quedarse dormida (Manual de Lactancia Materna, 2010 y Quintero, et al. 2014).



Figura 5. (Quintero, et al., 2014)

Posición madre recostada de espalda y el niño sobre esta en decúbito ventral.

La madre acostada de espalda y el niño recostado sobre ella en decúbito ventral, la madre sostiene la frente del niño con su mano y de esta forma el niño toma el pezón y la areola para comenzar la succión.

Esta posición se recomienda a las madres que tienen reflejo de eyección excesivo, en esta posición el flujo de leche pierde fuerza y el bebé puede succionar y tragar de manera más cómoda. Es una posición transitoria mientras la madre encuentra otra posición más cómoda (Manual de Lactancia Materna, 2010).

Técnica para la extracción de leche materna

La extracción se realizará en un ambiente cómodo para la madre, lo más relajado posible. Si es posible, la extracción debe realizarse estando cerca del bebé, o tras haber tenido contacto con él. Para reducir la contaminación de la leche, es necesario lavar las manos con agua y jabón antes de cada extracción. El pecho sólo precisa de la higiene habitual, la ducha diaria es suficiente. El masaje del pecho durante unos minutos, siempre antes de la extracción, sea manual o con sacaleches mejorará la salida de la leche.

Modo de realizar el masaje previo a la extracción

Usando 2 o 3 dedos, dar masajes circulares al pecho, del exterior hacia el pezón. También se puede realizar el masaje con los nudillos.

Con toda la palma de la mano, frotar suavemente el pecho desde la base hacia la punta del pezón.

Técnica de Marmet

- Estimular masajeando los pechos durante unos minutos.
- Masajear: realizar movimientos circulares en un mismo punto y alrededor de todo el pecho.
- Colocar el dedo pulgar y los dedos índice y medio formando una C a unos 3 o centímetros por detrás del pezón.
- Empujar con los dedos hacia atrás (hacia las costillas). Para pechos grandes o caídos, es mejor primero levantarlos y después empujar con los dedos hacia atrás.
- Rodar los dedos hacia el pezón.
- Repetir rítmicamente para vaciar el pecho: colocar los dedos, empujar hacia dentro, rodar. Girarla posición de los dedos sobre el pecho, para vaciar otras zonas.
- Continuar la extracción hasta que el ritmo de salida de leche sea más lento.
- Repetir todo el proceso: provocar el reflejo de salida y extraer la leche, una o dos veces más.
- Evitar estiramientos y presión excesiva en el pecho o el pezón (Fernández, et al., 2015).

Conservación de la leche materna

No hay diferencia entre los recipientes de vidrio o de polietileno en la adherencia de nutrientes liposolubles, la concentración de inmunoglobulina A o el conteo de leucocitos en leche almacenada.

El polietileno se asocia a una reducción de 60% de inmunoglobulina A, mientras que el acero se asocia a una reducción del conteo y viabilidad celular.

- Las temperaturas más cálidas se asocian con crecimiento bacteriano más rápido. Sin embargo, la leche recién extraída de la madre puede permanecer a temperatura ambiente (10-29° C) por 3-4 horas.
- Se recomienda que la leche fresca (recién extraída) puede permanecer a temperatura ambiente entre 27° C a 29° C, el límite razonable son 3-4 horas.
- Se ha demostrado que la leche almacenada en refrigeración a 4° C es segura para su administración al bebé (previo calentamiento). La capacidad bactericida de la leche almacenada a esta temperatura declina las 48 a 72 horas.
- Se recomienda que la leche fresca se conserve a 4° C durante 72 horas para el niño sano, pero hasta 48 horas en el medio hospitalario.
- La leche congelada entre -4° a -20° C es segura y generalmente se preservan las vitaminas A, E, B, proteína total lípidos, enzimas, lactosa y zinc, sin aumentar el crecimiento bacteriano cuando se congela por al menos 6 semanas.
- La leche fresca se puede congelar a temperaturas entre -4° a -20° C hasta por 6 meses.
- La leche debe almacenarse en el fondo del refrigerador o congelador para evitar el calentamiento intermitente debido a la apertura de la puerta.
- Todos los contenedores de leche deberán estar bien cerrados.

- Guardar con etiqueta de datos e identificación y fecha en volúmenes pequeños.
- No agregar leche fresca tibia a un contenedor de leche ya congelada para evitar el calentamiento intermitente.
- Una vez descongelada debe utilizarse inmediatamente y no volver a congelarse.
- La leche que tuvo contacto con la boca del bebé, debe desecharse 1-2 horas después de su toma.

Descongelación

Descongelar la leche humana en el refrigerador durante la noche, o poner el biberón bajo el chorro de agua tibia, o dentro de un contenedor de agua tibia (a baño maría). No utilizar microondas (Burciaga, Bernabé, Delgadillo y Cruz, 2013).

Intervenciones de enfermería en la lactancia materna

La intervención debe estar dirigida a prestar el apoyo oportuno que entregue la información correcta y práctica en el momento adecuado, además del apoyo emocional que responda a las necesidades de la madre lactante, junto con el intercambio de experiencias entre las madres que amamantan para desarrollar la autoconfianza y seguridad que les permita llevar el proceso de lactar con éxito.

- Apoyar y favorecer la lactancia materna en la sala de partos. El apoyo profesional debe ser personalizado y humanizado, activo y oportuno, respetando la decisión materna.
- Facilitar el contacto madre-recién nacido en los primeros momentos de la vida de acuerdo con el estado de bienestar del recién nacido y el estado general de la madre y su deseo de amamantar.

- Consejo y apoyo en la primera toma con la colocación del recién nacido al pecho lo más pronto posible, en contacto piel con piel con su madre, para estimular la inducción hormonal.
- Transferencia efectiva de la leche permitiendo el tiempo necesario para la alimentación en cada pareja de madre y niño o niña.
- Favorecer la lactancia materna durante la estadía intrahospitalaria.
- Alojamiento conjunto de la madre y el niño/a desde temprano para aprovechar el calostro y evitar la administración de suplementos líquidos.
- Información de apoyo mediante charlas educativas, material de difusión, demostración de técnicas. Los cuidados que ofrece el personal de salud a la madre que lacta le infunden confianza en su proceso de amamantamiento, el cual será de mejor calidad.
- Favorecer la lactancia materna en el momento del alta.
- Orientar a la madre sobre los controles en su centro de salud, según el estado nutricional del recién nacido; la asistencia a Consulta de Lactancia Materna y el contacto permanente con su enfermera.
- Mantenimiento de la lactancia materna: contacto y asesoramiento permanente a la madre que lacta en las diferentes oportunidades como, el control del recién nacido y de la madre en su centro de salud, clínicas de apoyo a la lactancia, educación sobre autocuidado y crianza, incluyendo al padre, quien adquiere un rol protector, así como educación a la familia (Cerdeira, 2011).

Iniciativa hospital amigo del niño y de la niña

Antecedentes

Tras la caída en picado de la incidencia y la duración de la lactancia materna en todo el mundo y conscientes del grave problema de salud pública que ello conlleva

para las mujeres y la infancia, la OMS y el UNICEF lanzaron una estrategia conjunta “Baby Friendly Hospital Initiative” en 1992. El objetivo era promocionar la Lactancia Materna en todo el mundo a través del cumplimiento de “Los 10 pasos para una lactancia feliz” y el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, en las Maternidades. En 2002, la Estrategia Global de la OMS/UNICEF para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño hizo una llamada urgente para renovar el apoyo a la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y la continuación del amamantamiento desde entonces hasta los 2 años, complementado con alimentos seguros y apropiados. Además, destacó la importancia de la Declaración de Innocenti y añadió recomendaciones sobre alimentación complementaria, nutrición materna y acción comunitaria. Y así se anima a todos los países a revitalizar la Iniciativa Amigo de los Niños, entre otros programas de acción.

En 2006 la Iniciativa Amigo de los Niños es revisada. Se reconoce que el apoyo continuado a la madre durante todo el amamantamiento es tan necesario como el apoyo en los primeros días de la vida y se extiende la estrategia más allá de las maternidades hacia el resto de los sectores de cuidado materno-infantil. (Hernández, González, Bustinduy, Arana, Martínez, Blanco, García, et al., 2009)

Objetivos:

- Contribuir a que cada recién nacido tenga el mejor inicio en la vida, creando un ambiente favorable que permita la implementación de la Iniciativa como una norma.
- Ayuda a las madres a practicar la Lactancia Materna Exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses y continuar la lactancia, con la introducción de alimentación complementaria y oportuna, por lo menos hasta los 2 años.
- Ayuda a las madres que no están amamantando a tomar decisiones informadas y a brindar los cuidados adecuados a sus bebés (UNICEF, 2013).

10 paso para una lactancia materna exitosa

1. Tener una política por escrito sobre lactancia materna que pone en conocimiento del personal de la maternidad rutinariamente.
2. Entrenar al personal de salud en las habilidades necesarias para implementar esta política.
3. Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y el manejo de la lactancia.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia materna durante la media hora después del parto.
5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aun en caso de separación.
6. No dar al recién nacido alimento o líquido que no sea leche materna a no ser que este medicamento indicado.
7. Practicar alojamiento conjunto y permitir a las madres y sus recién nacidos permanecer juntos las 24 horas del día.
8. Alentar a la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar biberones, chupones de distracción a los bebés que amamantan.
10. Formar grupos de apoyo a la lactancia materna, referir a las madres a estos grupos en el momento del alta del hospital o clínica.

Anexos

1. Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna
 - Los beneficios y la superioridad de la lactancia materna.
 - La nutrición de la madre y la preparación para la lactancia materna y cómo mantenerla.
 - Los efectos negativos de la alimentación parcial con biberón, sobre la lactancia materna.
 - La dificultad de volver sobre la decisión de no amamantar.

- Una explicación de que el sólo debe ser usado cuando sea recomendado por personal de salud.
- La forma correcta de preparar.
- Las instrucciones necesarias para su uso correcto y una advertencia sobre los riesgos para la salud de una preparación incorrecta.

2. Atención amigable a la madre

Criterios globales

- Alentar a las mujeres a tener una compañía constante de su elección para recibir apoyo emocional durante el trabajo de parto y parto
- Permitir a las mujeres tomar o comer alimentos ligeros durante el trabajo de parto
- Alentar a la mujer a que utilicen métodos medicamentosos para aliviar el dolor a menos que sean necesarios alérgicos o anestésicos debido a complicaciones respetando las preferencias de la mujer.
- Alentara las mujeres a caminar y movilizarse durante el trabajo de parto y asumir la posición de su elección para dar a luz, a no ser que exista una restricción específica por el estado de la madre y se le explique la razón.

3. VIH y alimentación infantil

Se calcula que hay 40 millones de personas infectadas por el VIH/SIDA y contraen nuevas infecciones diariamente 15 mil personas. A escala mundial es la principal causa de muertes entre las mujeres en edad fecunda.

Recomendaciones de la OMS

Las mujeres infectadas por el VIH reciban consejería, incluyendo información acerca de los riesgos y beneficios de las varias opciones de alimentación infantil,

y una guía específica para escoger la opción en situación, apoyándolas en su decisión.

Resulta importante destacar que en nuestro país, está normado, que se contraindica la lactancia materna en hijos de madres VIH positivas.

Las madres infectadas por VIH/SIDA no deben amamantar a su hijo, si cuentan con la posibilidad de disponer de sustitutos de la leche materna (Sánchez, 2014).

CAPITULO II ACTITUD

La palabra actitud viene de la palabra acto, y el acto es el efecto de acción, el acto y la actitud son actos intencionales. La actitud es la predisposición a actuar en determinada dirección y a partir de una escala de valores. Esta disposición es aprendida culturalmente, es decir que es aprendida y por lo tanto un objeto de educación y con el añadido redundante de que se trata de un aprendizaje cultural.

Las actitudes expresan la predisposición que tiene una persona para reaccionar de una forma determinada, constante, y por lo tanto previsible frente a una sensación del medio ambiente. Esta predisposición nace de anteriores procesos de aprendizaje (socialización, propia cultura, vivencias específicas, etc.). Las actitudes no nacen solamente de contenidos de conciencia racionales perceptibles para el individuo, sino también de procesos emocionales que llegan hasta el campo físico de la personalidad (Tomas, 1999).

La actitud se define como una evaluación positiva o negativa de un objeto. Cuando las personas usan las palabras como agrado, desagrado, amor, odio, bien y mal, por lo general describen sus actitudes (Franzoi, 2007).

Anatomía de una actitud

Tener actitud no sólo es creer algo, es también sentir y actuar, en el estudio de actitud se tiene en cuenta tres componentes

1. Componente cognitivo. Corresponde con los pensamientos, ideas y creencias del sujeto acerca de algo.
2. Componente emocional: consiste en los sentimientos, estados de ánimo o emociones que suscita la presentación afectiva de un objeto, suceso, o situación, o su representación simbólica.
3. Componente conductual: es la disposición a actuar de determinadas maneras con referencia a algún objeto, suceso o situación (Barranca, 2008).

Formación de las actitudes

La respuesta a cómo llegamos a tener unas actitudes determinadas y no otras ha sido muy diferente. En todo caso, y a pesar de algunos intentos de relacionar las actitudes con factores genéticos, fisiológicos y/o de personalidad, que desde la psicología social desestimaremos, hay bastante consenso en considerar las actitudes como aprendidas, y no innatas.

Aprendizaje Social: adquirir las actitudes a partir de los demás.

Aprendizaje social: el proceso a través del cual se adquiere nueva información, formas de comportarse o actitudes hacia otras personas.

Aprendizaje observacional: una forma básica de aprendizaje en la cual los individuos adquieren nuevas formas de comportamiento o pensamiento a través de la observación del comportamiento de otros.

Una fuente muy importante de nuestras actitudes es obvia: se adquiere de otras personas a través del proceso de aprendizaje social. Muchas de nuestras apreciaciones son adquiridas en situaciones en las cuales interactuamos con otros o simplemente mientras observamos el comportamiento (Baron y Byrne 2005).

Criterios de Actitud:

El concepto de actitud tiene varias características que lo distinguen de otros conceptos referentes a estados internos del individuo.

- Las actitudes no son innatas: pertenecen al dominio de la motivación humana estudiada en forma diversa con los nombres de “pulsiones sociales”, “necesidades sociales”, “orientaciones sociales” y demás. Se admite ordinariamente que la aparición de una actitud depende del aprendizaje.
- Las actitudes no son temporales sino estados más o menos persistentes una vez formados: es innegable que las actitudes cambien, pero, una vez

formadas, adquieren una función reguladora de modo que dentro de ciertos límites, no están sujetas a cambios con comitentes a los ascensos y descensos del funcionamiento homeostático del organismo o a toda variación apenas notable de las condiciones del estímulo.

- Las actitudes siempre implican una relación entre la persona y los objetos: en otras palabras las actitudes no se autogeneran psicológicamente se forman o aprenden en relación con referentes identificables, ya sean personas, grupos, instituciones, objetos, valores, asuntos sociales o ideologías.
- La relación entre personas y objetos no es neutral pero tiene propiedades motivacionales afectivas: estas propiedades se derivan del contexto de interacción social muy significativa en el que muchas actitudes se forman, del hecho de que los objetos no son neutrales para otros participantes y del hecho de que el yo, a medida que se desarrolla adquiere valor positivo para la persona. Por consiguiente, la relación entre el yo y el medio social rara vez es neutral.
- La relación sujeto-objetos se realiza a través de la formación de categorías que distinguen entre los objetos y entre la relación positiva o negativa de la persona con objetos dentro de las diferentes categorías: el referente de una actitud constituye un conjunto que, teóricamente, puede variar desde un objeto hasta un gran número de ellos. Sin embargo, en la actualidad, la formación de una posición positiva o negativa hacia un objeto implica por lo común adhesión diferencial a otros en el mismo dominio (Summers, 1978).

Factores para la formación de la actitud

Según algunas posiciones teóricas, la simple exposición a un objeto hace que obtengamos información; esto por si solo ya sería suficiente para que desarrollemos una actitud hacia un objeto. Por otro lado, el efecto de la experiencia directa es más fuerte cuanto más larga y repetitiva es la exposición, o más traumática y decisiva.

Factores de aprendizaje

Desde las teorías conductistas se explica la emergencia de actitudes. Los procesos actitudinales según diversos procesos de aprendizaje.

Otros autores prefieren ver las actitudes como constituidas a partir de procesos de refuerzos y castigos. Insko (1980) refiere que no pueden ser simplemente bajo la noción de la conducta. Bandura (1986) propuso que para entender una actitud no hace falta necesariamente experiencia directa.

Agentes socializadores

La socialización es el proceso mediante el cual una persona se convierte en el miembro competente para desarrollarse en sociedad o en una cultura, es uno de los procesos principales de transmisión y reproducción de actitudes, es especialmente importante durante la infancia, hay diversos agentes de socialización por ejemplo la familia, la escuela, medios de comunicación etc. (Ibañez, Botella, Domenech, Samuel, Martínez, Pallí, Pujal, et al., 2004).

Evaluaciones de la actitud resultante de procesos cognoscitivos implícitos:

- **Actitud implícita:** una actitud que es activada de manera automática de la memoria, con frecuencia sin que la persona se dé cuenta que la posee.
- **Actitud explícita:** una actitud que se tiene de manera consciente.
- **Actitudes duales:** la posición simultánea de actitudes implícitas y explícitas contradictorias hacía el mismo objeto (Franzoi, 2007).

Clasificación funcional de las actitudes

Destacaremos tres: organización del conocimiento, función instrumental o utilitaria y función de identidad y expresión de valores.

Organización del conocimiento: Las actitudes ayudan a satisfacer esta necesidad básica de conocimiento y control, estructurando la información en términos positivos y negativos. De esta forma, ante situaciones nuevas, nuestras actitudes permiten predecir qué cabe esperar de ellas, aumentando así nuestra sensación de control. Las actitudes guían la búsqueda y la exposición a información relevante, acercando a la persona a todos aquellos aspectos de la realidad congruentes con ellas y evitando aquellos elementos que les sean contrarios. En diferentes investigaciones se ha observado cómo tendemos a distorsionar nuestros recuerdos para ajustarlos a nuestras actitudes actuales.

El conocimiento proporciona control sobre el ambiente, y mantiene nuestras cogniciones organizadas de forma coherente y libres de tensiones aumenta la certeza en lo que sabemos y, por tanto, nuestra sensación de control. Sin duda, la búsqueda de equilibrio y coherencia constituye otra motivación humana fundamental.

- **Función instrumental o utilitaria**

Esta función tiene su base en las teorías del aprendizaje, según las cuales, las actitudes ayudan a la persona a alcanzar los objetivos deseados, y que les proporcionarán recompensas, así como a evitar los no deseados, y cuya consecuencia sea el castigo. Al promover la aproximación a estímulos gratificantes y la evitación de estímulos aversivos, las actitudes optimizan las relaciones de los Individuos con su entorno, maximizan los “premios” y minimizan los “castigos”.

- **Función de identidad y expresión de valores**

La expresión de las actitudes personales, así como sus correspondientes comportamientos, sirven para informar a los demás (e incluso a ellos mismos) de quiénes son. Nos ayudan, por tanto, a conocernos y darnos a conocer a los demás. Así las actitudes juegan un importante papel en la definición y el fortalecimiento de la propia identidad. Además, la expresión de las actitudes

permite a las personas mostrar sus principios y valores, así como identificarse con los grupos que comparten actitudes similares es decir, la expresión de actitudes sirve para acercarse a otras personas con actitudes similares, contribuyendo de esa forma a satisfacer la necesidad básica de aceptación y pertenencia grupal. (Morales, Gaviria, Moya y Cuadrado, 2007).

Funciones de las actitudes y metodología

Clásicamente se ha planteado que las actitudes cumplen funciones, es decir, llenan necesidades psicológicas. En este sentido, se han identificado cinco funciones.

- a) Función de conocimiento. Mediante las actitudes los sujetos ordenan y categorizan el mundo de manera coherente, satisfaciendo así la necesidad de tener una imagen clara y significativa del mundo. Las actitudes ayudan al sujeto a ordenar, entender y asimilar las informaciones que pueden resultar complejas, ambiguas e impredecibles.
- b) Función instrumental. Las actitudes permiten maximizar las recompensas y minimizar los castigos, satisfaciendo una necesidad hedónica. Así, las actitudes ayudan a las personas a lograr objetivos deseados y evitar aquellos que no se desean.
- c) Función ego-defensiva. La actitud permite afrontar las emociones negativas hacia sí mismo, externalizando ciertos atributos o denegándolos. Las actitudes ayudan a proteger la autoestima y a evitar los conflictos internos -inseguridad, ansiedad, culpa.
- d) Función valórico-expresiva o de expresión de valores. Las actitudes permiten expresar valores importantes para la identidad o el auto-concepto. Las personas a través de sus actitudes pueden expresar tendencias, ideales y sistemas normativos.

e) Función de adaptación o ajuste social. Las actitudes permiten integrarse en ciertos grupos y recibir aprobación social. Las actitudes pueden ayudar a cimentar las relaciones con las personas o grupos que se consideran importantes, es decir, permiten al sujeto estar adaptado a su entorno social -ser bien vistos, aceptados, etc. (Páez, Fernández, Ubillos y Zubieta, 2005).

Fortalecimiento de las actitudes

Cuando actuamos de forma automática las actitudes con frecuencia se hallan adormecidas. Desempeñamos roles familiares que no reflejan lo que hacemos. Tales formas de reacción en las que no intervienen la mente son adaptativas.

Fortaleza de las actitudes forjadas a través de la experiencia

Adquirimos actitudes de tal manera, que veces son fuertes y otras no. Russell Fazio y Mark Zanna en una larga serie de experimentos demuestran que cuando las actitudes surgen de la experiencia, tiene más posibilidad de permanecer y guiar las acciones.

Cuando los componentes emocionales y de creencia de una actitud son coherentes, la actitud guía el comportamiento, tal como lo hacen las actitudes fuertes (Myers, León, Barriga, Gómez, González, Medina, et al., 2003).

Indicadores objetivos de la fuerza de las actitudes

Los indicadores de la fuerza de las actitudes son: extremosidad o polarización, accesibilidad, ambivalencia, estabilidad, resistencia y predicción de la conducta.

Extremosidad o polarización, se define mediante dos elementos, la dirección o valencia, y la intensidad o polaridad. La dirección o valencia de las actitudes se refiere a la valoración positiva, neutra o negativa que la persona atribuye al objeto actitudinal. Por ejemplo, mientras que una persona puede considerar el rap su

estilo musical preferido (valencia positiva), otra puede mostrarse indiferente al no tener formada una actitud al respecto (valencia neutra) o incluso desagradarle totalmente (valencia negativa). La intensidad o polaridad de la actitud hace referencia a la magnitud, mayor o menor, de esa valencia. En una escala de actitudes de 7 puntos, donde los extremos son “no me gusta nada” y “me gusta mucho”, una persona que puntuara un 1 o un 7 tendría una actitud más extrema que otra persona que contestara con un 3 o un 4. Por tanto, las actitudes son más extremas o polarizadas en la medida en que se sitúen más cerca de los polos de un continuo evaluativo.

Accesibilidad, se refiere al grado en que las actitudes se activan espontáneamente cuando las personas se exponen al objeto de actitud, o dicho de otro modo, a la rapidez con que una actitud viene a nuestra mente. El grado de accesibilidad afecta, inevitablemente, a la forma de interpretar la realidad por parte de las personas. Por ejemplo, la accesibilidad de una actitud al dirigir la atención hacia aquellos estímulos relacionados con la actitud, influye en lo que la persona ve y también sobre las categorías mentales que se usan para evaluar y clasificar dichos estímulos. Como consecuencia, la relación entre actitud y conducta también aumenta cuanto mayor sea la accesibilidad de la actitud.

Las actitudes son más accesibles en la medida en que las personas han pensado mucho sobre el objeto de actitud relacionado con ellas. También se aumenta la accesibilidad actitudinal simplemente con su expresión explícita y repetida.

Ambivalencia, cuando una persona mantiene de forma simultánea dos evaluaciones de signo opuesto hacia el mismo objeto de actitud se dice, entonces, que tiene una actitud ambivalente hacia dicho objeto puesto que las personas tienden a mantener una cierta coherencia psicológica y evitar los posibles conflictos mentales, tener a la vez respuestas positivas y negativas hacia un mismo objeto puede resultar problemático y debilitar la actitud.

Una persona puede ser ambivalente por tener a la vez evaluaciones positivas y negativas hacia el mismo objeto de actitud o por tener discrepancias internas entre los componentes afectivos, cognitivos y conductuales de la actitud o, incluso por tener, conflictos entre distintas actitudes relacionadas entre sí.

Estabilidad una actitud es estable y, por tanto, fuerte, en la medida que es capaz de mantenerse intacta en el tiempo. Esta cualidad se suele evaluar midiendo la misma actitud en distintos momentos. Por ejemplo, una actitud que hoy es muy extrema y dentro de dos meses resulta moderada sería una actitud poco estable y, por tanto, se podría decir que es una actitud débil comparada con otra que no varíe durante dicho periodo.

Resistencia, este indicador de fuerza hace referencia a la capacidad de las actitudes para resistirse a información de signo contrario. La resistencia de una actitud se puede evaluar exponiendo a las personas a información contraactitudinal y evaluando su impacto persuasivo.

Predicción de la conducta

Una actitud es fuerte en la medida en que es capaz de influir en la conducta de una persona. Por ejemplo, un problema de las actitudes ambivalentes es que no permiten a las personas saber qué hacer en relación con el objeto de actitud, con la parálisis consiguiente ante él. Algo muy semejante ocurre con las actitudes poco extremas y las actitudes poco accesibles. Por tanto, según posean determinados indicadores de fuerza, unas actitudes predecirán la conducta mejor que otras. Con todo, las relaciones entre actitud y conducta no son lineales. La fuerza de una actitud y, por tanto, su capacidad para influir sobre la conducta va a depender fundamentalmente del proceso psicológico a través del cual se forme o se modifique dicha actitud. En términos generales, las actitudes que se adquieren a través de procesos de alta elaboración cognitiva son más fuertes que las actitudes que se adquieren o se cambian a través de procesos psicológicos de bajo

esfuerzo mental. Las actitudes son fuertes en la medida en que se piensa y elabora sobre el objeto de actitud.

Actualmente, se considera que la fuerza de las actitudes es el parámetro más relevante a la hora de analizar las relaciones entre las actitudes y la conducta. Es decir la relación actitud-conducta depende de las características de las actitudes y, por tanto, de los procesos psicológicos a través de los cuales se forman y modifican. No obstante, existen otros factores de la situación y persona que influyen sobre esta relación. Por ejemplo, mientras algunas situaciones favorecen que las personas actúen en consonancia con sus actitudes, otras situaciones, en la medida en que implican fuertes presiones sociales para comportarse de forma políticamente correcta (por ejemplo, comportamientos públicos en relación con grupos desfavorecidos) reducen la relación entre actitud y conducta. Lo mismo ocurre a un nivel de análisis más general. Mientras las culturas occidentales, fundamentalmente individualistas, favorecen que las personas se comporten coherentemente de acuerdo con sus actitudes, las culturas orientales, más colectivistas, valoran más los comportamientos orientados al grupo, reduciendo así la relación entre actitudes y conductas individuales (Morales, et al., 2007).

Grados de la actitud: aceptación, rechazo y neutralidad

Se especifican tres conceptos a fin de evaluar la estructura de la actitud:

- Grado de aceptación: cuando una persona expresa voluntariamente su opinión sobre un asunto.
- Grado de rechazo: la posición más objetable para el individuo, la cosa que más detesta en un dominio particular, juntos con otras posiciones objetables para él.
- Grado neutral: mientras que acepta unas posiciones y rechaza otras, el individuo puede preferir permanecer neutral. Ordinariamente son las respuestas “no sé”, “sin opinión” o “sin comentario” (Summers, 1978).

Actitud de las madres hacia la lactancia materna.

Es la respuesta expresada de la madre sobre la disposición que tiene para dar la lactancia materna al niño.

La maternidad: el vínculo con el bebe

Las primeras caricias

- El proceso de crear lazos afectivos con el nuevo bebe comenzó mucho antes del parto. Sin embargo, todo lo que sucede durante el nacimiento puede tener un poderoso efecto en los sentimientos de la madre por su nuevo bebe.
- Los primeros estudios sobre el vínculo de la madre y el bebé informaban que las nuevas madres acogían a su bebe acariciándolo primero cautelosamente con las yemas de los dedos y después estrechándolo piel contra piel. Si la madre abraza a su bebe, cubiertos los dos por una manta, él bebe no necesita ningún calentador externo, la madre es su calentador como debe ser. El nacimiento de él bebe tiene también una enorme importancia para su padre. Cuanto más participe el padre, mejor.
- Los bebes tiene un interés innato en establecer contacto visual a una distancia de unos treinta centímetros que es la distancia entre los ojos de la madre y él bebe que está mamando (Northrup, 1999).

La leche de formula frente a la leche materna

- En los años cuarenta, la alimentación del bebe se convirtió en «científica». La esterilización de los pezones de la madre, de los biberones y de todo lo demás, y la profesión médica como grupo, regalaron la lactancia natural a una categoría inferior. Una goma dura y resistente vino a remplazar el cálido pezón humano. Se puso horario y tiempo de duración a la lactancia.
- El fallecido James Grant, defendió con mucha precisión la lactancia natural cuando dijo: «los bebes que son alimentados con leche materna presentan menor índice de muerte así mismo disminuye el riesgo de padecer meningitis,

leucemia infantil y otros cánceres, diabetes, enfermedades respiratorias, infecciones bacterianas y víricas, enfermedades diarreicas, otitis media, alergias, obesidad y retraso en el desarrollo. Las mujeres que no amamantan presentan un mayor riesgo de padecer cáncer de mama y ovario».

- La naturaleza ha dispuesto las cosas de modo que cuando se pone al pecho al bebé inmediatamente después del parto, el acto de succionar estimula a la pituitaria de la madre a secretar las hormonas oxitocina y prolactina. La prolactina induce el comportamiento maternal, así como la producción de leche; estas hormonas disponen el escenario para la adecuada producción de leche.
- La mayoría de mujeres tienen que regresar al trabajo cuando él bebé tiene seis semanas de edad lo cual hace más difícil amamantarlo (Northrup, 1999).

Seno frente al biberón

- El consenso creciente es que el alimento del seno es superior al alimento preparado, pero el aumento de madres trabajadoras ha significado la reducción del alimento del seno para los bebés. La tendencia actual en las madres trabajadoras es la alimentación del bebé mediante el seno durante los primeros meses para establecer un sistema inmunitario y pasar el alimento preparado una vez que han vuelto al trabajo (Aguas, Amaro, Amigó, Ampudia, Tomás, et al; 1999).

Las madres y el apego

- La sensibilidad de las madres hacia las necesidades y deseos de sus hijos son la marca distintiva de un apego seguro. Una madre así tiende a estar consciente del estado de ánimo de su hijo y toma en cuenta los sentimientos de este al interactuar con él. También es responsiva de las interacciones cara

a cara, le da alimentación “según lo demanda” y es cálida y afectuosa con su bebe.

- Actualmente, se considera que el apego es susceptible a las normas y expectativas culturales. Las diferencias transculturales y dentro de la cultura en torno al apego reflejan la naturaleza y las expectativas de las diversas culturas (Feldman, 2008).

Recién nacidos y sus padres

- El nacimiento no es una transición mayor, no sólo para él bebe sino también para sus padres. De pronto casi todo su tiempo y energía se dedican a esta persona recién llegada a sus vidas. En especial cuando se trata de su primer hijo, un recién nacido implica demandas insistentes que desafían la capacidad de los padres para afrontar la situación. Al mismo tiempo los padres comienzan a familiarizarse con el nuevo miembro de la familia y desarrollar vínculos familiares (Papalia, Wendkos y Duskin, 2009).

CAPITULO III MARCO CONTEXTUAL TOLUCA

Denominación y toponimia

El municipio de Toluca está situado en el extenso valle al cual ha dado nombre; antiguamente la región era designada con la voz náhuatl *Matlazinco*, “En la redecita”, según la define el padre Garibay cuya opinión contradice la de Robelo; para el segundo de ellos el significado sería “En donde moran los *matlatzintli*”, es decir “los de las redecillas” o bien los “pescadores” (Sánchez, Sánchez, 1999).

Localización

El municipio tiene como coordenadas extremas el paralelo 19° 04´y el 19° 28´ de latitud norte, así como el meridiano 99° 31´y el 99° 47´de longitud oeste del meridiano de Greenwich.

Ubicación

El municipio de Toluca, uno de los 122 de que se compone el estado de México, es cabecera del Distrito Judicial y Rentístico que lleva su nombre.

La cabecera municipal, también residencia de los poderes estatales, se denomina oficialmente Toluca de Lerdo. Se localiza a 67 kilómetros de la capital de la república.

• Límites

El municipio colinda con los siguientes: al norte, con Almoloya de Juárez, Temoaya, Otzolotepec y Xonacatlán; al este, con Xonacatlán, Lerma, San Mateo Atenco y Metepec, y al oeste, con Zinacantepec y Almoloya de Juárez.

• Extensión

El territorio municipal está ocupado por la cabecera municipal con sus 88 sectores, 24 pueblos con su correspondiente delegación y 29 subdelegaciones. Su superficie total es de 420.14 kilómetros cuadrados.

Medio físico

Clima y temperatura

Toluca es considerada una ciudad fría; tanto por la altura sobre el nivel del mar como también por la presencia de la elevación más importante de la entidad; el “Xinantecatl o Nevado de Toluca”.

En el municipio se presentan tres tipos de climas predominando el templado subhúmedo, el cual está presente en gran parte del territorio municipal (cabecera municipal y el resto de las localidades; a excepción de Santiago Tlacotepec y San Juan Tilapa), con una temperatura promedio de 13.7° C, una máxima de 30° C y mínima de 1.7° C.

El clima frío se localiza en la cima del volcán Nevado de Toluca, cuya temperatura media anual oscila entre los 0° C y 4° C (Sánchez y Sánchez, 1999).

Flora y fauna

Flora

La flora del municipio está, compuesta por bosques de pino, aile, ocote y oyamel, entre otras.

Fauna

Actualmente se encuentran las siguientes especies: codorniz, alerquín, chara enana, venado cola blanca, conejo de las nieves o teporingo, correcaminos y mapache, aunque están siendo reducidas cada vez más.

Orografía

El nivel volcánico más importante es el Xinantécatl o Nevado de Toluca, formado por emisiones alternas de productos piroclásticos y derrames. En la parte central, junto a la cabecera municipal, se alza un sistema de cerros con ramificaciones. Está formado por los cerros de Huitzila, Cóporo, Zopilocalco, Toloche y San

Miguel, que al suroeste y oeste forman La Teresona, una colina en declive que se conecta en uno de sus extremos con el pequeño cerro de Coatepec; en el centro de la ciudad se alza el Calvario.

Hacia el sur de la cabecera está el cerro de Tlacotepec; al norte el de Miltepec y el de Santa Cruz, en cuyo lomerío se unen la Teresona y el Tenishmo o cerro de Calixtlahuaca. Describiendo una elevación hacia el suroeste se encuentra una cadena de lomas que culmina en el cerro de Tecaxic.

Hidrografía

El río Xicualtenco o Verdiguél cruza la cabecera municipal y desemboca en el río Lerma. El río Tecaxic, se alimenta de algunos arroyos como el de San Marcos y otros temporales.

Además de cinco manantiales: Terrilleros, El Cano, Agua Bendita, Zacango y las Conejeras; 101 pozos que abastecen a la zona urbana y rural; 24 arroyos de corrientes intermitentes; 61 bordos, 2 lagunas, 2 acueductos y 20 presas de almacenamiento (Instituto Nacional para el Federalismo y Desarrollo Municipal, s/f).

Población

De acuerdo a datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), citados en el Plan de Desarrollo Municipal de Toluca 2016-2018, en el Municipio de Toluca se registran 873,536 habitantes el cual representa el 5.4% de la población estatal el 47.9% de la población total son hombres y el 52.1% son mujeres; la relación de hombres mujeres refiere que por cada 100 mujeres hay 92 hombres.

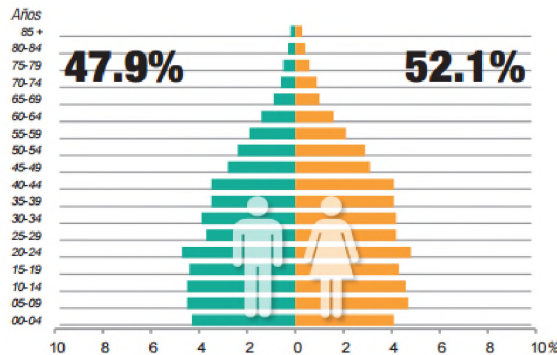


Figura 6. Población (INEGI 2015)

La edad media de la población es de 28 años o menos, y existen 48 personas en edad de dependencia por cada 100 en edad productiva.

Situación conyugal

EL 44.6% de la población es casada, el 34.8% soltera, 11.1% vive en unión libre, el 3.3% es separada, un 1.8% es divorciada, el 4.3% es viuda y el 0.1% no específico.

Fecundidad y mortalidad

El promedio de hijos nacidos vivos es de 1.5%; mientras que el porcentaje de hijos fallecidos es del 2.9% en mujeres de 15 a 49 años de edad.

Afiliación a servicios de salud

En el municipio de Toluca, se cuenta con una población de 873 mil 536 habitantes, de los cuales 732 mil 139 tienen seguridad social, lo que equivale al 83.8 por ciento del total de la población, lo que indica que el 16.18 por ciento de la población se encuentra carente de protección de salud institucional.

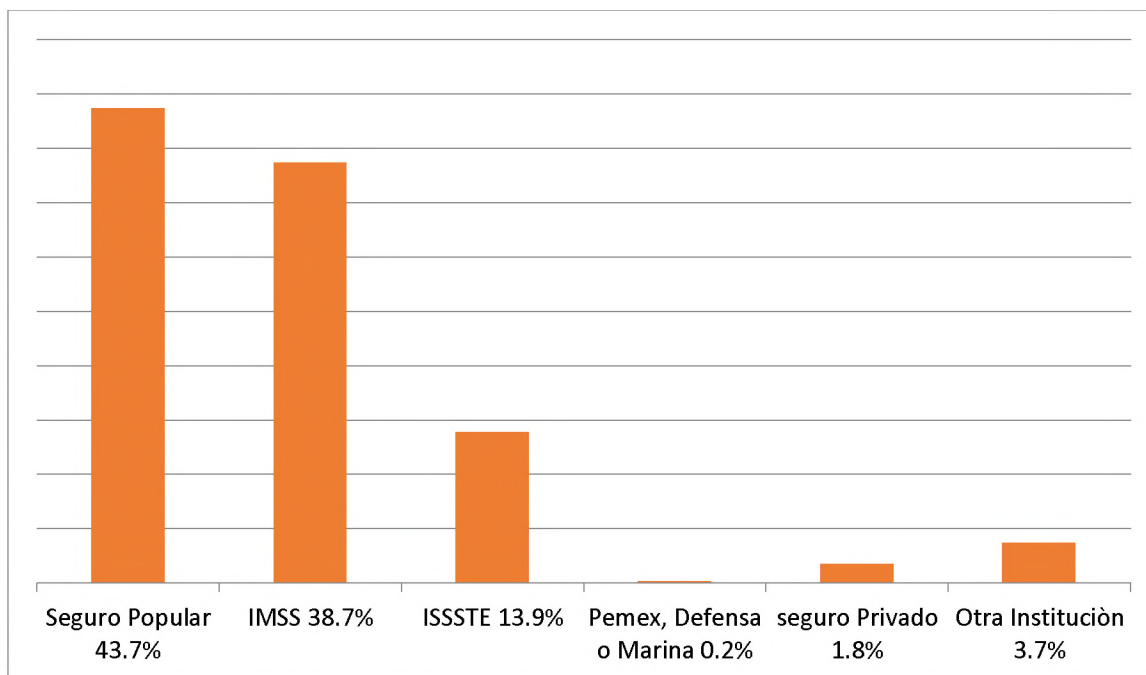


Figura 7. Afiliación a servicios de salud (INEGI 2015)

Infraestructura en salud

En el municipio de Toluca se asientan 107 unidades médicas, donde el 90% de ellas presenta la tipología de consulta externa, un importante 6% a hospitalización especializada o de tercer nivel, mientras que el restante 4% corresponde a hospitalización general.

Para poder hacer frente a los problemas de salud que se puedan presentar en el municipio, de las 96 unidades de consulta externa, Toluca opera 11 de ellas como Sistemas Integrales de Atención Médica Asistencial (SIAMAS), los cuales brindan atención multidisciplinaria integral a las familias vulnerables del municipio, con énfasis en la prevención y detección oportuna de enfermedades, así como en atención médica, nutricional y asistencial.

Los SIAMAS están distribuidos en el territorio municipal y cuentan con una cobertura total de 349 mil 312 habitantes con seguro popular y sin seguridad social, lo que representa un 40 por ciento de la población total de Toluca,

precisando que el resto de esta población es atendida por las unidades de primer nivel de la Jurisdicción Sanitaria de Toluca.

Por esta razón resulta importante identificar que las unidades médicas cuenten con el número suficiente de camas para albergar y atender a personas que lo requieran. Para ello del total de camas censables en las unidades médicas del Estado de México (8 mil 606), el 14.5 por ciento que corresponde a 1 mil 249 camas se encuentran en el municipio de Toluca.

Cabe mencionar que de las 1 mil 249 camas censables en el municipio de Toluca, 402 camas pertenecen a Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), 0 Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM), 232 al Instituto Materno Infantil del Estado de México (IMIEM), 357 al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 0 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y 258 camas Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el umbral mínimo aceptable es un médico por cada mil habitantes, situación que Toluca rebasa, presentando un médico por cada 259 habitantes, cifra que denota por lo menos en términos cuantitativos una atención más directa hacia la población con signos de morbilidad.

Asimismo, el municipio de Toluca, cuenta con 3 907 enfermeras de las cuales 1768 laboran en ISEM, 33 en DIFEM, 667 en IMIEM, 817 en IMSS, 26 en ISSSTE y 596 en ISSEMYM (INEGI, 2015)

Morbilidad

En el municipio de Toluca, las enfermedades más tratadas son los padecimientos crónicos no transmisibles y sus complicaciones más comunes son: insuficiencia renal el cual afecta a 1901 hombres y 1732 mujeres, apendicitis 431 hombres y 448 mujeres, neumonía e influenza 321 hombres y 274 mujeres.

Mortalidad

Respecto a las causas de mortalidad en el municipio de Toluca, en el año 2013, de acuerdo a estadísticas de la Dirección de Información en Salud 2014, el 16 por ciento de las muertes en el municipio de Toluca correspondieron a enfermedades del corazón, el 15.5 por ciento a Diabetes mellitus y el 10.4 por ciento a tumores malignos, 5.4 por ciento a influenza y neumonía y 4.2 por ciento a enfermedades cerebrovasculares

Características económicas

En una población de 12 años y más de personas económicamente activas corresponde a un porcentaje del 52.3 % de ellos el 36% son mujeres y el 64% hombres. El 47.2% son personas económicamente no activas de ellos un 37% son estudiantes, 45.3% personas dedicadas a los quehaceres del hogar, 6.1% jubilados o pensionados, 2.7% personas con alguna limitación física o mental que les impide trabajar y el 8.9% personas en otras actividades no económicas (Plan de Desarrollo Municipal de Toluca, 2016-2018).

METODOLOGIA

Enfoque metodológico del estudio: Cuantitativo que para (Hernández, Fernández, y Baptista, 2010) usa la recolección de datos para probar una hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

Tipo de estudio: correlacional con estudio transversal pues de acuerdo al periodo y secuencia la información será recolectada en un único momento (Hernández, et al., 2010).

Línea de investigación: salud comunitaria

Universo: 500 madres que acuden a un hospital de Toluca que se encuentran amamantando.

Tipo de muestra: no probabilística a conveniencia del investigador.

Muestra: 100 madres

Criterios de inclusión: mujeres que se encuentren amamantando a lactante menor en un hospital de Toluca y que hayan firmado previamente el consentimiento informado para esta investigación.

Criterios de exclusión: se excluyen a aquellas madres que no quieran participar dentro de la investigación, mujeres que amamenten a lactante mayor a seis meses de nacido

Técnica de recolección de datos: encuesta

Instrumentos de recolección de datos: se utilizó un cuestionario elaborado en Colombia, con una escala tipo Likert que para (Hernández, et al., 2010) es un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes. Es decir, se presenta cada afirmación y se

solicita al sujeto que externe su reacción eligiendo uno de las categorías de la escala, en la cual se evaluó la actitud de las mujeres hacia la lactancia materna en un hospital de Toluca. El instrumento constó de 18 ítems, que contiene tres apartados abarcando datos sociodemográficos, datos del lactante menor y los ítems; teniendo tres opciones de respuesta de acuerdo, indiferente y en desacuerdo, donde:

De acuerdo equivale a 1 punto en el ítem 1, 3, 4, 6, 7, 8, 12, 14, 17 y 18, que se interpreta como correcto.

En desacuerdo equivale a 0 el ítem: 2, 5, 9, 10, 11, 13, 15, y 16, que se interpreta como incorrecto.

Indiferente equivale a 0 que se interpreta como incorrecto.

Los cuales se evaluará su actitud con la puntuación obtenida que de 0-9 puntos es una actitud de rechazo, 10-13 actitud neutral y de 14 a 18 actitud de aceptación.

Procedimiento de la investigación

Fase teórica: Para estructurar el marco referencial se recabo información de diversas fuentes bibliográficas en la Facultad de Enfermería y Obstetricia, Geografía, Ciencias de la Conducta y Biblioteca Central, se consultaron bases de datos como Redalyc, Scielo, manuales, tesis y normas oficiales mexicanas. Las palabras clave para la búsqueda de información fueron: lactancia materna, actitud, lactante y leche humana de acuerdo a la Biblioteca Virtual de Salud (BVS).

Fase empírica: Se realizaron las encuestas a población abierta en el exterior de un hospital de Toluca, para poder hacer la aplicación del instrumento a las madres en proceso de amamantar que acudieron a dicho hospital, y recolectar datos para la investigación.

Fase analítica: Los resultados obtenidos se capturaron en una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 20 para obtener medidas de tendencia

central, (media, desviación estándar, frecuencia y porcentaje) y de correlación (chi cuadrada) para reflejar los resultados obtenidos con la investigación, mediante tablas y así realizar su interpretación.

Aspectos bioéticos de la investigación

La presente investigación se fundamenta de acuerdo en la Declaración de Helsinki siendo esta una referencia en cuanto a las normas éticas que guían la investigación clínica.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en el título segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos capítulo I, artículo 16 en la presente investigación se resguardara la integridad de las personas que participen en la investigación protegiendo la privacidad de cada individuo, según al artículo 17 dentro de la investigación no existe riesgo ya que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio.

Conforme con el título II capítulo IV de la investigación en mujeres en edad fértil, embarazadas, durante el trabajo de parto, puerperio, lactancia y recién nacidos; de la utilización de embriones, óbitos y fetos y de la fertilización asistida, en el artículo 50 las investigaciones en mujeres el puerperio se permitirán cuando no interfieran con la salud de la madre y del recién nacido y artículo 51 Las investigaciones en mujeres durante la lactancia serán autorizadas cuando no exista riesgo para el lactante o cuando la madre decida no amamantarlo, se asegure su alimentación por otro método y se obtenga la carta de consentimiento informado.

Conforme al Título V, Investigación para la Salud, Capítulo único, artículo 100 de la Ley General de Salud la investigación en seres humanos se desarrollará conforme a lo siguiente, se deberá contar con el consentimiento 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.

Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

RESULTADOS

La edad de las madres que participaron en la investigación son 31% de 15-20 años, un 29% de 21-25, 21% de 26-30, 9% de 31-35 y de 36 a más el 10%; obteniendo una media de edad de 24.83 con una desviación estándar ± 6.52 con un mínimo de 15 años y un máximo de 41 años. El estado civil de las mujeres a las cuales se les realizó la encuesta corresponde a un 40% casada, 18% es soltera y 42% vive en unión libre. La escolaridad de las participantes comprende a 1% analfabeta, 44% tiene la secundaria concluida, 30% preparatoria, 19% carrera técnica y el 6% tiene una licenciatura. La ocupación de las encuestadas es de 44% ama de casa, 8% comerciante, 21% empleada, 7% es obrera y el 20% se encuentran estudiando.

63% de las madres participantes residen en la Ciudad de Toluca, 8% en Temoaya, 6% es de Lerma de Villada, 5% en Xonacatlán, y 18% proviene de otros municipios del Estado de México (Tabla No. 1).

Tabla No. 1 Datos sociodemográficos de las mujeres que asisten a un Hospital de Toluca

Datos sociodemográficos	n=100	
	Frecuencia	%
Edad		
15-20	31	31.0
21-25	29	29.0
26-30	21	21.0
31-35	9	9.0
36-41	10	10.0
Estado Civil		
Casada	40	40.0
Soltera	18	18.0
Unión Libre	42	42.0
Escolaridad		
Analfabeta	1	1.0

Secundaria	44	44.0
Preparatoria	30	30.0
Carrera Técnica	19	19.0
Licenciatura	6	6.0
Ocupación		
Ama de casa	44	44.0
Comerciante	8	8.0
Empleada	21	21.0
Obrera	7	7.0
Estudiante	20	20.0
Residencia		
Toluca de Lerdo	63	63.0
Temoaya	8	8.0
Lerma de Villada	6	6.0
Xonacatlán	5	5.0
Otros Municipios	18	18.0

Fuente: Base de datos.

La edad de los hijos de las encuestadas 4% tiene 1 mes de vida, 19% tiene dos meses, 20% 3 meses, 39% de los lactantes tiene 4 meses, 15% 5 meses y el 3% tiene 6 meses de edad. 40% de las madres indican que alimentan a sus hijos exclusivamente del seno materno, 55% da alimentación materna complementando con sucedáneos, mientras que el 5% refiere dar formula a los lactantes (Tabla No. 2).

Tabla No. 2 Datos del lactante menor y tipo de lactancia

Edad del lactante menor	n=100	
	Frecuencia	%
1 mes	4	4.0
2 meses	19	19.0
3 meses	20	20.0
4 meses	39	39.0
5 meses	15	15.0
6 meses	3	3.0
Tipo de lactancia		
Lactancia materna exclusiva	40	40.0
Lactancia materna complementaria	55	55.0
Fórmula	5	5.0

Fuente: Base de datos.

El resultado final para la medición de la actitud de las mujeres hacia la lactancia materna fue de una actitud neutral siendo un máximo y teniendo un porcentaje de 49% en la investigación realizada, con un mínimo del 22% siendo la actitud de rechazo (Tabla No.3).

Tabla No. 3 Tendencia de la actitud de las mujeres hacia la lactancia materna

Tipo de actitud	n=100	
	Frecuencia	%
Actitud de rechazo	22	22.0
Actitud neutral	49	49.0
Actitud de aceptación	29	29.0

Fuente: Base de datos.

En base a los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas a mujeres que se encuentran amamantando se observa una mínima de 3 respuestas correctas y un máximo de 18, con una media de 11.51 y una desviación estándar ± 3.03 (Tabla No. 4)

Tabla No. 4 Actitud de las mujeres hacia la lactancia la lactancia materna

Variable	Correcto		Incorrecto	
	Frec	%	Frec	%
Durante los seis primeros meses de vida, el bebé debe ser alimentado sólo con leche materna para ser sano, fuerte e inteligente.	95	95	5	5
La leche de vaca alimenta mejor al bebé que la leche materna	76	76	24	24
La lactancia materna a libre demanda y exclusiva previene un nuevo embarazo	52	52	48	48
La madre que amamanta tiene menos posibilidades de padecer cáncer de mama que la madre que no amamanta.	75	75	25	25
La leche artificial es la mejor para las madres que trabajan o estudian	54	54	46	46
Dar lactancia materna ayuda a la madre a sentirse feliz y realizada.	83	83	17	17
La leche materna le ahorra tiempo y dinero a la familia	94	94	6	6
El bebé debe ser alimentado con leche materna desde que nace	96	96	4	4
Dar lactancia materna al bebé es doloroso	60	60	40	40
Un ambiente tranquilo y agradable no es importante para dar de lactar.	36	36	64	64
La lactancia del seno materno malogra el cuerpo de la	52	52	48	48

madre				
No todas las mamás tienen suficiente leche para dar de lactar.	55	55	45	45
La leche materna se puede contaminar cuando se conserva en el refrigerador	40	40	60	60
El bebé cuando toma el pecho de su madre, recibe amor, seguridad y afecto	80	80	20	20
El estado de ánimo de la madre influye poco para que tenga más leche.	28	28	72	72
A algunas madres no les agrada dar de lactar a su hijo	18	18	82	82
El cansancio, la falta de apoyo, la tensión de la madre interfiere con la lactancia materna.	73	73	27	27
Si la madre tiene que ausentarse de casa por estudio o por trabajo debería de extraerse manualmente su leche y conservarla en refrigeración	84	84	16	16

Fuente: Base de datos.

De acuerdo con los datos obtenidos se observa una correlación entre la edad por mes del recién nacido y el tipo de lactancia donde al primer mes de edad 3% de las madres practican la lactancia materna exclusiva, mientras que 1% complementa la lactancia materna con sucedáneos; al segundo mes de vida 8% practica la lactancia materna exclusiva, 9% complementaria y 2% de las mujeres alimentan a los lactantes exclusivamente con formula, a los tres meses 8% sigue con la lactancia materna exclusiva y 12% complementaria; al cuarto mes 18% proporciona lactancia materna exclusiva, mientras que 18% complementa la lactancia materna y 3% solo dan formula; al quinto mes de edad 3% continua la lactancia materna exclusiva, un 12% complementa la alimentación de seno materno y al sexto mes 3% brinda lactancia materna complementaria (Tabla No. 5).

Tabla No. 5 Relación de edad del lactante menor y tipo de lactancia

n= 100				
Tipo de lactancia				
Edad del recién nacido	Lactancia materna exclusiva	Lactancia materna complementaria	Fórmula	Frecuencia
1 mes	75%	25%	0	4
2 meses	42%	47%	11%	19
3 meses	40%	60%	0	20
4 meses	46%	46%	8%	39
5 meses	20%	80%	0	15
6 meses	0	100%	0	3

Fuente: Base de datos.

Referente a la ocupación de las madres se puede observar que las amas de casa son las que en mayor porcentaje 27% mantiene la lactancia materna exclusiva, 16% de manera complementaria, mientras que 1% da formula; las madres que se dedican al comercio solo 2% proporciona lactancia materna exclusiva y 6% complementaria, las empleadas 3% brinda lactancia materna exclusiva, 17% complementaria y solo el 1% da formula; el 4% de las madres obreras ofrece lactancia materna exclusiva, mientras que 3% complementaria y las madres que se encuentran estudiando 4% da lactancia materna exclusiva, 13% lactancia materna complementaria y 5% proporciona formula (Tabla No. 6).

Al establecer prueba de Chi² se encontró correlación estadísticamente significativa entre la ocupación y tipo de lactancia ($p \leq 0.003$).

Tabla No. 6 Relación entre la ocupación de la madre y tipo de lactancia del lactante menor

n= 100				
Ocupación	Tipo de lactancia			Frecuencia
	Lactancia materna exclusiva	Lactancia materna complementaria	Formula	
Ama de casa	27.0	16.0	1.0	44
Comerciante	2.0	6.0	0.0	8
Empleada	3.0	17.0	1.0	21
Obrera	4.0	3.0	0.0	7
Estudiante	4.0	13.0	3.0	20
Total	40.0	55.0	5.0	100

Fuente: Base de datos.

DISCUSIÓN

Con base en los resultados obtenidos en este estudio existe una asociación directa y significativa con respecto entre la práctica de la lactancia materna y la ocupación de la madre en los resultados las amas de casa dan lactancia exclusivamente del seno materno más que las que estudian o trabajan, ya que se dedican a labores del hogar; por lo tanto no tienen compromisos fuera de casa lo que les permite pasar más tiempo con los lactantes, y así mismo poderles brindar una lactancia materna exclusiva, los resultados obtenidos en esta investigación que se realizó en un Hospital de Toluca más de la cuarta parte de las encuestadas se dedica a labores del hogar siendo quien proporcionó lactancia materna exclusiva a los lactantes, este resultado coincide con un estudio realizado en la Cuidad de la Habana Cuba en el que la ocupación de la madre tiene gran influencia en la lactancia materna ya que de 32 madres trabajadoras un poco menos de la cuarta parte lactaron y la mínima parte no lo hicieron. Las madres estudiantes fueron 15 donde un poco porcentaje lactaron y escasas mujeres no lo llevaron a cabo, de 73 amas de casa más de la mitad dio la lactancia materna exclusiva (Gutiérrez, Barbosa, González, Martínez, 2001).

La OMS promueve la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida y con alimentación complementaria hasta los dos años del niño. En los resultados obtenidos se observa que de los lactantes de un mes de edad, la tercer parte, son en mayor porcentaje exclusivamente alimentados con lactancia materna, mientras una cuarta parte su alimentación es complementaria con sucedáneos. Sin embargo a nivel mundial únicamente más de una tercera parte de los bebés son amantados durante sus primeros cuatro meses de vida (Bouquet, Pachajoa, 2011).

Con respecto a la situación que se vive frente al uso de sucedáneos en la población que acude a un hospital de Toluca encontramos que más de la mitad de

las participantes hacen uso de fórmulas lácteas aun teniendo la información sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva; estas observaciones pueden estar influenciadas por la industria farmacéutica y factores sociales tales como la industrialización, urbanización, práctica hospitalaria, desinformación de las madres, publicidad de alimentos infantiles e incorporación de la madre al trabajo (Gutiérrez, et al., 2001).

La comercialización de fórmulas va dirigido a señalar que, después de la leche materna, su producto es el mejor y más parecido presentándose como la segunda opción y compitiendo por obtener poder sobre los padres y promotores de la salud (Parrilla, Gorrín, 2000)

Con respecto a la actitud de las mujeres hacia la lactancia materna se observa una predisposición de algunos aspectos desfavorables, con una actitud de neutralidad hacia la lactancia materna, estos aspectos pueden ser modificados mediante estrategias de promoción para la salud; similar a esto un estudio realizado por Vázquez (2012) en Colombia reportaron una actitud medianamente favorable hacia la lactancia materna en la mitad de sus participantes.

CONCLUSIONES

La mayoría de las mujeres participantes tienen de 21 a 25 años de edad, el estado civil que predomina es unión libre, la mayoría de las participantes cuentan con una escolaridad nivel básico, más de la tercera parte de las participantes son amas de casa; con residencia en la ciudad de Toluca en su mayoría.

La edad promedio del lactante menor que se encontró en los resultados es de 4 meses de edad.

Un poco menos de la mitad de las madres que participaron en la investigación muestran una actitud neutral, que beneficia la lactancia materna exitosa, en los resultados obtenidos en esta investigación las madres comenzaron a abandonar la lactancia materna al quinto mes de vida del recién nacido omitiendo las recomendaciones de la OMS.

Las madres que estudian o trabajan tienden a abandonar precozmente la lactancia materna, muchas veces obligadas a incorporarse a la vida laboral y/o estudiantil.

Las madres no están de acuerdo en que la leche artificial sea la mejor opción para las mujeres que trabajan o estudian, por lo contrario concuerdan que si la madre tiene que ausentarse deberán extraerse manualmente su leche y conservarla en refrigeración, además de que esta acción ahorra dinero y tiempo a la familia.

SUGERENCIAS

Implementar un espacio donde las madres puedan extraerse y conservar la leche que se extraigan manualmente para después poder transportarla a su hogar y proporcionársela al recién nacido.

Mejorar la calidad del asesoramiento sobre de tema de lactancia materna por parte del equipo de salud.

Fomentar grupos prenatales de promoción hacia la lactancia materna en los hospitales de atención a mujeres en edad reproductiva.

Enfatizar los beneficios de la lactancia materna para informar y concientizar a la población en general, en especial a las mujeres embarazadas.

Proponer y fortalecer futuras intervenciones sobre la lactancia materna para que el personal de salud facilite suficiente información no solo a la mujer sino a toda la familia durante el embarazo, parto y puerperio

Tener mayor control del uso de formula lácteas y que estas sean adquiridas bajo prescripción médica.

FUENTES DE CONSULTA

- Aguas, S.J., Amaro, F., Amigó, E., Ampudia, M. S., Ballesteros, M. C., Bargada, M., et al., (1998), Actitudes educativas trastornos del lenguaje y otras alteraciones en la infancia y la adolescencia, Edit. Laertes, Barcelona España.
- Aguayo, M. J, Gómez, P.A, Hernández, A.M.T, Lasarte, V.J.J, Lozano, T. M.J, Pallas, A.C.R (2008), Manual de lactancia materna de la teoría a la práctica [en línea], primer edición, Edit. Médica Panamericana, España, consultado: el 02 de marzo de 2016, <https://books.google.com.mx/books?id=Ulxyj72VZD0C&printsec=frontcover&dq=lactancia+materna&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjipbCV46zLAhWCVz4KHftOCQIQ6AEIHzAB#v=onepage&q=lactancia%20materna&f=false>
- Avila, V.E., 2014, Ley para la protección, apoyo y promoción a la lactancia materna del estado de mexico [en linea], Gobierno del Estado de Mexico. Consultado el: 7 de noviembre de 2016. Disponible en: <http://legislacion.edomex.gob.mx/.../ley/vig/leyvig218.pdf>
- Barón, R. A., Byrne, D., (2005), Psicología social, décima edición, Edit. Pearson Pentrice Hall, España.
- Barranca, J, (2008), Bases sociales de la conducta, Edit. CCS, Madrid
- Behrman, E.R, Kliegman, M.R, Jenson, B.H, Stanton, F.B, Geme, W.J, Schor, F.N (2013), Tratado de pediatría, 18 edición, Edit. Elsevier, España.
- Buquet, D.I., Pachajoa, L. R., 2011, Lactancia materna versus lactancia artificial en el contexto colombiano, Rev. Población y Salud en Mesoamérica, vol. 9, núm. 1, pp. 1-16. Consultado el: 26 de octubre 2016. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44618728003>

- Burciaga, T.M.A, Bernabe, G.M, Delgadillo, P.J.R, Cruz, O.G.A, (2013), Lactancia materna: madre con enfermedad tratada con medicamentos [en línea], CENETEC, México, consultado: el 29 de marzo de 2016, http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_637_13_LACTANCIAMATERNA/637GER.pdf
- Camargo, F.F.A, Latorre, L.J.F, Porras, C.J.A (2011), Factores asociados al abandono de La lactancia materna exclusiva, Revista Hacia la Promoción de la Salud, vol. 16, núm. 1, pp. 56-72, consultado el: 26 de febrero de 2016, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126695005>
- Cerda, L.M., (2011), Lactancia materna y gestión del cuidado, Revista Cubana de Enfermería, vol. 27, núm. 4. Consultado el: 01 de noviembre de 2016. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192011000400010&lng=es&tlng=es
- Declaración del Helsinki de la AMM (2008). "Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos" (en línea). Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policias/b3/>
- Delgado, B.A, Arroyo, C.L.M, Díaz, G.M.A, Quezada, S.C.A (2006), Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención, Boletín médico del Hospital Infantil de México, vol. 63, núm. 1, pp. 31-39. Consultado el: 27 de febrero de 2016, http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S1665-11462006000100005&script=sci_arttext
- Díaz, G. M., Gómez, G. C., Ruiz, G. M. J., (2006), Tratado de enfermería de la infancia y adolescencia, Edición especial, Edit. Mc Graw Hill, España.
- Feldman, R. S., (2008), Desarrollo en la infancia, cuarta edición, Edit. PEARSON Pentrice Hall, México.

- Fernández M. C. E, Garrido, T.F.J, Gutiérrez, M.M.M, Hurtado S.F, Martínez M.E, Martínez, P.M, et al., (2015), Guía de lactancia materna, Edit. Complejo Hospitalario Universitario Granada y Distrito Granada Metropolitana, España. Consultado el: 01 de septiembre de 2016. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/guia_lactancia.pdf
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (2012), Lactancia materna, Honduras, (en línea). Disponible en: <http://www.unicef.org/ecuador/lactancia-materna-guia-1.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (s/f) Lactancia materna, Consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.HTML
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Ministerio de Salud de la Nación, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, (2013), Lactancia promoción y apoyo en un Hospital amigo de la madre y del niño, [en línea]. Consultado el: 28 de octubre de 2016. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.HTML
- Franzoi, S. L., (2007), Psicología social, cuarta edición, Edit. Mc Graw Hill Interamericana, México.
- Games, E. J., y T. G Troconis (2013), Introducción a la pediatría, octava edición, Edit. Méndez, México
- Gutiérrez, G. A. E., Barbosa, R. D., González, L. R., Martínez, F. O., 2001, Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna, Rev. Cubana Enfermer, vol. 17, no. 1, pp. 42-46. Consultado el: 26 de octubre de 2016. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192001000100007

Hernández, A. M. T., González, L. E., Bustinduy, B. A., Arana, C. A., Martínez, H. M. B., Blanco, V. A., García, R. M. I., Aguirre, P. E., Cárcamo, G. G., 2009, Centros de Salud IHAN (Iniciativa de Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia). Una garantía de calidad, Rev Pediatr Aten Primaria, vol.11 no.43, pp.513-529. Consultado el: 28 de octubre de 2016. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009004400112

Hernández, S. L., Fernández, C. C., y L. P. Baptista (2010), Metodología de la de investigación, quinta edición, Edit. Mc Graw Hill Interamericana, España.

Ibañez, G. T., Botella, M. M., Domenech, A. M., Samuel, L. J. F., Martínez, M. L. M., Palli, M. C., et al., (2004), Introducción a la psicología social, primera edición, Edit. UOC, España

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (2015), Panorama Sociodemográfico del Estado de México, México. Consultado el: 05 de septiembre de 2016. Disponible en: http://fcps.uaq.mx/descargas/ineg_encuesta_intercensal_2015/Panorama%20Sociodemogr%C3%A1fico%202015.pdf

Instituto Nacional para el Federalismo y Desarrollo Municipal, (s/f). Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México. Estado de México, Toluca de Lerdo. Consultado el: 7 de Septiembre de 2016. Disponible en: <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM15mexico/municipios/15106a.html>

Kliegman, R. M., Stanton, B. F., Behrman, R.E., Schor, N. F., y J.W Geme, (2013), *Tratado de pediatría*, 19 edición, Edit. Elsevier, España

Lawrence, A.R, Lawrence, M.R (2007), Lactancia materna una guía para la profesión médica [en línea], sexta edición, Edit. Elsevier Mosby, España, consultado: el 02 de marzo de 2016,

<https://books.google.com.mx/books?id=AHVQYoWIIKEC&printsec=frontcover&dq=lactancia+materna&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjipbCV46zLAhWCVz4KHftOCQIQ6wEIGzAA#v=onepage&q=lactancia%20materna&f=false>

Ley General de Salud (2012), Título quinto, (en línea). Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

Manual de Lactancia Materna, Lactancia Materna, 2010, Ministerio de Salud. Consultado el: 08 de septiembre de 2016. Disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2009/11/manual_lactancia_materna.pdf

Martínez, M.R (2009), Salud y enfermedad del niño y del adolescente, sexta edición, Edit. Manual Moderno, México.

Morales, F. J., Gaviiria, E., Moya, M., Cuadrado, M., (2007), Psicología social, tercera edición, Edit. Mc Graw Hill, España

Myers, D. G., León, R. J. M., Barriga, J.S., Gómez, D.T., González, G. B., Medina, A.S., y F. J. S. Cantero, (2003), Psicología social, octava edición, Edit. Mc Graw Hill, México.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, *Para la atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio, y de la persona recién nacida*, Secretaria de salud. Consultado: 31 de Octubre de 2016. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

Northrup, C., (1999), Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer, Edit. Urano, España.

Paez, R. D., Fernández, S. I., Ubillos, L.S., y E. Zubieta, (2005), Psicología social, cultura y educación, Edit. Pearson, España.

Papalia, E. D., Wendkos, O. S., Duskin, F. R., (2009), Psicología del desarrollo, undécima edición, Edit. Mc Graw Hilla Interamericana, México.

Parrilla, R. A. M., Gorrin, P. J. J., 2000, Aspectos éticos en la promoción de la lactancia humana y el amamantamiento, PRHSJ, No. 2, vol. 19, pp. 145-151 Consultado el: 26 de Octubre 2016. Disponible en: www.draparrilla.com/pdf/aspectos-eticos-lactancia.pdf

Plan de Desarrollo Municipal, (2016-2018), Gaceta Municipal Especial. Disponible en:

<http://187.174.218.158/sitios/transparencia/datos/fraccion%20IX/actividades/Plan%20de%20Desarrollo%20Municipal%20de%20Toluca%202016-2018.pdf?iframe=true&width=100%&height=900>

Quintero, F. E.J., Roque, P. P., Mella, Q. S. F, 2014, Posiciones correctas y un buen agarre al amamantar: clave del éxito en la lactancia materna, Rev. Medcentro electrónica, vol.18, pp. 156-162. Consultado el: 09 de septiembre de 2016. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000400003

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (1984). Titulo segundo, (en línea), Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Rodríguez, L.L, (2014), 'Factores Asociados al Abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en Mujeres Derechohabientes de la Ciudad de Córdoba Veracruz', Especialista en Medicina Familiar, Universidad Veracruzana, Córdoba, Veracruz.
<http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Leonardo.pdf>

Sánchez, G. A., Sánchez, A. A., (1999), Toluca monografía municipal, Editorial de la administración pública Estatal, primer edición, México.

- Sánchez, M. M. L., (2014), Semana Mundial de la Lactancia Materna, Edit. Subdirección de Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Salud Reproductiva, [en línea], Veracruz. Consultado el: 28 de octubre de 2016. Disponible en: <http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2014/08/SemanaLactanciaMaterna.pdf>
- Summers, G. F., (1978), Medición de actitudes, primer edición, Edit. Trillas, México.
- Tomas, J, (1999), Actitudes educativas, trastornos del lenguaje y otras alteraciones en la infancia y en la adolescencia, Editorial Laeters, Barcelona España.
- Treviño, G (2009), Pediatría, segunda edición, Edit. Mc Graw Hill, México DF.
- Vázquez, D. R. P, 2012, Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis, 2009, especialista en enfermería en salud pública, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú
- Villanueva, P (2013), Retrocede en el país lactancia materna, [en línea], El Mañana, 06 de enero, consultado: el 26 de febrero de 2016, <http://www.insp.mx/noticias/nutricion-y-salud14/2623-indice-lactancia-materna-mexico-baja-79-puntos-porcentuales.html>

ANEXOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO



Facultad de Enfermería y Obstetricia

Licenciatura en Enfermería

**“ACTITUD DE LAS MUJERES HACIA LA LACTANCIA MATERNA EN UN
HOSPITAL DE TOLUCA”**

Objetivo: Analizar el tipo de actitud de las mujeres hacia la lactancia materna en un hospital de Toluca.

Fecha:

Estado civil:

Edad:

Ocupación:

Nivel máximo de estudios:

Lugar donde vive:

Edad del R.N:

Tipo de lactancia:

Instrucciones: En cada uno de los siguientes enunciados marque con una X según lo que considere.

DA: De acuerdo

I: Indiferente

ED: En desacuerdo

Medición de la Actitud de la madre hacia la lactancia materna (Escala modificada tipo Likert)

No.	Enunciado	DA	I	ED
1	Durante los seis primeros meses de vida, el bebé debe ser alimentado solo con leche materna para ser sano, fuerte e inteligente.			

2	La leche de vaca (maternizada, evaporada, etc.) alimenta mejor al bebé que la leche materna.			
3	La lactancia materna a libre demanda y exclusiva previene un nuevo embarazo.			
4	La madre que amamanta tiene menos posibilidades de padecer cáncer de mama que la madre que no amamanta.			
5	La leche artificial es la mejor para las madres que trabajan o estudian.			
6	Dar de lactar ayuda a la madre a sentirse feliz y realizada.			
7	La leche materna le ahorra tiempo y dinero a la familia.			
8	El bebé debe ser alimentado con leche materna desde que nace.			
9	Dar de mamar al bebé es doloroso.			
10	Un ambiente tranquilo y agradable no es importante para dar de lactar.			
11	La lactancia materna malogra el cuerpo de la madre.			
12	No todas las mamás tienen suficiente leche para dar de lactar.			
13	La leche materna se puede contaminar cuando se conserva en la refrigeradora.			
14	El bebé cuando toma el pecho de su madre, recibe amor			

	seguridad y afecto.			
15	El estado de ánimo de la madre influye poco para que tenga más leche.			
16	A algunas madres no les agrada dar de lactar a su hijo.			
17	El cansancio, la falta de apoyo, la tensión de la madre interfiere con la lactancia materna.			
18	Si la madre tiene que ausentarse de casa por estudio o por trabajo debería de extraerse manualmente su leche y conservarla en la refrigeradora.			

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE
MÉXICO**

**Facultad de Enfermería y Obstetricia
CONSENTIMIENTO LIBRE INFORMADO**



Usted está siendo invitado a participar en este estudio de investigación titulado: Actitud de las mujeres hacia la lactancia en un hospital de Toluca que tiene como objetivo analizar el tipo de actitud de las mujeres hacia la lactancia materna que acuden a un hospital de Toluca

Los beneficios para la profesión son: fundamentar las acciones y estrategias para fomentar la lactancia materna a través de la cual se verán beneficiados las familias principalmente los niños.

Su participación en esta investigación consistirá en: proporcionar información acerca de su actitud hacia la lactancia materna.

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria, no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación, si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no lo solicite, informando las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad, en el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

La información obtenida en este estudio, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores. No tiene riesgo su participación, la publicación de los datos se realizara con o sin nombres como usted lo prefiera.

Usted recibirá una copia de este consentimiento, que cuenta con el teléfono, e-mail y dirección del investigador pudiendo aclarar sus dudas sobre el proyecto y su participación, ahora y en cualquier momento.

Yo _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entendiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Nombre y firma del participante

Fecha

Nombre y firma del investigador

E-mail

Tel.

Maria de los Angeles Cabrera Rodríguez mary.angie.13@hotmail.com
7221410051

Alma Beatriz Hernandez Moreno betty892@hotmail.com 7225738631

Erika Martinez Gonzalez erikamtzuaem@hotmail.com 7227175781



8.11 Carta de Cesión de Derechos de Autor: Evaluación Profesional

Facultad de Enfermería y Obstetricia
Subdirección Académica
Departamento de Evaluación Profesional



Versión Vigente No. 00

Fecha: 22/05/2014

CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

El que suscribe Maria de los Angeles Cabrera Rodriguez Autor(es) del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de tesis con el título Actitud de las mujeres hacia la lactancia materna en un hospital de Toluca, por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México; manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en Toluca, Estado de México para ser evaluada con el fin de obtener el Título Profesional de Licenciado en enfermería.

Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma NO EXCLUSIVA, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

Se firma presente en la ciudad de Toluca, Estado de México, a los 9 días del mes de noviembre de 2016.

Maria de los Angeles Cabrera Rodriguez
Nombre y firma de conformidad



8.11 Carta de Cesión de Derechos de Autor: Evaluación Profesional

Facultad de Enfermería y Obstetricia
Subdirección Académica
Departamento de Evaluación Profesional



Versión Vigente No. 00

Fecha: 22/05/2014

CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

El que suscribe Erika Martinez Gonzalez Autor(es) del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de tesis con el título Actitud de las mujeres hacia la lactancia materna en un hospital de Toluca, por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México; manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en Toluca, Estado de México para ser evaluada con el fin de obtener el Título Profesional de Licenciado en enfermería.

Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma NO EXCLUSIVA, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

Se firma presente en la ciudad de Toluca, Estado de México, a los 9 días del mes de noviembre de 2016.

Erika Martinez Gonzalez
Nombre y firma de conformidad



8.11 Carta de Cesión de Derechos de Autor: Evaluación Profesional

Facultad de Enfermería y Obstetricia
Subdirección Académica
Departamento de Evaluación Profesional



Versión Vigente No. 00

Fecha: 22/05/2014

CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

El que suscribe Alma Beatriz Hernandez Moreno Autor(es) del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de tesis con el título Actitud de las mujeres hacia la lactancia materna en un hospital de Toluca, por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México; manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en Toluca, Estado de México para ser evaluada con el fin de obtener el Título Profesional de Licenciado en enfermería.

Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma NO EXCLUSIVA, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

Se firma presente en la ciudad de Toluca, Estado de México, a los 9 días del mes de noviembre de 2016.

Alma Beatriz Hernandez Moreno
Nombre y firma de conformidad