“INTERVENCIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LACTANCIA MATERNA EN MADRES ADOLESCENTES”

TRABAJO FINAL DE GRADO PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN ENFERMERÍA.

ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA (EBE) PARA EL MEJORAMIENTO DEL CUIDADO.

AUTORA:
FRANCISCA GONZÁLEZ ADONIS

GUÍA DE TRABAJO FINAL DE GRADO:
MAGDALENA SILVA AGUAYO
ANGÉLICA MOSQUEDA DÍAZ

VIÑA DEL MAR - CHILE
MARZO 2020

INFORME DE EVALUACIÓN TRABAJO FINAL DE GRADO

La Comisión Evaluadora del Trabajo Final de Grado comunica a la Directora de la Escuela de Enfermería, de la Facultad de Medicina, que el Trabajo Final de Magíster presentada por la candidata: Francisca González Adonis, ha sido aprobada en el examen de defensa de Trabajo Final de Grado, rendido el día…….del mes……. de año……., como requisito para optar al grado de Magíster en Enfermería, para que así conste para todos los efectos firman:

Comisión Evaluadora:

Profesor/a Guía de Trabajo Final de Grado: Magdalena Silva Aguayo / Angélica Mosqueda Díaz
Firma: _____

Firma: _____

Profesor/a Corrector/a de Trabajo Final de Grado:
Firma: _____

Profesor/a Corrector/a de Trabajo Final de Grado:
Firma: _____

Profesor/a Presidenta/a de la Comisión:
Firma: _____

Profesor/a Ministro/a de Fe:
Firma: _____

INDICE GENERAL

CONTENIDOS

INFORME DE EVALUACIÓN TRABAJO FINAL DE GRADO i

LISTA DE ABREVIATURAS vii

RESUMEN viii

ABSTRACT x

AGRADECIMIENTOS xi

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción..... 1

1.2 Objetivo General…….. 3

1.3 Objetivos Específicos……... 3

CAPITULO 2: MARCO REFERENCIAL

2.1 Marco Empírico…… 5

2.1.1 Antecedentes del problema……. 5

2.1.2 Antecedentes de la institución……..... 8

2.1.3 Rol de Enfermería……... 16

2.1.4 Caracterización de la población a intervenir: madres adolescentes……. 21

2.2 Marco Teórico…….. 21

2.2.1 Conceptos asociados a la Lactancia Materna…… 21

2.2.2 Conceptos asociados a la adolescencia, madres adolescentes y su influencia en la Lactancia Materna…… 26

2.2.3 Conceptos asociados a la Promoción de la lactancia materna…… 30

2.2.4 Modelo de Promoción de la Salud aplicado a la Lactancia Materna en madres adolescentes……... 31

CAPITULO 3: PROBLEMATIZACIÓN

3.1 Resumen de la situación problema……... 40

3.2 Pregunta Clínica Estructurada……..... 40
3.3 Análisis formato PICO/R……. 40
3.4 Tipo de Pregunta…….. 40

CAPITULO 4: METODOLOGÍA

4.1 Estrategia de Búsqueda……..... 42
4.2 Estrategia de Selección…… 42
4.3 Estrategia de Análisis……..... 43
4.4 Características de artículos analizados..... 46

CAPITULO 5: ANÁLISIS DE RESULTADOS.....

5.1 Artículos cuantitativos de intervención comunitaria..... 53
5.2 Artículos cuantitativos de intervención hospitalaria..... 66
5.3 Artículos cuantitativos de intervención mixta..... 75
5.4 Artículos cualitativos de intervención comunitaria..... 77
5.5 Artículos cualitativos de intervención hospitalaria..... 83
5.6 Resumen de Resultados..... 88

CAPÍTULO 6: RECOMENDACIONES DE CUIDADOS BASADOS EN EVIDENCIA.

6.1 Recomendaciones..... 91
6.2 Proceso de Validación de recomendaciones..... 103

CAPÍTULO 7: PROPUESTA DE IMPLEMENTACION Y EVALUACIÓNDE RECOMENDACIONES

7.1 Estrategias Transversales..... 108
7.2 Estrategias Específicas con intervenciones previa implementación..... 110
7.3 Factores favorecedores y entorpecedores para la implementación y 113
Propuesta de resolución.....
7.4 Propuesta de evaluación de implementación de recomendaciones..... 119

7.5 Cronograma de implementación y evaluación de recomendaciones..... 121

CAPÍTULO 8: CONCLUSIONES FINALES..... 126

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 130

ANEXOS

Anexo 1: Proceso de validación recomendaciones Proyecto: “Intervenciones para promover la lactancia materna en madres adolescentes..... 140

INDICE DE TABLAS

TABLA

TABLA Nº1: Cobertura de Lactancia Materna (LME) en menores de 6 meses de vida..... 6

TABLA Nº2: Cobertura de Lactancia Materna (LME) en menores de 6 meses de vida..... 6

TABLA N°3: Población Adolescente bajo control CESFAM Marcelo Mena..... 8

TABLA Nº4: Certificación de acreditación según nivel de establecimientos de salud..... 10

TABLA Nº5: Pasos para el cumplimiento de acreditación IHAN Atención Abierta..... 10

TABLA Nº6: Distribución de artículos seleccionados según base de datos..... 43

TABLA Nº7: Síntesis de artículos analizados..... 47

TABLA N°8: Resumen de principales resultados..... 88

TABLA N°9: Resultados proceso de validación de recomendaciones..... 104

Tabla N°10: Factores que influyen en la implementación de estrategias..... 113

Tabla N°11: Evaluación de Implementación de recomendaciones..... 119

INDICE DE FIGURAS

FIGURA

FIGURA N°1: Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender..... 32
FIGURA Nº2: Estrategia de selección y análisis de artículos..... 45
FIGURA N°3: Características de artículos analizados..... 46

LISTA DE ABREVIATURAS

APS: Atención Primaria de Salud

CESFAM: Centro de Salud Familiar

CONALMA: Comisión de Lactancia Materna

CORMUVAL: Corporación Municipal de Valparaíso

CSI: Control de Salud Infantil

EBE: Enfermería Basada en la Evidencia

ENALMA: Encuesta Nacional de Lactancia Materna

GALM: Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna

HCVB: Hospital Carlos Van Buren

IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia

LM: Lactancia Materna

LME: Lactancia Materna Exclusiva

LMELD: Lactancia Materna Exclusiva a Libre Demanda

MPS: Modelo de Promoción de la Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organización No Gubernamental

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

RESUMEN

Introducción: Actualmente la lactancia materna, cuenta con variadas estrategias de promoción en atención primaria, secundaria y terciaria. En el CESFAM Marcelo Mena, el cual se proyecta a ser un Centro amigo de la madre y del niño/a, estas estrategias, no se encuentran específicamente destinadas a madres adolescentes, no considerando la etapa de vida ni las características físicas, psicológicas y sociales de ellas, teniendo como resultado una baja cobertura de lactancia en este grupo, por lo cual se plantea la siguiente pregunta clínica ¿Cuáles son las mejores intervenciones para promover la lactancia materna en madres adolescentes que podrían incorporarse para aumentar la lactancia materna en ese grupo etario?.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos originales en las bases de datos: Web of Science CUIDEN, EBSCO, PubMed – NCBI, SciELO y metabuscador Biblioteca Virtual en Salud, durante el mes de Julio de 2019. Los descriptores utilizados en inglés y español fueron Adolescente / Adolescent y Lactancia materna / Breast Feeding, filtrando los manuscritos de los últimos cinco años. Tras la aplicación de criterios de exclusión e inclusión fueron seleccionados 20 artículos que contribuyeron a responder la pregunta clínica.

Resultados: Los artículos seleccionados se caracterizaron por ser investigaciones cuantitativas y cualitativas, correspondientes a intervenciones comunitarias, hospitalarias y mixtas. Los años de publicación fluctuaron entre 2014 y 2018, destacando que entre los países de origen se encuentran, Estados Unidos, Brasil, Bangladesh, Etiopía, Noruega, Iraq, España y Costa Rica. Surgen 7 recomendaciones, entre las que destacan, la creación de un programa educativo prenatal y post natal específico para madres adolescentes, asesoramiento en lactancia entre pares adolescentes, favorecer inicio de lactancia materna durante la primera hora postparto, que centros educacionales cuenten con espacio, mobiliario y vestimenta adaptada para adolescentes en periodo de lactancia, entre otras. Los resultados dieron cuenta, que las intervenciones necesarias de realizar, involucran al

nivel primario y terciario de salud, además, del nivel educacional, lo cual, se fundamenta en que la responsabilidad de proteger y promocionar el amamantamiento, es de la sociedad en su conjunto.
Palabras Claves: Adolescente, Lactancia Materna, Enfermería (DeCS Bireme).

ABSTRACT

Introduction: Currently breastfeeding, has varied promotion strategies in primary, secondary and tertiary care. In the CESFAM Marcelo Mena, which is projected to be a center that is friendly to the mother and the child, these strategies are not specifically intended for teenage mothers, not considering the stage of life or the physical, psychological and social characteristics of these, resulting in low breastfeeding coverage in this group, which raises the following clinical question: What are the best interventions to promote breastfeeding in adolescent mothers that could be incorporated to increase breastfeeding in that age group?

Methodology: A bibliographic search of original articles in the databases was carried out: Web of Science CUIDEN, EBSCO, PubMed - NCBI, SciELO and metasearch Virtual Library in Health, during the month of July 2019. The descriptors used in English and Spanish They were Adolescent / Adolescent and Breastfeeding / Breast Feeding, filtering the manuscripts of the last five years. After applying exclusion and inclusion criteria, 20 articles were selected that contributed to answering the clinical question.

Results: The selected articles were characterized as quantitative and qualitative research, corresponding to community, hospital and mixed interventions. The years of publication fluctuated between 2014 and 2018, standing out among the countries of origin are the United States, Brazil, Bangladesh, Ethiopia, Norway, Iraq, Spain and Costa Rica. There are 7 recommendations, among which stand out, the creation of a specific prenatal and post-natal educational program for adolescent mothers, breastfeeding counseling among adolescent peers, favoring the beginning of breastfeeding during the first hour postpartum, that educational centers have space, furniture and clothing adapted for lactating teenagers, among others. The results realized that the interventions necessary to carry out, involve the primary and tertiary level of health, in addition to the educational level, which, is based on the responsibility of protecting and promoting breastfeeding, is the society as a whole.

Keywords: Adolescent, Breastfeeding, Nursing (DeCS Bireme).

AGRADECIMIENTOS

Como autora del presente Proyecto, deseo agradecer en primera instancia a mis Colegas y Profesoras Guías, Magdalena Silva Aguayo y Angélica Mosqueda Díaz, quienes me han brindado el apoyo y las herramientas necesarias para llevar a cabo el presente Proyecto Final de grado.

Por otra parte, quiero agradecer a la Corporación Municipal de Valparaíso, específicamente a la Nutricionista Claudia Novoa, Coordinadora de Lactancia Materna y Programas Alimentarios, Enfermera Tamara Vargas, Encargada de Lactancia Materna, Programa Chile Crece Contigo, Infancia y Adolescencia del Centro de Salud Familiar Marcelo Mena y a la Matrona Marycarmen Gonzalez, Encargada del Programa Chile Crece Contigo, Hospital Carlos Van Buren, por confiar en el proyecto y brindarme todo el apoyo e información necesaria para su realización.

CAPÍTULO 1
INTRODUCCIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN

Actualmente, tanto a nivel mundial como a nivel nacional, es reconocida la importancia e impacto de la lactancia materna (LM), tanto para el niño/a, la madre, familia y sociedad, más aún, no sólo los beneficios en los ámbitos físicos, sino también, psicológicos y socioculturales, lo cual, ha contribuido en las últimas décadas, a que se transforme en un importante indicador, que refleja el nivel de bienestar de una sociedad en su conjunto (1).

Es por ello, que para promocionar la práctica de amamantamiento, existen diversas estrategias en los diferentes niveles de atención, tanto primario, secundario como terciario. Dichas estrategias, han contribuido notoriamente al aumento de las tasas de lactancia, sin embargo, apuntan a madres en general, sin diferenciación de edad, es decir, no se encuentran destinadas específicamente a madres que cursan la adolescencia, quienes representan un mayor porcentaje de abandono de la práctica durante esta etapa de vida (2).

En este sentido, la adolescencia es considerada una etapa compleja, en la cual el individuo transita por diversos cambios físicos, psicológicos y emocionales, dando paso a diversas confusiones, pero también, a la toma de importantes decisiones (2). Por su parte, la adolescente que es madre, necesita vivir esta etapa como una más de su vida, ya que la maternidad no la convierte en una mujer adulta, no encontrándose aún preparada, para lograr importantes metas, asumir su sexualidad, su salud reproductiva, autocuidado y relaciones afectivas con la familia, con su pareja y con su hijo/a (3). Lo anterior, se convierte en desafíos que las jóvenes nunca han abordado y las llevan a sentirse recargadas de tareas, además de una carga emocional muy fuerte, lo que constituye un gran riesgo para el inicio y mantención de la lactancia materna, lo cual, impacta negativamente a nivel biológico y emocional, no sólo a la adolescente, sino también a su hijo/a (4).

En base a lo anterior y respecto al nivel nacional, los datos correspondientes a la Encuesta Nacional de Lactancia Materna (ENALMA), correspondiente al año 2013, dan cuenta que Chile alcanza un 53% de prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses,

mientras que hasta los doce meses sólo alcanza a un 36%. Asimismo, la región de Valparaíso cuenta con el 55% de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses.
En cuanto a la población adolescente que amamanta, los datos de ENALAMA, no aportan información diferenciada por grupo etario, solo señala en términos generales que las madres menores de 18 años corresponden al 8% a nivel nacional (5).

El presente proyecto se contextualiza en el Centro de salud familiar Marcelo Mena, perteneciente a la comuna de Valparaíso, el cual se proyecta a ser una Institución acreditada como Amigo de la Madre y del niño/a, sin embargo, las intervenciones de promoción de lactancia materna no se encuentran adaptadas o destinadas a las madres adolescentes, teniendo como resultado una baja cobertura de lactancia en este grupo, lo cual hace de suma necesidad, buscar las mejores intervenciones para la promoción de la lactancia materna en las madres adolescentes y sus familias.

Como estrategia de aporte a la problemática planteada, se utiliza la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) como una herramienta, que contribuye a la solución de problemas surgidos en la práctica diaria, considerando durante todo el proceso al usuario/a, ofreciéndoles los mejores resultados posibles, acorde a la información científica disponible, que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de las situaciones de salud y que considere la mejor administración de los recursos, los menores inconvenientes y costos para el usuario y para la sociedad en su conjunto. Así mismo, la ejecución de la EBE estimula a los profesionales de Enfermería a investigar, favoreciendo y demostrando soluciones para el conocimiento disciplinar y su práctica, aportando a la autonomía del conocimiento Enfermero y visualizándose como una disciplina productora del saber, competencias necesarias para un cuidado excelente que disminuirá la variabilidad de la práctica clínica (6). Asimismo, desde la Disciplina de Enfermería, existe el Modelo de Promoción de la Salud (MPS), enunciado por Nola Pender, el cual, pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno, cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud, enfatizando el nexo entre características personales, experiencias, conocimientos,

creencias y aspectos situacionales, vinculados con los comportamientos o conductas, con el fin, de comprender y promover las actitudes, motivaciones y acciones de las personas, particularmente a partir del concepto de autoeficacia para el logro de una conducta promotora de la salud (7), convirtiéndose de igual manera, en una herramienta que aporta a mejorar la problemática planteada.

En consecuencia a la problemática anterior y al aporte de la Enfermería Basada en la Evidencia como estrategia, se plantea la siguiente pregunta clínica: **¿Cuáles son las mejores intervenciones para promover la lactancia materna en madres adolescentes que podrían incorporarse para aumentar la lactancia materna en ese grupo etario?**

De acuerdo a ello, se plantearon los siguientes objetivos:

1.2 Objetivo General

- Generar recomendaciones basadas en la evidencia que contribuyan a promover el inicio y mantención de la lactancia materna en madres adolescentes.

1.3 Objetivos Específicos

- Describir la estrategia de búsqueda bibliográfica y seleccionar la mejor evidencia que aporte a la promoción de lactancia materna en madres adolescentes.
- Analizar los resultados aportados por la evidencia que dan respuesta a la problemática.
- Proponer recomendaciones basadas en la evidencia que permitan hacer intervenciones que promuevan la lactancia materna en madres adolescentes.
- Validar las recomendaciones propuestas con agentes claves vinculados a la lactancia materna.
- Describir una propuesta de implementación y evaluación de las recomendaciones planteadas en base a la evidencia.

CAPÍTULO 2
MARCO REFERENCIAL

2. 1 MARCO EMPÍRICO

2.1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

En las últimas décadas, la lactancia materna (LM) se ha transformado en un importante indicador que refleja el nivel de bienestar de una sociedad en su conjunto. En este sentido, la recomendación actual de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las madres, es practicar la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los seis meses, sin otros líquidos ni alimentos sólidos adicionales que no sean medicamentos o vitaminas. Después de esa edad, es posible introducir alimentos complementarios adecuados según la edad del niño/a, pero la lactancia a libre demanda debe continuar hasta que el niño/a tenga dos años o más si es que así se decide (1,8).

Asimismo, diversas investigaciones a nivel internacional, dan cuenta que durante la etapa de adolescencia, existe un mayor porcentaje de abandono de la lactancia materna por parte de las madres pertenecientes a este grupo, en comparación con madres de edad adulta (1,2).

En este sentido y a nivel nacional, el único dato existente corresponde a la Encuesta Nacional de Lactancia Materna (ENALMA) correspondiente al año 2013, la que surge como iniciativa desde la Comisión de Lactancia Materna (CONALMA), liderada por el Ministerio de Salud y el Programa Nacional de Salud de la Infancia, para determinar la prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) hasta los seis meses. Esta encuesta, presenta que Chile alcanza una prevalencia de LME hasta los seis meses de 53% y que la lactancia hasta los 12 meses llega sólo a un 36%. Asimismo, la Región de Valparaíso alcanza el 55% de LME hasta los seis meses, siendo levemente superior al promedio nacional (5). Es importante destacar que esta encuesta no aporta información caracterizada por grupo etario, sino que, solo señala que en términos generales las madres menores de 18 años corresponderían el 8% a nivel nacional.

TABLA Nº1: Cobertura de Lactancia Materna (LME) en menores de 6 meses de vida (Mes de Enero a Diciembre 2018) [*]

Nivel	Porcentaje
Nacional	56%
Comunal	57.55%

La tabla anterior, muestra que a nivel comunal hasta el año 2018, Valparaíso cuenta con una cobertura de niños/as menores de 6 meses con LME de 57.55%, presentando un aumento en comparación con los datos aportados en la última encuesta a nivel nacional.

TABLA Nº2: Cobertura de Lactancia Materna (LME) en menores de 6 meses de vida (Año 2018) [**]

Nivel	Porcentaje
Nacional	56%
CESFAM Mena	62.25%

La tabla anterior, muestra que el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Marcelo Mena, durante el año 2018 presenta una cobertura de LM superior a la nacional en aproximadamente 6%.

Si bien, ambos datos han aumentado, es importante mencionar que no existe información tanto a nivel comunal como institucional, respecto al porcentaje de cobertura de LM en madres adolescentes[**].

[*] Estadística Dirección Área de Salud Corporación Municipal de Valparaíso año 2018.
** Estadística Local Centro de Salud Familiar Marcelo Mena año 2019.

Es importante recalcar que las madres adolescentes, son mujeres jóvenes que necesitan vivir la etapa de adolescencia como una etapa más de su vida, teniendo en cuenta que la maternidad no la convierte en mujer adulta. Considerando además, que es una mujer que en un corto tiempo, debe asumir su sexualidad, salud reproductiva, autocuidado, relaciones afectivas familiares, de pareja y además, con su hijo/a. Sin duda, todo lo anterior son tareas y desafíos que las jóvenes nunca han abordado y lleva a estas madres adolescentes a sentirse recargadas de trabajo y con una carga emocional muy fuerte lo que constituye un gran riesgo para el inicio y mantención de la lactancia materna (9).

Asimismo, y considerando que un hijo/a de madre adolescente ya es vulnerable, que este no sea alimentado con LM traería consigo diversas consecuencias entre las cuales destacan: mayor riesgo de mortalidad infantil, padecimiento de enfermedades como gastroenteritis, leucemia, enterocolitis necrotizante, enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, infecciones respiratorias altas y bajas, bronquiolitis, otitis media aguda, atopías, rinitis, alergias alimentarias y asma. Con respecto a las tasas de obesidad estas son significativamente mayores en niños/as no alimentados con leche materna por lo que estaría expuesto a problemáticas asociadas a la malnutrición por exceso en un mediano plazo y a enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión, diabetes mellitus tipo II y dislipidemia (3,4).

En conjunto con lo anterior, en niños/as no alimentados con lactancia materna, existiría un mayor riesgo de deglución atípica, disfunción masticatoria, dificultadas de la fono articulación, y una alteración de la postura corporal, entre otras. Además se produce un incremento del riesgo de respiración bucal, la cual lleva a una ventilación inadecuada, aumento de las infecciones respiratorias, disminución de la audición, alteración del desarrollo torácico y de la postura corporal y alteración del desarrollo máxilo-facial (10).

Se ha demostrado que la ausencia de LM también podría generar alteraciones de la oxigenación y termorregulación infantil, además de mayor riesgo de una relación vincular inefectiva entre la madre y el niño/a, más aún, si es el caso de una madre adolescente (10).

En relación a esto, el papel del Profesional Enfermera (o) en la promoción de LM en madres adolescentes, es de suma importancia, siendo una disciplina que ejerce con el enfoque de curso de vida, logrando identificar, incentivar y orientar sobre los beneficios del amamantamiento materno o motivos que pueden contribuir para el destete precoz previniéndolo. Con ello, en el caso de madres adolescentes, se favorecerá al inicio de la LM precozmente y la adquisición de autoconfianza en su capacidad de amamantar, entendiendo a la joven de manera integral en todas sus dimensiones y no únicamente biológica, en conjunto con asegurar que el niño/a reciba el alimento más completo y nutritivo que se le puede entregar (11).

2.1.2 ANTECEDENTES DE LA INSTITUCIÓN

El Centro de Salud Familiar (CESFAM) Marcelo Mena, es de tipo urbano y se encuentra ubicado en la comuna de Valparaíso. Su radio de atención se divide en los siguientes sectores:

- Sector amarillo o sector 18 que comprende los Cerros: Cárcel, Yungay, San Juan de Dios, Alegre, la Loma y Jiménez.
- Sector azul o sector 27 que comprende los Cerros: Monjas, Mariposas, Florida, y Bellavista

TABLA Nº3: Población Adolescente bajo control CESFAM Marcelo Mena**

Adolescentes	Hombre	Mujer	Total
Adolescentes de 10 a 14 años	106	132	238
Adolescentes de 15 a 19 años	36	54	90
Adolescentes de pueblos originarios	2	4	6
Adolescentes Inmigrantes	0	4	4
Total de Adolescentes	144	184	328

** Estadística Local Centro de Salud Familiar Marcelo Mena año 2019.

La tabla anterior, muestra que según los últimos registros, la población total inscrita es de 26.326 habitantes, de los cuales 12.472 (47.4%) son hombres y 13.854 (52.6%) son mujeres, destacando que la población adolescente alcanza las 328 personas **.

De acuerdo a los lineamientos nacionales el CESFAM se encuentra preparando su postulación para acreditar como Centro amigo de la madre y del niño/a para el año 2020. Cabe destacar en este contexto, que en Chile, sólo el CESFAM Las Américas, ubicado en la región del Maule, cuenta con dicha acreditación.

Lo anterior, se enmarca en la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), dada a conocer en 1991 por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), visualizada como un sistema de resguardo a la calidad de las prácticas clínicas en LM realizada por el equipo de salud, que promueven y protegen la lactancia en un contexto hospitalario y ambulatorio, contribuyendo a la salud de la diada (madre-hijo-hija), sus familias, la sociedad y el medio ambiente (12).

La IHAN se define como "un proceso periódico de evaluación del cumplimiento de estándares mínimos señalados en los pasos IHAN, según el tipo de establecimiento y a la complejidad de este". La certificación propone una "cultura de la lactancia materna" que tenga sostenibilidad en el tiempo en cada tipo de institución de salud, dando cumplimiento a los pasos donde se incluye el Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (13).

Su Propósito, es contribuir a la nutrición segura y óptima para el recién nacido y lactantes a través de la protección y promoción de la LM, asegurando el uso adecuado de sucedáneos de la leche materna, cuando estos sean necesarios, con sólidos conocimientos científicos actualizados de los equipos de salud, entregando a las mujeres y sus familias, el apoyo e información necesaria para proteger la lactancia hasta por dos años o más. El Objetivo es velar que los establecimientos cumplan los criterios globales planteados por OMS/ UNICEF, establecidos como valores mínimos exigibles en las prestaciones de los

hospitales con servicios de maternidad, pediatría y/o neonatología, así como, en centros de atención primaria de salud, garantizando la calidad en la atención que se ofrece en la red asistencial (13).

Chile ha adaptado estos 10 pasos de la IHAN a la realidad asistencial nacional, creando un modelo para su evaluación y certificación, siguiendo las pautas y guías internacionales establecidas, por lo que el proceso adecúa para el país la gestión y sus instrumentos, invitando voluntariamente a los establecimientos de atención pública y atención privada a esta tarea, con el cumplimiento de 7 pasos para CESFAM y centros privados ambulatorios y 10 pasos para Hospitales Públicos, Clínicas Privadas y Hospitales de las Fuerzas Armadas, orientados en avanzar en la calidad y la capacitación de los profesionales de la salud (12, 13).

TABLA Nº4: Certificación de acreditación según nivel de establecimientos de salud.

Establecimiento	Número de Pasos
Atención Cerrada: Hospitales Públicos y Clínicas Privadas.	10 pasos IHAN
Atención Abierta: Atención Primaria de Salud y Centros privados de atención ambulatoria.	7 pasos IHAN

TABLA Nº5: Pasos para el cumplimiento de acreditación IHAN Atención Abierta.

Pasos	Establecimientos de Atención Abierta (13)
1	Disponer de una normativa escrita relativa a la lactancia materna, conocida por todo el personal.
2	Asegurar que el personal cuenta con conocimientos habilidades y competencias suficientes para apoyar a las gestantes y madres en una lactancia materna exitosa.
3	Informar en el periodo prenatal sobre la lactancia materna y analizar la importancia y el manejo de este con las gestantes y sus familias.

4	Apoyar a las madres a iniciar y mantener la lactancia y asegurar la atención ante alguna dificultad de este proceso, atendiéndolas idealmente entre las 48 a 72 horas tras el alta hospitalaria con un máximo de 7 días.
5	Apoyar a las madres que amamantan para mantener la LME durante los 6 meses de vida del hijo/a y a continuarla junto a la alimentación complementaria posteriormente (A no ser que se encuentre medicamente indicado).
6	Proporcionar un entorno receptivo y de acogida a las madres y familias de los lactantes.
7	Fomentar a colaboración entre los profesionales de salud y la comunidad a través de los talleres de lactancia y grupos de apoyo locales.

Asimismo, existen tanto a nivel comunal como a nivel institucional (específicamente del CESFAM Mena), estrategias que buscan la promoción de la LM, entre las cuales se encuentran:

Estrategias a Nivel Comunal[×]

- **Capacitación al equipo de Centros de Salud Familiar:**

  Esta estrategia, se encuentra planificada para los años 2017- 2019 y cuenta con un plan de capacitaciones que considera 2 grupos objetivos correspondientes a Profesionales para clínicas de LM y profesionales que atienden lactantes y gestantes. Además, se encuentra en proceso la capacitación de Técnicos de nivel superior monitoras de grupos de LM y técnicos que se encuentran en contacto con lactantes y gestantes. Todos los planes de capacitación anteriormente mencionados cumplen con los temas necesarios de acuerdo a su rol y función.

[×] Entrevista realizada a Coordinadora de Lactancia Materna y Programas Alimentarios, Dirección Área de Salud Corporación Municipal de Valparaíso.

- **Comités de Lactancia materna en cada CESFAM:**

  Conformación de comités de lactancia por cada CESFAM de la comuna (en total 12), los cuales se reúnen cada dos meses con la coordinadora de lactancia de la Corporación Municipal de Valparaíso (CORMUVAL), y trabajan bajo la línea de pauta de autoevaluación y monitoreo para Centro Amigo de la madre y del niño/a para la atención primaria de salud (APS).

- **Clínica de LM con enfoque multiprofesional:**

  Intervención profesional integral inmediata y de seguimiento que se encuentra en cada CESFAM, para acoger a las mujeres, sus hijos/as y familia, con dificultades en el proceso de amamantamiento, en su contexto multidimensional y con un enfoque familiar y comunitario. Los profesionales que según lineamientos ministeriales que pueden brindar atención clínica y especializada en LM son: Médico (a), Enfermera (o), Matrón (a) y Nutricionista (14). Cabe señalar, que a nivel comunal además se cuenta con Profesionales de Fonoaudiología, Educación Parvularia, Trabajo Social y Psicología. Cada profesional que participa de la clínica, recibe un total de 40 horas de capacitación en LM.

- **Sistema de Puertas Abiertas:**

  Disponibilidad de la Clínica de Lactancia para recepcionar de forma permanente a las familias que consultan por problemas asociados a la LM, en el horario de funcionamiento del CESFAM. Pueden utilizarse como medio de contacto vía telefónica o internet.

- **Derivación desde nivel primario a terciario:**

  La derivación se efectúa en situaciones de casos complejos que no puedan ser resueltos en el nivel primario de atención (Banderas rojas de alerta), como presencia de absceso mamario, baja de peso crítica del niño/a o hiperbilirrubinemia, donde el Profesional médico (a) del CESFAM evaluará y

derivará a nivel terciario de atención. Mientras que el seguimiento se realizará de 24 a 48 horas post alta en la clínica de lactancia. Sin embargo, la mayoría de los problemas o situaciones que pueden poner en riesgo la LM, tienen resolución en APS.

- **Derivación desde el nivel secundario a nivel primario:**

  La derivación de familias se efectúa por parte de la Unidad de Neonatología del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso en forma semanal a los diferentes CESFAM de la comuna, con el fin de mantener continuidad de los cuidados específicos y oportunos relacionados a la LM. La derivación se realiza en una planilla que considera antecedentes de la madre y recién nacido, condición de lactancia al alta y observaciones relativas a la LM.

  Esta estrategia se desarrolla desde diciembre del año 2018 y ha sido replicada por diferentes servicios de salud a lo largo de Chile.

- **Entrega de insumos que apoyan la LM:**

  Se trata de la entrega de una serie de insumos que apoyan las clínicas de lactancia materna o diferentes talleres. Incluye modelo de mama, extractores manuales, modelo de capacidades gástricas. Cabe señalar que el CESFAM Mena se adjudica estos insumos por la realización de buenas prácticas asociadas a la lactancia materna, donde destaca la "Tetanalgesia" utilizada en el vacunatorio de la institución desde el mes de agosto del año 2016.

- **Protocolos de LM:**

  Existen documentos de apoyo ministerial para las clínicas de LM como el portafolio de lactancia materna, orientaciones técnicas de clínicas de lactancia materna, los cuales son utilizados por los equipos. A nivel comunal se crea un protocolo metodológico de clínicas de lactancia materna el cual se encuentra a la espera de su aprobación y también se cuenta con protocolo para uso de extractores de leche materna en formato de comodato.

- **Capacitación, difusión y supervisión del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna:**
  A nivel comunal, se han ejercido esfuerzos para lograr que todos los profesionales conozcan el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna al cual Chile se encuentra adscrito. El código, prohíbe toda promoción de sucedáneos de leche materna buscando asegurar que las personas reciban información adecuada por parte del personal de salud. Por lo que cada profesional es supervisado en la atención otorgada para controlar la adherencia (15).

- **Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna (GALM):**
  Conformación de grupos tanto de profesionales como técnicos capacitados para apoyar a mujeres con problemáticas en LM.

- **Espacios amigos de la LM:**
  La comuna de Valparaíso actualmente cuenta con 8 espacios amigos de la lactancia materna, 7 de los cuales son restoranes y 1 que corresponde a un mall. Asimismo, el personal de cada espacio, es capacitado en la temática, cautelando además, que dentro de cada lugar, se obedezca la normativa y cuenten con espacios cómodos que protejan la práctica de lactancia.

Estrategias a Nivel Institucional [ϴ]

- **Reconocimiento al personal:**
  Esta estrategia se realizó por una vez en el CESFAM durante el año 2017 y consta en reconocer a todas las funcionarias que lograron mantener LM con sus hijos/as hasta los 6 meses.

ϴ Entrevista realizada a Enfermera Encargada de Lactancia materna, Programa Chile Crece Contigo, Infancia y Adolescencia CESFAM Marcelo Mena.

- **Capacitación al personal:**

  La capacitación es a todo el personal de salud del CESFAM. Consta de mínimo 20 horas y trata de diferentes temáticas referentes a la lactancia materna, como: Aspectos relevantes de la lactancia materna exclusiva, práctica de LM, problemas para amamantar y promoción de LM.

- **Educación a la comunidad:**

  Se realiza en forma permanente a través de cada atención realizada en el CESFAM a través de Control de Salud Infantil, clínica de lactancia, talleres educativos, y también fuera de este, específicamente en ferias de salud donde se busca promocionar la LM a toda la comunidad.

- **Celebración anual de la Semana Mundial de la LM:**

  Se realiza en forma anual durante la primera semana del mes de agosto. Durante esta semana, el CESFAM genera diversas instancias de promoción como educación a la comunidad en salas de espera, stand informativos, ceremonia de premiación a niños/as que han mantenido lactancia materna exclusiva los primeros seis meses, visitas a jardines infantiles.

- **Exposiciones fotográficas**

  Realización de exposiciones fotográficas que evidencien la práctica del amamantamiento. Son realizadas en conjunto con escuelas, jardines infantiles, Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) y otras instituciones interesadas. La última de ellas fue realizada el año 2017.

- **Tetanalgesia:**

  Se trata de un método de analgesia no farmacológica utilizada en lactantes, basada en la uso de LM como método para aliviar el dolor leve-moderado provocado por procedimientos (16). En el caso de CESFAM Mena, se instaura en el área de vacunatorio, desde el mes de septiembre del año 2016. Es destacable mencionar

que la unidad no cuenta con un registro del número de madres que utilizan la estrategia y tampoco del grupo etario de las mismas.

- **Manejo de redes sociales:**
  Esta estrategia busca la promoción de LM a través de información y solución de inquietudes de usuarias y familias del CESFAM. Lo realiza específicamente la encargada de LM del CESFAM, quien no cuenta con horario protegido para dar respuestas, debiendo realizarse en tiempos personales.

- **Taller de recién nacidos:**
  Realización de talleres mensuales con recién nacidos y sus cuidadoras/es con enfoque promocional a fin de resolver dudas sobre cuidados del niño/a entre ellos la lactancia materna.

Es importante destacar que, si bien existen variadas estrategias tanto a nivel comunal como a nivel institucional que buscan la promoción de la LM, no existen específicamente estrategias para madres adolescentes, es decir, que consideren características particulares del grupo etario y además favorezcan la práctica de amamantamiento.

2.1.3. ROL DE ENFERMERÍA

- **Rol Asistencial**

El Abordaje específico de la lactancia materna por la profesional enfermera/o se realiza durante:

Control de Salud Infantil (CSI).

Dentro CSI se realizan actividades que buscan detectar precoz y oportunamente cualquier anomalía o enfermedad que pudiera presentarse y afectar la LM y, en conjunto, acompañar y promover la práctica (17). En este contexto, la LM es abordada durante diferentes etapas del CSI las cuales se detallan a continuación:

Anamnesis:

Valoración

- Estado de salud del niño/a y de la familia
- Condiciones de Vivienda: existencia de un espacio cómodo para amamantar
- Composición familiar
- Necesidad de alimentación:
    - Técnica de amamantamiento: acople boca-pezón-areola, succión efectiva, sonido de deglución, eversión de labios, vaciamiento de glándulas, posición utilizada, dolor o molestias al amamantar.
    - Frecuencia de amamantamiento
    - Alimentación de la nodriza
    - Tiempo utilizado para amamantar por cada glándula
- Necesidad de eliminación:
    - Cantidad de pañales orinados en 24 horas
    - Características de orina y deposiciones.
- Necesidad de comunicación y afecto:
    - Reconocimiento de llantos en el niño o niña
    - Conductas de apego seguro
    - Planificación de la lactancia
    - Salud mental y autocuidado materno
    - Situación familiar, redes de apoyo y apoyo en la crianza (paternidad activa)

Examen físico

- Examen mamario de la madre
- Evaluación antropométrica
- Observación de técnica de amamantamiento

Intervención

Recomendaciones:

- Lactancia Materna Exclusiva a Libre Demanda (LMELD) o LM complementada con alimentación sólida según edad.
- Alimentación de la nodriza: 6 a 8 vasos de agua al día o que la madre consuma la cantidad de líquido que espontáneamente desee (en respuesta a la sed). Consumo de 3 a 4 veces en el día productos lácteos como leche, yogur, quesillo o queso fresco, de preferencia descremados. Comer al menos 2 platos de verduras y 3 frutas de distintos colores cada día. Comer legumbres al menos 2 veces por semana, en reemplazo de la carne. Comer pescado fresco, congelados o enlatado al agua, mínimo 2 veces por semana, cocido al horno, al vapor o a la plancha. Preferir pescados grasos como jurel, salmón, sardinas y atún, que aportan ácidos grasos omega 3. Recomendar el consumo de alimentos sin mensajes de advertencia (sellos).
- Extracción y conservación de leche materna de ser necesario
- Tiempo variable por cada mamada según diversos factores
- Favorecer vaciamiento de una glándula y luego la otra
- Utilizar la posición que más le acomode a la madre
- Favorecer ambiente cómodo para amamantar tanto para la madre y como para niño/a.

Clínica de LM

En base a la estrategia a nivel comunal, en el CESFAM Mena la clínica de lactancia materna replica el objetivo de prestar una atención con resolución inmediata y de seguimiento, destinada a las madres, hijos o hijas y su familia, cuyo objetivo principal es apoyar, detectar y guiar a estos, en la inducción, mantención y recuperación de la LM. Esta iniciativa promueve la superación de los problemas relacionados con el amamantamiento y previene el riesgo de alteración de la nutrición y salud de niños y niñas en su periodo de recién nacido o lactante; con el intento de promocionar la LM de forma exclusiva hasta los

6 meses y complementaria hasta los dos años (14). En ella y específicamente a nivel institucional el profesional enfermera/o para abordar la LM cumple con:

Bienvenida /Acogida:

- Acogida y valoración de inquietudes y preocupaciones respecto a la lactancia materna.

Valoración/ Anamnesis:

- Antecedentes del niño o niña y de la madre
- Identificación de antecedentes del niño/a y la madre
- Identificación de los padres

Exámenes a realizar:

- Supervisión de la técnica de amamantamiento
- Examen de mamas de la madre
- Evaluación antropométrica del niño/a.
- Examen de la boca del niño/a.

- **Rol de Gestión**

Si bien existen estadísticas con respecto al porcentaje de cobertura de lactancia materna hasta los 6 meses en el CESFAM, no existen registros específicos de cobertura de lactancia materna en madres adolescentes o abandono de esta.

Sin embargo, la encargada de lactancia del CESFAM, a través del envío por el equipo de atención a gestantes de planilla de registro de ingreso de embarazo se identifica a aquellas gestantes y madres adolescentes a las cuales cita de manera prioritaria.

- **Rol de Educación**

La profesional enfermera/o desarrolla este rol específicamente durante el control de salud infantil, en la clínica de lactancia materna y feria comunales de salud abordando los siguientes aspectos:

Control de salud infantil:

- Beneficios de la lactancia materna
- Tipos de leche
- Tipos, cambios y cuidados de las glándulas mamarias
- Producción de leche materna
- Importancia de la libre demanda
- Tiempos para amamantar
- Posiciones para amamantar
- Correcto acople y cómo favorecerlo
- Incrementos de peso esperados
- Evaluación de adecuada ingesta de leche
- Cambios en los patrones de alimentación (crisis de lactancia, huelga de lactancia).

Clínica de LM:

- Señales de hambre del niño/a
- Indicadores de un amamantamiento efectivo
- Posiciones para amamantar.

Ferias comunales de Salud:

Además el rol de educación es ejercido en diferentes ferias de salud y operativos de salud del mismo CESFAM, donde se entrega consejería y material educativo con respecto a la LM.

- **Rol de Investigación**

En el CESFAM no existe información que dé cuenta de investigación sobre lactancia materna en adolescentes. Sin embargo, se ha desarrollado un programa asociado a buenas prácticas en atención primaria de salud, la que corresponde a la estrategia de la "Tetanalgesia". Esta estrategia ha sido desarrollada desde el año 2016 en el área de vacunatorio del CESFAM, en base a las evidencias científicas que enmarcan la práctica de

amamantar como método para aliviar el dolor provocado por procedimientos dolorosos de carácter leve-moderado. Sin embargo la información no se ha sistematizado para dar cuenta de datos específicos e impacto en la población.

2.1.4 Caracterización de la población a intervenir: madres adolescentes

Actualmente el CESFAM atiende a 184 mujeres adolescentes, sin embargo no existe sistematización de información que indique cuáles de ellas son madres y cuáles de ellas amamantan. Asimismo, y según los aportes entregados por la encargada de lactancia del CESFAM, las madres adolescentes pesquisadas son mujeres que poseen una gama de problemas psicosociales como insuficiente apoyo familiar, presencia de síntomas asociados a la salud mental y uso o abuso de sustancias[ɵ].

2.2 MARCO TEÓRICO

A continuación se dan a conocer los principales conceptos relacionados a la lactancia materna en madres adolescentes y la teoría con la cual se decide relacionar.

2.2.1 CONCEPTOS ASOCIADOS A LA LACTANCIA MATERNA

La **Lactancia Materna** forma parte de un evolucionado sistema de alimentación y crianza, que en el ser humano ha sido esencial para su supervivencia como especie y su alto desarrollo alcanzado (10), constituyendo el método de alimentación que abarca todo los requerimientos nutricionales, inmunológicos, emocionales y de crecimiento del niño/a (5).

Con respecto a la fisiología de la lactancia, destaca que en la mujer entre los 10 y 12 años de edad, se inicia el funcionamiento del eje endocrino hipotálamo-hipófisis-ovario. Los folículos ováricos comienzan la secreción de estrógenos, que sumados a la acción de la hormona de crecimiento y de la insulina, determinan el inicio del crecimiento y

[ɵ] Entrevista realizada a Enfermera Encargada de Lactancia materna, Programa Chile Crece Contigo, Infancia y Adolescencia CESFAM Marcelo Mena.

maduración de la glándula mamaria. Al comenzar los ciclos ovulatorios, se inicia la producción cíclica de progesterona, que sumándose a los estrógenos, determina un nuevo crecimiento de la glándula, con formación de los primeros alvéolos. La acción continua de los estrógenos y de la progesterona determina el tamaño, firmeza, forma, pigmentación y estructura lobulillo-alveolar característica de la mama adolescente (10).

Por su parte, el período inicial del embarazo, se caracteriza por una gran proliferación de los elementos epiteliales y del sistema de conductos, por una gran actividad mitótica en los acinos y por la formación de nuevos acinos. Entre la 5ª y la 8ª semana de gestación, se aprecian cambios visibles en las mamas: aumentan notablemente de tamaño, se sienten más pesadas, la pigmentación de la areola y el pezón se intensifica y las venas superficiales se dilatan. Al término del embarazo, el volumen de cada mama crece alrededor de 225 ml debido al intenso desarrollo de los tejidos glandulares, al doble del flujo sanguíneo, a un mayor depósito de grasa y al pre-calostro. Hasta el momento del parto, la producción de grandes volúmenes de leche está inhibida por antagonismo de los esteroides placentarios, particularmente la progesterona (10,18).

La producción de leche materna se conoce como galactogénesis y se divide en 3 etapas: Lactogénesis I, lactogénesis II y Galactopoyesis. Durante la etapa de lactogénesis I, la producción de grandes volúmenes de leche está inhibida por la acción de los esteroides placentarios, por lo que la secreción es de calostro, correspondiente a la primera leche que recibe el recién nacido hasta aproximadamente el tercer día, la cual se caracteriza por ser rico en inmunoglobulinas pero escaso en cantidad. Esta etapa es estimulada por la salida de la placenta y la primera succión del niño/a (10,18).

La etapa de lactogénesis II se inicia entre el 2º y 5º día postparto, y se caracteriza por el descenso de hormonas del embarazo, comenzando la producción de leche de transición, de aspecto más amarillento, cremoso y con un alto contenido de inmunoglobulinas. Durante esta etapa, generalmente existe aumento de volumen mamario, mayor eyección de leche y sensación de llene además de tensión de las mamas (10,18).

La etapa de galactopoyesis se refiere a la mantención de la producción de leche en respuesta al vaciamiento frecuente del pecho que ocurre desde aproximadamente los 15 días de vida del recién nacido, destacando que mientras más frecuente se vacíe la glándula, mayor producción de volumen de leche habrá y por un tiempo más prolongado. Este mecanismo funciona independiente del tiempo que dure la lactancia (10,18).

Es importante mencionar, que para el inicio y mantención de la producción de leche existen mecanismos hormonales involucrados, entre los cuales se encuentran la hormona prolactina, la cual estimula la producción láctea y se caracteriza, por tener ritmo circadiano, con una mayor concentración en la noche, por lo que las mamadas nocturnas son beneficiosas en el inicio y mantención de la producción de leche. Asimismo, la hormona oxitocina es la que permite que los alveolos se contraigan y que la leche se eyecte del pecho, siendo primordial en el parto y en la lactancia e inhibiéndose con el dolor y el estrés (18).

Por todo lo anterior, es fundamental que el niño/a tenga un acople correcto a la mama ante lo cual, no debería existir dolor, siendo un acople profundo del pecho contemplando areola-pezón y no sólo este último. Además, se hace necesaria que exista en forma permanente la libre demanda, es decir, que la madre responda a las necesidades de su hijo/a amamantándolo ante signos de hambre y no, en relación a una frecuencia rígida marcada por un horario (18).

La **Lactancia Materna Exclusiva (LME)** significa que el lactante recibe leche del pecho de su madre o leche materna extraída de su madre o de un banco de leche humana, y no recibe otro tipo de líquidos o sólidos, con excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o medicamentos (19). Desde los seis meses, la **Alimentación Complementaria** se integra, cuando la leche materna deja de atender completamente las necesidades nutricionales del lactante e incluye alimentos sólidos o semisólidos, y también alimentos líquidos (agua). Es importante destacar que este tipo de

alimentación llega a complementar la LM la cual, es recomendada hasta los 2 años o más (20).

La LM es la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico, intelectual y psicosocial del niño/a, proporcionándole nutrientes en calidad y cantidad, adecuados para el crecimiento y desarrollo de sus órganos, especialmente el sistema nervioso, teniendo innegables **beneficios** para el niño/a, para la madre, familia y sociedad los cuales se detallan a continuación:

Dentro los beneficios para el niño/a alimentado con leche materna, destaca que promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, lo protege contra enfermedades tales como diarrea, enfermedades respiratorias altas y bajas, síndromes febriles, leucemia, enterocolitis necrotizante, disminución del riesgo de muerte súbita, mal oclusión y caries en el menor de un año. Asimismo, protege contra enfermedades crónicas como obesidad, hipertensión, dislipidemia y diabetes mellitus tipo 2. Junto a ello, reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, favoreciendo un pronto restablecimiento en caso de cursar alguna patología (5,17). El niño/a que es amamantado adecuadamente, satisface sus necesidades básicas de calor, amor y nutrientes para su organismo, por lo que el grado de bienestar y satisfacción que esto le produce, hacen que se sienta querido y protegido, respondiendo con una actitud alegre, segura y satisfecha, características de un patrón afectivo-emocional equilibrado y armónico (10).

Es importante destacar que tal como se menciona en el marco contextual, un niño/a que es hijo/a de madre adolescente, ya se encuentra en un mayor grado de vulnerabilidad, por lo que al contar con LME y luego complementada con alimentos sólidos, proporcionará un sinfín de beneficios, generando un alto impacto biológico y socioemocional, no solo en su etapa de lactante, sino también, a lo largo de su vida, logrando contrarrestar los principales riesgos a los cuales se encuentra expuesto y favoreciendo su futuro (10,19).

Por su parte, la madre que amamanta a su hijo/a, también tiene beneficios en diversas esferas de su vida, como a nivel biológico, puesto que disminuye las hemorragias postparto, el riesgo de padecer cáncer de mamas y de ovario y protege contra la osteoporosis. Junto a ello, recupera su peso corporal, teniendo un aspecto físico más vital y armónico, recupera sus pechos evitando la congestión mamaria a través del vaciamiento frecuente, lo que mantiene la elasticidad y firmeza de las glándulas. Lo anterior se debe considerar como un aspecto de gran importancia, puesto que para la adolescente su imagen corporal es de suma relevancia (10). Asimismo en la esfera emocional, la intensa unión e interdependencia de la madre con su hijo/a al amamantar, produce en ella un sentimiento de valoración de sí misma y un equilibrio emocional, que promueven su desarrollo integral como mujer, siendo absolutamente importante para sentirse capaz de llevar a cabo no sólo la lactancia sino, también la crianza de su hijo/a (4).

A nivel familiar, los beneficios aportan al refuerzo de lazos afectivos familiares, previniendo el maltrato infantil. El no satisfacer oportunamente las necesidades básicas del niño/a pequeño: afecto, calor y nutrientes para su crecimiento y desarrollo, puede considerarse una forma de maltrato infantil. Una madre que amamanta a su hijo/a mantiene una interrelación emocionalmente sana y equilibrada y tiene menos riesgo de incurrir en alguna forma de maltrato. Además, la LME, y si la madre permanece con amenorrea, evita el embarazo en el 98% de los casos durante los primeros 6 meses después del parto, siendo un método natural inicial de planificación familiar (10).

A su vez, la sociedad se beneficia económicamente por el menor consumo de leches de alto costo, por el desarrollo de individuos más sanos, y de mejor desarrollo vincular, incrementando los recursos de la familia y del país y siendo además, una forma segura de alimentación que resulta inocua para el medio ambiente. Todos estos elementos son de gran importancia para cualquier sociedad de un país, más aún, si se encuentra en vías de desarrollo (10, 18).

Es por ello, que la amplia gama de beneficios aportados por la LM, tanto para el niño/a, madre, familia y sociedad, reflejan claramente la importancia de realizar intervenciones orientadas a promover la práctica de amamantamiento en los diferentes contextos de atención y grupos etarios como lo es, la adolescencia.

2.2.2 CONCEPTOS ASOCIADOS A LA ADOLESCENCIA, MADRES ADOLESCENTES Y SU INFLUENCIA EN LA LACTANCIA MATERNA.

La etapa de adolescencia se define como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años, y caracterizado por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios (21). La definición actual, refiere que la adolescencia es un momento en que la sociedad transmite al individuo un sistema de prácticas, creencias y valores, y al mismo tiempo, el momento en que la persona rechaza o asume esas prácticas o creencias, por eso, los adolescentes necesitan ser reconocidos como un recurso vital para sus familias, comunidad y para la sociedad en general (22).

Asimismo, se caracteriza por ser un periodo vulnerable para la aparición de conductas de riesgo, las cuales pueden encontrarse por sí solas o concurrir y traer consecuencias en el ámbito de la salud, económico y social (23).

En el caso de las madres adolescentes, es frecuente que los embarazos se presenten como un evento no deseado o no planificado, con una relación débil de pareja, lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, lo que provoca un control prenatal tardío o insuficiente (9).

Asimismo, en la vida adolescente, tienen lugar diversas transformaciones que producen desorientación en diferentes aspectos, entre los cuales se encuentran:

Cambios físicos: Según la teoría del desarrollo psicosexual de Freud, los adolescentes viven la etapa genital. La que se caracteriza, por un retorno de los impulsos sexuales, anteriormente en latencia, los cuales se desarrollan a través de relaciones sociales fuera de la familia de origen. Es así, que estos impulsos se canalizan a través de vivir la sexualidad en base a vínculos más abstractos y simbólicos, dando lugar a las relaciones de pareja como un pilar fundamental dentro de la etapa (24).

En este contexto, los cambios físicos son importantes, puesto que causan mucho interés y preocupación en los adolescentes, debiendo aceptarlos, sobrellevarlos y adaptarse a ellos. Estos cambios, son los que generan mayores inquietudes sobre la autoimagen, aumentando la conciencia corporal, la preocupación por ser atractivo/a, pudiendo sentir ira, vacío o excitación sexual (25).

Asimismo, los cambios corporales propios del embarazo y puerperio hacen que la madre adolescente genere aún más inquietudes sobre su cuerpo y su autoimagen, teniendo en consideración, por ejemplo, los cambios a nivel de glándulas mamarias durante este período como se menciona anteriormente (26).

Cambios Cognitivos: Cabe señalar que los adolescentes cursan según Piaget, la etapa de operaciones formales, siendo capaces de desarrollar el pensamiento abstracto, resolviendo situaciones externas, evaluando las posibles consecuencias de cada acción, permitiendo pensar en diferentes soluciones. Es así, que las acciones se resuelven con métodos lógicos de manera más rápida y organizada (24). Además, se consideran seres independientes y proyectan planes a futuro, se preguntan quiénes son y se observan en los diferentes roles que desempeñan. Estos cambios, van de la mano de las variaciones emocionales y de conducta (27). En este sentido, la madre adolescente, además de vivir la crisis normal de la adolescencia, cuya tarea central es la adquisición de una identidad propia, se superpone al ejercicio de la maternidad que también conlleva un cuestionamiento de la propia identidad y personalidad, produciéndose una complejización y agudización de todo el

proceso, que a su vez, podría repercutir en forma negativa en el proceso de lactancia materna.

Cambios psico afectivos: Según Erikson, los adolescentes, cursan la etapa de identidad v/s confusión de identidad, donde la virtud que se genera si la etapa es superada corresponde a la fidelidad. En esta etapa, la integración psicosexual y psicosocial tiene la función de formación de la identidad personal, psicosexual, ideológica, psicosocial, profesional, cultural y religiosa. La fidelidad es la solidificación y asunción de los contenidos y proceso de su identidad, una vez establecida como proyecto de vida. El justo equilibrio entre la formación de la identidad y la confusión motiva la búsqueda constante de nuevos estadíos de perfeccionamiento del amor, profesión, cultura y fe (24, 28).

Los/as jóvenes presentan episodios de enojo, ira, tristeza, depresión, miedo, ansiedad, timidez, etc. Estos cambios de personalidad, además, pueden ser súbitos, rápidos y sin aparentes razones, en especial la irritabilidad. Así también, surge una suerte de indiferencia o una falta de interés generalizado, a veces se trata de una actitud que escogen como defensa a la intrusión adulta. Los cambios de humor repentinos sin causa aparente, una depresión profunda y un enojo desbordado, son algunas de las emociones en esta etapa de la vida. Exigen privacidad y suelen ser temperamentales, aparentemente exagerados e inconsistentes, algunos excesivamente tímidos y cohibidos (29).

Asimismo, con respecto a la Teoría del desarrollo Moral de Kohlberg los adolescentes se encuentran en el Nivel II correspondiente al periodo convencional, donde las personas asumen los papeles de las figuras de autoridad lo suficientemente bien como para decidir si una acción es buena según las instituciones (sociales). Tienen en cuenta las expectativas de la sociedad y sus leyes sobre un dilema moral. Este nivel se divide en dos sub etapas que corresponden a (30):

Etapa 3: La orientación interpersonal, donde el individuo trata de buscar la aprobación de los “otros significativos”, es decir del entorno más cercano.

Etapa 4. La orientación "institucional", donde la persona se orienta hacia la autoridad, y el mantenimiento del orden social de las "instituciones". El comportamiento correcto consiste en mantener un orden social preconcebido que se justifica en sí mismo. Así pues, la legislación es el motor moral absoluto. En todos los casos, debe respetarse la autoridad y el orden social preestablecido.

En el caso de las madres adolescentes, esta simultaneidad de etapas, con sus consecuentes demandas contradictorias de, tener que conciliar el cuidado del hijo/a con actividades propias de la edad (sociales, escolares, etc.) (27), hace que las jóvenes tiendan a funcionar como "madres-niñas", generándose confusiones y conflictos conductuales y afectivos, que las hacen más vulnerables a problemas psicológicos y/o emocionales, y que además, podrían interferir en el inicio y mantención de la lactancia materna.

En conjunto con estos cambios, pueden haber conflictos familiares, donde la escasa comunicación es lo más destacado, no deseando hablar con sus padres, por lo que el enfrentamiento entre ellos es muy probable. Asimismo, la rebeldía y la desobediencia son externalizaciones de un reto con los límites, un probar y un probarse hasta donde les es posible llegar. No quieren reglas ni que les coarten su libertad, mientras los progenitores se encargan de recordarles, en ocasiones que deben obedecerlas, o, por el contrario, no hay límites, de modo que se encuentran en el vacío y sin rumbo (26). En cuanto a las madres adolescentes, se sostiene incluso, que predominaría una experiencia central de sufrimiento, caracterizada por sentirse abrumada, desvalorizada, fracasada moralmente, no amada por la propia familia, y con la sensación de haber perdido el control sobre las propias emociones y decisiones(27), contribuyendo estos factores negativamente en la lactancia materna.

Sin embargo la adolescencia no es solo una etapa de vulnerabilidad, sino también, de oportunidad, es el tiempo en que es posible contribuir al desarrollo del adolescente, de ayudarlos a enfrentar los riesgos y las vulnerabilidades, así como prepararlos para que sean capaces de desarrollar sus potencialidades (26).

Las madres adolescentes todavía se encuentran en un período de cambios biológicos, psicológicos y sociales, en un período de búsqueda, donde se definen los rasgos de su personalidad, existe inestabilidad emocional e inmadurez y destacando que el grupo de amigos es lo más importante. En este período gustan de fiestas, de compartir con otros, lo que al tener un hijo/a se vería frustrado, ya que el bebé necesita cuidados especiales durante sus primeros meses de vida. Además, muchas veces los hijos/as no son deseados, cuestión fundamental para amamantar, criar y educar a un hijo/a. Estas razones podrían explicar en cierta medida el por qué las adolescentes abandonan precozmente la lactancia materna (31).

2.2.3 CONCEPTOS ASOCIADOS A LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

La **Promoción de la Salud**, se describe como un proceso, cuyo objeto consiste en fortalecer las habilidades y capacidades de las personas para emprender una acción, y la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el fin de ejercer control sobre los determinantes de la salud (32).

Lo anterior se enmarca en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud de Alma-Ata (OMS/UNICEF) en 1978, la cual, fue el evento de política de salud internacional más importante en la década de los 70 y que marcó un hito en la salud pública del mundo aspirando a la "Salud para Todos para el año 2000" a través de un enfoque de Atención Primaria de Salud integral, que debía constituir la pieza angular de los sistemas de salud. Esta visión, adelantada a su tiempo, huía de sistemas demasiado medicalizados y proponía una medicina más social, con una serie de elementos clave como: cooperación y paz mundial, nuevo orden económico mundial, reconocimiento a los determinantes sociales de la salud, necesario involucramiento de otros sectores en la promoción de la salud, participación comunitaria en la planificación, implementación y regulación de la APS y equidad en salud como resultado indiscutible de este enfoque (32).

Dentro de los sectores involucrados en la promoción de la salud se incluyen: educación, vivienda, instituciones legales, organizaciones políticas, municipalidades y otras organizaciones tanto públicas como privadas que puedan aportar al bienestar de las personas (33).

Lo anterior, se considera una piedra angular de la atención primaria de salud y una función esencial de salud pública; el fundamento de su desarrollo se materializa en la eficiencia con que reduce la carga de morbilidad y mitiga el impacto social y económico de las enfermedades, dándose un amplio consenso en cuanto a la relación existente entre promoción de la salud, desarrollo humano y económico. Por lo tanto, es la estrategia clave del mejoramiento de los determinantes de la salud y la equidad, considerando aspectos sociales, culturales, ambientales, etc., tanto para el individuo, como para toda la sociedad (33).

En este contexto, la **Promoción de la lactancia materna s**e define, como una serie de estrategias que buscan entregar herramientas necesarias para proteger, fortalecer, mantener y apoyar la lactancia materna desde antes del nacimiento hasta los dos años o más, involucrando todos los sectores de la sociedad (10, 33).

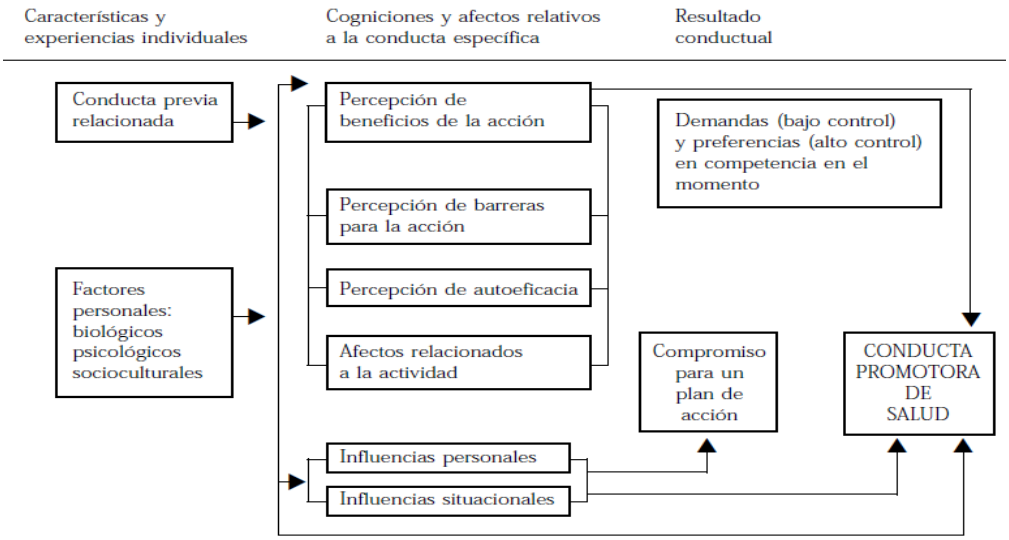
2.2.4 MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD APLICADO A LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES ADOLESCENTES.

Nola Pender, enfermera y autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresa que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Propuso un modelo enfermero para dar respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. Este modelo, pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud, enfatiza el nexo entre características personales, experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr (34).

El Modelo, expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather. El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconociendo que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. El segundo, afirma que la conducta es racional, considera que la intencionalidad es el componente motivacional clave para conseguir un logro. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo (34).

El Modelo de Promoción de la Salud consta de 3 pilares. El primer pilar corresponde a las características y experiencias individuales, el segundo pilar a las cogniciones y afectos del comportamiento y el tercero, a la conducta promotora de salud (7,34) tal como se muestra en la figura N°1 a continuación:

Figura N°1: Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender.



Fuente: Modelo de Promoción de Salud de Nola Pender (35)

A continuación se exponen los principales conceptos del modelo de promoción de salud enunciado por Nola Pender y su aplicación en la promoción de lactancia materna en madres adolescentes.

Conceptos del primer pilar: Características y experiencias individuales

1. Conducta previa relacionada: Definidas como las experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud (7). Para considerar este concepto en las madres adolescentes, se debe tener en cuenta si han tenido la experiencia de amamantar a otro hijo/a o de lo contrario, si han tenido alguna experiencia cercana al respecto, a través de su familia o amigas/os, ya que la evidencia demuestra, que mujeres adolescentes que han observado y aprendido de la experiencia de otras mujeres, especialmente de la familia, son importantes referencias para el inicio y la mantención de la lactancia materna como también de la construcción del ser madre (36).

2. Factores personales: Se encuentran categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales. Estos factores son predictivos de una cierta conducta, y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas (34).

Entre ellos se encuentran:

2.1 Factores biológicos: Incluyen variables como la edad, sexo, pubertad, entre otros (7). Considerando que la madre adolescente, vive diversos cambios asociados a la esfera biológica, tales como el aumento excesivo de la mama, dolor o grietas en pezones, los cuales pueden actuar como inhibidores de la práctica de LM, se plantea la necesidad de seguimiento y entrega de apoyo tanto técnico como afectivo por parte de los profesionales de la salud ya que, de no existir, podría significar, la suspensión de la lactancia materna (36-38).

2.2 Factores psicológicos: incluye variables como autoestima, automotivación, competencia personal, estado de salud percibido, y definición de salud (7). En este sentido,

es relevante valorar estos aspectos en la madre adolescente, ya que se ha descrito que podrían influir tanto positiva como negativamente en el inicio y mantención de la lactancia materna. En este contexto, la evidencia describe que existen adolescentes que al amamantar a su hijo/a, se sienten más autónomas, empoderadas y responsables, tanto de ellas mismas, como de su hijo/a, lo que favorece tanto el inicio, como la mantención de la lactancia materna (36).

Por otra parte, se describe la vivencia de la etapa, como un periodo de constante búsqueda, pudiendo existir inestabilidad emocional (29), lo que conlleva a una posible disminución de la lactancia materna.

2.3 Factores socioculturales: Incluyen variables como la raza, etnia, cultura, formación y estado socioeconómico. La influencia del entorno social en el proceso de lactancia puede ser positiva o negativa. Se debe considerar que los sentimientos, pensamientos y conductas de los adolescentes están influenciados por sus amigos, pareja, profesores, familia, trabajadores de la salud, entre otros. Por lo que valorar si existe apoyo en la lactancia materna, en el cuidado del niño/a junto con un espacio para la expresión de dudas e intercambio de experiencias y valores culturales, es de suma relevancia, ya que forman parte de aspectos positivos de esta dimensión social que estimulan la práctica (38).

En la perspectiva negativa, el desinterés, la falta de estímulo al acto de amamantar y la presión social, podrían influir negativamente en la lactancia materna, por lo que valorar estos factores permitiría lograr importantes avances en el camino hacia el mejoramiento de la promoción de salud, en especial la promoción de lactancia materna en madres adolescentes (25, 36).

Conceptos del segundo pilar: Conocimientos y afectos específicos de la conducta

1. Beneficios percibidos por la acción: Pender los define como los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud (7).

Por lo que valorar el grado de conocimiento y opinión que la madre adolescente tiene sobre los beneficios de la lactancia materna, tanto para ella como para su hijo/a, se convierte en una base fundamental para el fomento de la práctica. Tal como lo demuestran

investigaciones con enfoque cualitativo, en las cuales, madres adolescentes saben que la lactancia materna es el mejor alimento para su hijo/a durante los dos primeros años de vida y saben, que es una estrategia positiva para la construcción y mantención de la relación afectiva con su hijo/a, pudiendo esto favorecer el inicio y mantención de la lactancia materna (34, 36, 39)**.**

2. Barreras percibidas para la acción: Corresponden a apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real (35). La valoración de este aspecto en las madres adolescentes debe ser considerada, ya que podrían influir negativamente en el inicio y mantención de la lactancia materna. En este sentido, la evidencia demuestra, que las madres adolescentes, consideran que la maternidad y la lactancia son instancias de sacrificio y postergación de los intereses personales, afectando relaciones sociales propias, limitando actividades fuera del hogar y el compartir con amigos (38). Asimismo, las madres adolescentes afirman sentir dolor al amamantar, y perciben que su producción de leche no es la suficiente principalmente los primeros días post parto. Por lo que en este contexto, el valorar estas apreciaciones será fundamental, puesto que podrían interferir negativamente con el inicio y mantención de la lactancia materna en las adolescentes.

3. Autoeficacia percibida: El juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud. Influye sobre las barreras de acción percibidas, de manera que la mayor eficacia lleva a percepciones menores de las barreras para el desempeño de la conducta (7). En este contexto, la valoración de la capacidad percibida de sí misma por parte de la madre adolescente frente a la conducta de generar o mantener la lactancia materna exitosa con su hijo/a se vuelve de suma importancia, ya que la percepción de competencia que tenga de sí misma para iniciar o mantener la lactancia materna, podría favorecer en el grado de compromiso frente a la práctica de amamantamiento. Tal como es expresado en la evidencia, dando cuenta que para las madres adolescentes, el amamantar a su hijo/a les proporciona empoderamiento, es decir, el hecho de que la mujer se sienta dueña de su cuerpo, hace que decida ser protagonista de su historia, construyendo la

maternidad, momento en que se percibe responsable por el cuidado y desarrollo del niño/a (36).

4. Afecto relacionado con actividad: Son los sentimientos subjetivos positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta basada en las propiedades de los estímulos de la conducta en sí. El afecto relacionado con la actividad influye en la autoeficacia percibida, lo que significa, que cuando más positivo es el sentimiento subjetivo, mayor es el sentimiento de eficacia. Poco a poco, el aumento de sentimientos de eficacia puede generar un mayor afecto positivo (35). Es así, que la necesidad de valorar qué siente la madre adolescente con respecto a la lactancia se vuelve muy relevante, teniendo en cuenta que la evidencia indica que existen sentimientos tanto positivos como negativos frente a la práctica. Los sentimientos positivos radican en que las madres adolescentes sienten que a través de la lactancia fortalecen los lazos emocionales con su hijo/a, generando intimidad, intercambio de afecto, seguridad y protección, estableciendo la formación de un vínculo afectivo seguro, lo cual, es un factor protector para el adecuado estado emocional tanto de la madre como del niño/a y además para favorecer una lactancia materna efectiva (36, 38). Por el contrario, las madres podrían tener sentimientos negativos ante el amamantar como cansancio extremo e irritabilidad que suelen derivar del dolor al amamantar por el incorrecto acople o posición inadecuada, pudiendo desmotivar la mantención de la lactancia materna (36).

5. Influencias Interpersonales

Los conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás, incluyen normas (expectativas de las personas más importantes), apoyo social (instrumental y emocional) y modelación (aprendizaje indirecto mediante la observación de los demás comprometidos con una conducta particular). Las fuentes primarias de las influencias interpersonales son las familias, parejas y cuidadores de salud (35). En este contexto, al valorar tanto las creencias de personas significativas para la adolescente como familia, amigos y pareja, como si cuenta con el apoyo social, será fundamental para el inicio y mantención de la lactancia materna, ya que la evidencia afirma que, el significado que el

núcleo familiar asume frente a la lactancia influirá en el comportamiento de la madre adolescente frente a la práctica. Junto a ello, la madre adolescente considera a su pareja como fuente de apoyo social, económico y emocional para el mantenimiento de la lactancia, siendo necesaria la valoración de su existencia (36). Asimismo, cabe considerar que las opiniones de su grupo de amigos/as serán cruciales para que la madre adolescente continúe o no con la lactancia materna (37).

Igualmente, es necesario valorar la calidad del vínculo que las madres adolescentes han establecido con los profesionales de la salud, ya que podría ser un apoyo para iniciar o mantener la lactancia materna, tal como señala la evidencia, que el vínculo establecido entre la gestante y el profesional de salud fue esencial para la adhesión a las recomendaciones y educación para la salud de la mujer y su hijo/a, incluyendo la lactancia, respetando sus hábitos de vida y los aspectos culturales, ocurriendo lo contrario, cuando los profesionales de la salud, manifiestan una postura impositiva, generando desacuerdos entre los métodos de intervención de la lactancia materna (40). Desde esta perspectiva, es necesario comprender tanto la subjetividad femenina sobre la lactancia materna como la identidad de la mujer, lo que puede permitir la disminución de la carga negativa de los valores y conceptos sobre la práctica de amamantamiento y fomentar la construcción de modelos de atención que contemplen diferentes concepciones y conceptos (37).

6. Influencias situacionales: Corresponden a las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que pueden facilitar o impedir la conducta. Incluyen las percepciones de las opciones disponibles, características de la demanda y rasgos estéticos del entorno en el que se propone el desarrollo de ciertas conductas promotoras de la salud (35). Las influencias situacionales pueden tener una relación directa o indirecta en la conducta de salud (7). En ello, radica la importancia de valorar la situación escolar de la madre adolescente. Teniendo en cuenta, si existen las facilidades o conductas necesarias para que se mantenga la lactancia materna luego que la adolescente se reintegre al mundo escolar. Por ejemplo, entregándole la oportunidad de tener tiempos protegidos para ir a amamantar a su hijo/a y luego volver a la actividad académica, si el colegio cuenta con algún convenio con salas cunas que permita la ida de la madre a amamantar a su hijo/a

o en su defecto, si algún familiar puede asistir con el bebé al colegio para que este sea alimentado en un espacio adecuado por su madre. Esto se enmarca en la evidencia la cual afirma que en el caso de las madres adolescentes, el retorno a la escuela contribuye fuertemente con el abandono de la lactancia materna (40).

Conceptos del tercer pilar: Resultado conductual

1. Compromiso con un plan de acción: La Intención e identificación de una estrategia planificada lleva a la implantación de una conducta de salud (35). En este sentido y según la problemática abordada, se buscará la mejor intervención basada en la evidencia.

Es importante valorar en las madres adolescentes, la intención de cambio de conducta, el grado de conciencia y responsabilidad de generar acciones que se manifiesten en forma concreta para abordar la mantención de la lactancia materna.

2. Demandas y preferencias contrapuestas inmediatas: Son conductas alternativas mediante las cuales los individuos tienen un bajo control, porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia. Mientras que las preferencias contrapuestas, son conductas alternativas mediante las cuales, los individuos poseen un control relativamente alto, como la elección de algo específico (35). En este caso, se podría observar la alta demanda de labores escolares en las madres adolescentes, por lo que tendría escaso tiempo para amamantar a su hijo/a y el tener la posibilidad de generar métodos de extracción y conservación de leche materna.

3. Conducta promotora de salud: Es el resultado de la acción dirigido a los resultados de salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva (7). En base a la problemática descrita, la conducta promotora de salud es la mantención de lactancia materna en madres adolescentes.

CAPÍTULO 3
PROBLEMATIZACIÓN

3.1 RESUMEN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

Actualmente la lactancia materna (LM), cuenta con variadas estrategias de promoción en atención primaria, secundaria y terciaria. En el CESAM Marcelo Mena, el cual se proyecta a ser un Centro amigo de la madre y del niño y niña, estas estrategias, han favorecido las tasas de LM siendo de un 62%, sin embargo la cobertura de LM para madres en general, continúa siendo baja, percibiéndose incluso un resultado menor en madres adolescentes. Estas estrategias no se encuentran específicamente destinadas a madres adolescentes, no considerándose la etapa de vida y sus características físicas, psicológicas y sociales, lo cual hace muy necesario, buscar las mejores intervenciones para la promoción de la lactancia materna en este grupo etario y sus familias.

3.2 PREGUNTA CLÍNICA ESTRUCTURADA

¿Cuáles son las mejores intervenciones para promover la lactancia materna en madres adolescentes que podrían incorporarse para aumentar la lactancia materna en ese grupo etario?

3.3 ANÁLISIS FORMATO PICO/R (41)

P: Madres adolescentes

I: Intervenciones para promover la lactancia materna

C: ------

O: Aumentar la lactancia materna en las madres adolescentes

3.4 TIPO DE PREGUNTA

La pregunta planteada es de intervención, la cual plantea la eficacia de tratamientos, técnicas, planes de cuidado o cualquier intervención que se realiza sobre personas enfermas (tratamiento) o sanas (prevención) para mejorar los resultados de salud (42). En este sentido, busca encontrar las mejores estrategias de promoción de lactancia materna en madres adolescentes, para contribuir en el fomento de la práctica este grupo etario.

CAPÍTULO 4
METODOLOGÍA

4.1 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La búsqueda bibliográfica fue realizada en las bases de datos: Web Of Science (WOS), CUIDEN, EBSCO, PubMed – NCBI, Scientific Electronic Library Online (SciELO) y el Metabuscador Biblioteca Virtual en Salud (BVS), durante el mes de julio del año 2019.

Los descriptores normalizados utilizados en la búsqueda fueron obtenidos en la página de Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS), donde se seleccionaron los términos en español: Adolescente y Lactancia materna y en inglés: Adolescent y Breast Feeding (43). El operado booleano utilizado fue AND, con lo que se formaron las siguientes expresiones de búsqueda:

- Adolescente AND Lactancia Materna
- Adolescente AND Breast Feeding.

En cuanto a los filtros, para la totalidad de base de datos, se utilizó año de publicación de 2014-2019 y tipo de documento completo. Además, se aplicaron algunos filtros según disponibilidad otorgada por las bases de datos, como se presenta a continuación:

EBSCO: Tema principal: amamantamiento y Edad: adolescentes de 13-18 y adultos de 19-44).

BVS: Asunto principal: lactancia materna, límite: adolescente.

PubMed – NCBI: Especies: humanas.

4.2 ESTRATEGIA DE SELECCIÓN

Una vez aplicada la expresión de búsqueda en cada una de las bases de datos seleccionadas, se obtuvieron 1.482 artículos distribuidos como se presenta a continuación:

TABLA Nº6: Distribución de artículos seleccionados según base de datos.

Base de datos	Número
Web of Science (WOS)	79
CUIDEN	27
EBSCO	480
PubMed – NCBI	452
SciELO	10
Biblioteca Virtual en Salud (BVS)	434
TOTAL	**1.482**

Una vez excluidos los artículos duplicados, correspondiente a 18 textos, quedan 1.464 artículos.

Seguidamente, se realizó la lectura de los títulos, utilizando como criterio de selección la incorporación de madres adolescentes y el tema de lactancia materna, quedando 176 artículos.

Posteriormente, se da lectura a los resúmenes aplicando los siguientes criterios:

Inclusión: Estudios para promoción de lactancia materna, población de estudio que incorpore madres adolescentes.

Exclusión: Estudios que no aborden intervención en lactancia materna y población de estudio que no incluye a madres adolescentes.

Con la aplicación de estos criterios se obtuvieron 43 artículos que se incorporaron al análisis crítico.

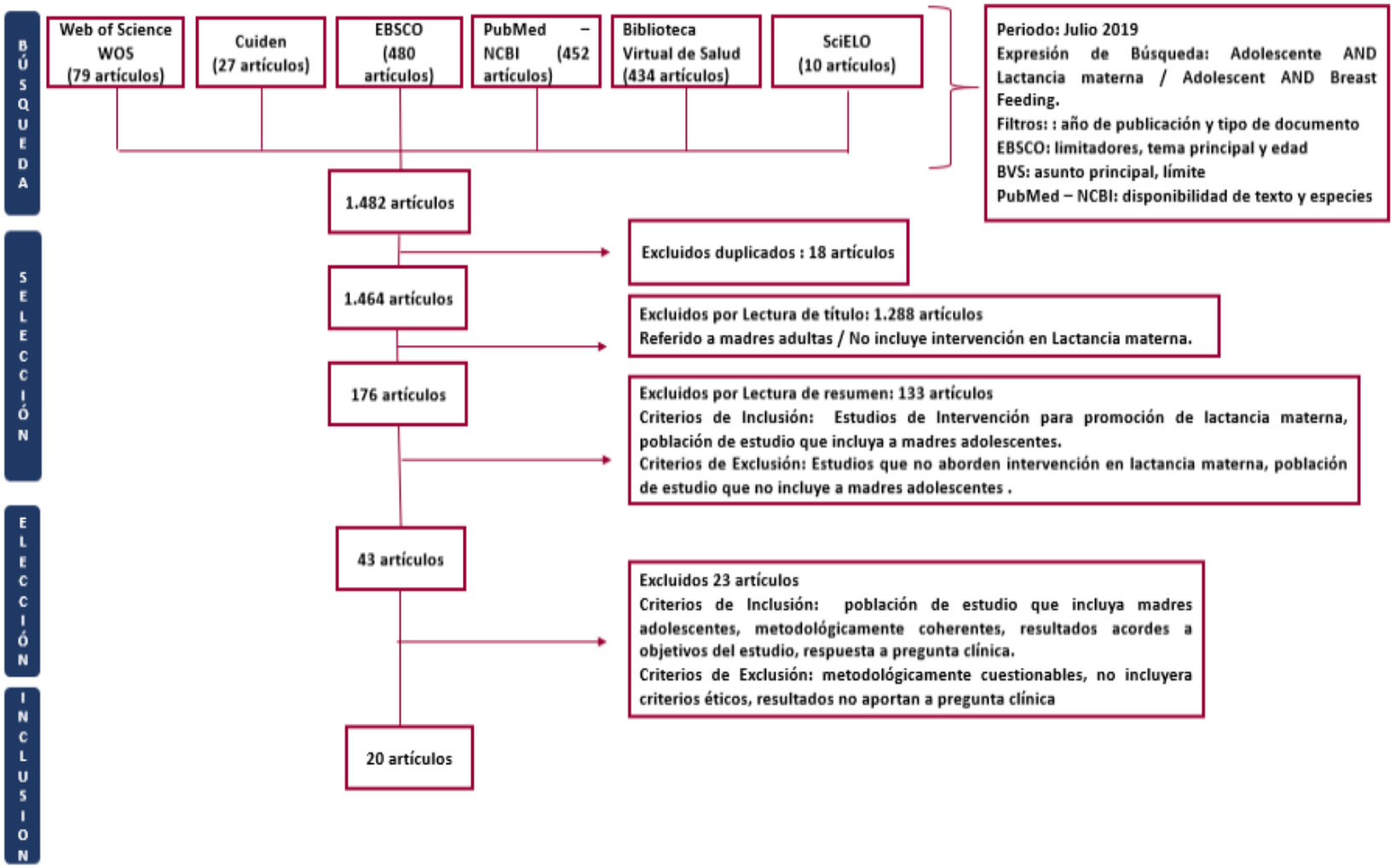
4.3 ESTRATEGIA DE ANÁLISIS

Para realizar el análisis crítico de cada artículo, se establecieron los siguientes criterios para evaluar la calidad de los manuscritos:

Inclusión: población de estudio que incluya madres adolescentes, metodológicamente coherentes, resultados acordes a objetivos del estudio, que aporten una respuesta a pregunta clínica (44).

Exclusión: metodológicamente cuestionables, no incluyeran criterios éticos, resultados no aportan a pregunta clínica, quedando 20 artículos en total.

FIGURA Nº2: Estrategia de selección y análisis de artículos.



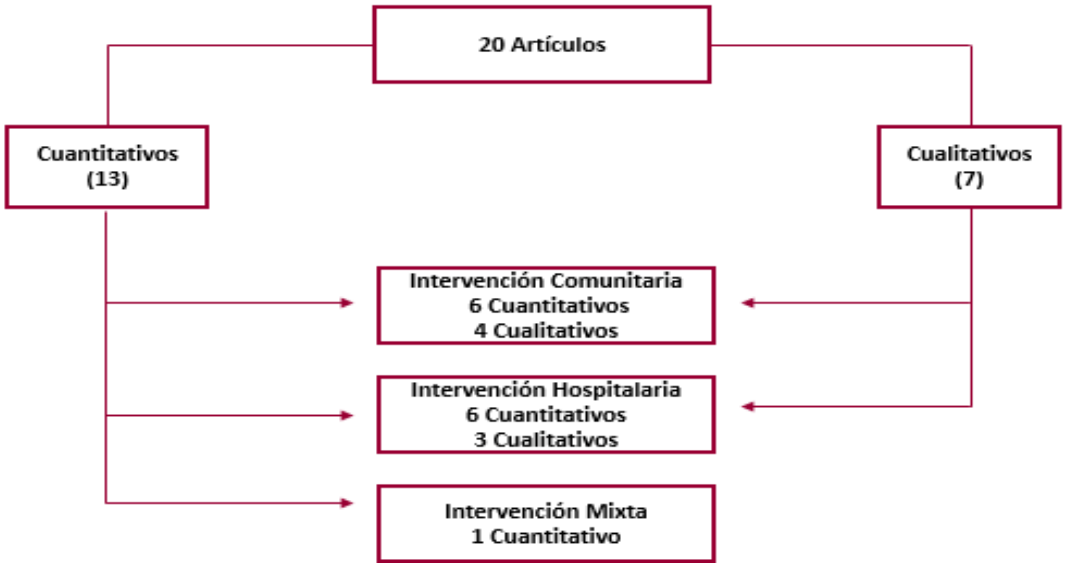
4.4 CARACTERÍSTICAS DE ARTÍCULOS ANALIZADOS

Después de realizar el análisis crítico de cada artículo se incluyen 20 artículos para ser considerados en la elaboración de las recomendaciones. De ellos, 13 artículos corresponden a investigaciones cuantitativa y 7 a investigaciones cualitativas.

Los artículos que presentan investigaciones cuantitativas destacan que 6 fueron de intervención de tipo comunitaria, 6 de tipo hospitalaria y 1 mixto, es decir, tanto intervención hospitalaria como comunitaria. Los artículos que presentan investigaciones cualitativas, 4 fueron de intervención comunitaria y 3 de intervención hospitalaria.

En cuanto a los años de publicación, estos fluctúan entre 2014 y 2018. Asimismo, se destaca que entre los países de origen se encuentran en su mayoría, Estados Unidos y Brasil, además de Bangladesh, Etiopía, Noruega, Iraq, España y Costa Rica. Lo anterior se describe en la figura Nº3 Características de los artículos analizados y tabla Nº7 síntesis de los artículos analizados.

Figura N°3: Características artículos analizados



A continuación, se presenta una síntesis de los artículos finales seleccionados y analizados que dan respuesta a la pregunta clínica.

TABLA Nº 7: Síntesis de artículos analizados

	Título de artículo	Autor (es)	País	Año	Tipo de Intervención
1	Randomized Controlled Trial of Doula-Home-Visiting Services: Impact on Maternal and Infant Health (45).	Sydney L. Hans, Renee C. Edwards, Yudong Zhang.	Estados Unidos	2018	Comunitaria
2	Peer counselling improves breastfeeding practices: A cluster randomized controlled trial in urban Bangladesh (46).	Gulshan Ara, Mansura Khanam, Nowshin Papri,| Baitun Nahar, Md Ahshanul Haque, Iqbal Kabir, Michael J. Dibley.	Bangladesh	2017	Comunitaria
3	Mothers' education and ANC visit improved exclusive Breastfeeding in Dabat Health and Demographic Surveillance System Site, northwest Ethiopia (47).	Amare Tariku, Kassahun Alemu, Zemichael Gizaw, Kindie Fentahun, Terefe Derso, Solomon Mekonnen Abebe, Mezgebu Yitayal, Abel Fekadu, Tadesse Awoke Ayele Geta, Asrade Alemayehu, Adino Tesfahun Tsegaye, Alemayehu Shimeka, Gashaw Andargie Biks.	Etiopía	2017	Comunitaria
4	Prática educativa realizada pela	Hilana Dayana Dodou, Tamires	Brasil	2017	Comunitaria

	enfermagem no puerpério: representações sociais de puérperas (48).	Daianny Araújo de Oliveira, Mônica Oliveira Batista Oriá, Dafne Paiva Rodrigues, Patrícia Neyva da Costa Pinheiro, Izaildo Tavares Luna.			
5	Inicio y continuidad de la lactancia materna en relación con la asistencia a un programa educativo para madres jóvenes (49).	Anna Payaró, Lucía Zamora, M. Rosa Almirall, Mónica Miguel, Alicia Carrascón.	España	2016	Comunitaria
6	Effectiveness of Baby-friendly community health services on exclusive breastfeeding and maternal satisfaction: a pragmatic trial (50).	Anne Bærug, Øyvind Langsrud, Beate F. Løland, Elisabeth Tufte, Thorkild Tylleskär, Atle Fretheim	Noruega	2016	Comunitaria
7	Vivência da amamentação por mães adolescentes: experiências positivas, ambivalências e dificuldades (38).	Graciela Dutra Sehnem, Lurian de Bairros Tamara, Jussara Mendes Lipinski, Cenir Gonçalves Tier.	Brasil	2016	Comunitaria
8	Prática de enfermeiras na promoção do aleitamento materno de adolescentes brasileiras (51).	Caroline Cândido Garcia Leal, Mariana de Oliveira Fonseca-Machado, Lisiane Camargo Quialheiro de Oliveira, Juliana Cristina dos Santos Monteiro,	Brasil	2016	Comunitaria

		Adriana Moraes Leite, Flávia A. Gomes-Sponholz.			
9	Las necesidades de las adolescentes madres en el contexto educativo: un estudio de caso en una institución de educación pública (52).	Daniel Martínez Esquivel, Jennifer Chaves Guillén, María Jacinta Guzmán Rojas, Luis Martínez López, Damián Meneses, Rebeca Mora Martínez, Nazira Quesada Mora, Sofía Vargas Quesada.	Costa Rica	2015	Comunitaria
10	Assessing the Efficacy of a Breastfeeding - Friendly Quality Improvement Project in a Large Federally Qualified Health Center Network (53).	Casey Rosen-Carole, Eve Waltermaurer, Monet Goudreault, Allison Larimer, Miriam Pokharel-Wood, Sritha Rajupet, Nafila Kouba.	Estados Unidos	2015	Comunitaria
11	Counselling sessions increased duration of exclusive breastfeeding: a randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers (54).	Luciana Dias de Oliveira, Elsa Regina Justo Giugliani, Lilian Córdova do Espírito Santo, Leandro Meirelles Nunes.	Brasil	2014	Comunitaria / Hospitalaria
12	Factors related with breastfeeding self-efficacy immediate after birth in puerperal adolescents (55).	Carolina Maria de Sá Guimarães, Raquel Germano Conde, Flávia Azevedo Gomes-Sponholz, Mônica Oliveira Batista Oriá, Juliana	Brasil	2017	Hospitalaria

		Cristina dos Santos Monteiro.			
13	Hospital practices to promote breastfeeding: The effect of maternal age (56).	Heather L. Sipsma, Krista Jones, Nathan C. Nickel.	Estados Unidos	2017	Hospitalaria
14	The baby-friendly hospital initiative and breastfeeding at birth in Brazil: a cross sectional study (57).	Márcia Lazaro de Carvalho, Cristiano Siqueira Boccolini, Maria Inês Couto de Oliveira, Maria do Carmo Leal.	Brasil	2016	Hospitalaria
15	Impact of a Baby-Friendly hospital on breastfeeding indicators in Shaqlawa district in Erbil governorate, Kurdistan region of Iraq (58).	Shaker NZ, Hasan SS, Ismail ZA.	Iraq	2015	Hospitalaria
16	Representações sociais do aleitamento materno para mães adolescentes nutrizes (37).	Rosália Teixeira de Araújo, Marizete Argolo Teixeira, Lucas Vinícius Bulhões Ribeiro, Ana Paula Valasques Barretto, Jamilli Silva Santos, Priscila Meira Mascarenhas.	Brasil	2015	Hospitalaria
17	An intervention to extend breastfeeding among black and Latina mothers after delivery (59).	Elizabeth A. Howell, Susan Bodnar-Deren, Amy Balbierz, Michael Parides, Nina Bickell.	Estados Unidos	2014	Hospitalaria

18	Associations of Hospital Staff Training and Policies with Early Breastfeeding Practices (60).	Chuan-Ming Li, Ruowei Li, Cindy G. Ashley, Janice M. Smiley, Jennifer H. Cohen, Deborah L. Dee.	Estados Unidos	2014	Hospitalaria
19	Adolescents' Needs for Nurses' Support When Initiating Breastfeeding (61).	Ryoko Pentecost, Jane S. Grassley	Estados Unidos	2014	Hospitalaria
20	A sala de parto: o contato pele a pele e as ações para o estímulo ao vínculo entre mãe-bebê (62).	Ingrid dos Santos Fucks, Marilú Correa Soares, Nalú Pereira da Costa Kerber, Sonia Maria Könzgen Meincke, Ana Paula de Lima Escobal, Simoní Saraiva Bordignon.	Brasil	2014	Hospitalaria

CAPÍTULO 5
ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación, se presenta la síntesis de los análisis críticos realizados a los artículos seleccionados, los cuales se encuentran divididos en artículos correspondientes a investigación de tipo cuantitativa y cualitativa y subdividida en intervención de tipo comunitaria y hospitalaria.

5.1 ARTÍCULOS CUANTITATIVOS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

ARTÍCULO 1

TÍTULO: Inicio y continuidad de la lactancia materna en relación con la asistencia a un programa educativo para madres jóvenes (49). **Año:** 2016			
Objetivo y Nivel de Evidencia	**Material y Método**	**Resultados**	**Conclusiones**
Determinar si las gestantes que participaron en el programa Mares Joves (Madres Jóvenes [MJ]) y que recibieron una intervención específica para el fomento de la LM, aumentaron la duración de la LM y la asistencia al programa de educación prenatal (EPN) y posnatal (EPP) con respecto a las que no participaron, así como la relación entre la duración de la LM, la	**Diseño:** Cuasi experimental. **Población:** Mujeres hasta 22 años atendidas en el centro de atención primaria de salud Numancia, Barcelona, entre abril de 2010 y octubre de 2014, evaluadas en mayo de 2015, tras 6 meses de LM. **Muestra:** 243 gestantes. Grupo intervención: 131 mujeres y Grupo control: 111 mujeres. Tipo probabilística aleatoria simple. **Instrumentos:** Cuestionario para saber el número de semanas de LM.	**Caracterización de la muestra** Grupo intervención: Edad promedio de 18.4 años. Procedencia: 64% América del Sur, 25.2% España, 5.3% Marruecos, 4% Europa del Este y 2.3% China. Nivel Socioeconómico: 16% muy bajo, 50.4% bajo, 32% medio y 1.5% alto. 96.2% Primíparas y 80,2% buena relación con padres. Grupo Control: Edad promedio 20 años. Procedencia: 35.1% España, 29.7% América del Sur, 28.8% China, 6.3% Marruecos. Nivel Socioeconómico: Muy bajo 17.1%, bajo 34.2%, medio 46.8%, alto 1.8%, 90% primíparas, 85.6% buena relación con padres.	El Programa Mares Joves (MJ) y la asistencia a grupos de Educación prenatal y posnatal, específicos para madres jóvenes se asoció a un incremento en la duración de LM. Se debe proponer para la promoción de lactancia materna, la realización de talleres donde las madres más expertas

asistencia a Educación Prenatal (EPN) y Educación Posparto (EPP) y otras variables socioeconómicas, demográficas, obstétricas y familiares. **Nivel de Evidencia**: 2++	**Intervención:** Programa MJ, desarrollado por 2 matronas, con atención a mujeres durante el embarazo y puerperio. - Grupo control: Controles cada 6 semanas por matrona de su centro, podían o no tener una visita domiciliaria y podían asistir a grupos de preparación pre y post parto no específico para madres jóvenes. - Grupo intervención: 5 controles con matrona del programa MJ, Visita postparto en domicilio y/o hospital con matrona del programa, asistencia a más de 4 sesiones de educación pre y post natal especifica del programa MJ. **Preparto:** **Visitas individuales a la consulta del programa MJ de control de Embarazo:** 3° visita a control de embarazo: opinión de madre frente a la intención del cómo alimentar al bebé. Beneficios de la LM, información escrita sobre LM. 5º visita a control de embarazo: deseo de LM, reforzar si desea Lactancia artificial, analizar motivos y clarificar dudas.	**Principales Resultados que aportan a responder a la pregunta estructurada:** 1. LM > a 6 meses: grupo intervención 65%, Grupo control 43%. Diferencia p = 0,002. 2. Asistencia a EPN: Grupo intervención 62%, grupo control 49%. Diferencia p < 0.001. 3. Asistencia a EPP: Grupo intervención 14%, grupo control 4%. Diferencia p < 0.001.	en lactancia entreguen consejos y ayuden a las jóvenes embarazadas y madres jóvenes.

	Última visita: Refuerzo de voluntad de LM, si hay dudas, reforzar beneficios de la LM. **Programa de preparación para el nacimiento (EPP)** Lluvia de ideas sobre LM, trabajo en grupo sobre beneficios de LM para madre y bebé, detección de falsas creencias sobre LM, Role-playing de diferentes situaciones, compartir experiencias de madres jóvenes de grupos anteriores que amamantan, trabajo de habilidades prácticas con muñecos, cojín y extractores de leche. **Postparto:** **Visita domiciliaria:** Valoración actitudinal y resolución de dudas. Valoración de apoyo del entorno, conocimiento, habilidades y dificultades de la técnica, refuerzo positivo, conexión a grupo de apoyo a la LM. **Programa postparto (EPP):** Valorar tipo de lactancia, motivación, actitudes, conocimientos y problemas. Si está con LM reforzar decisión. Si es mixta ofrecer recursos para llegar a LM. Taller de LM ofrecido por madres jóvenes. Entrega de DVD informativo. Apoyo y resolución de dudas vía WhatsApp o Facebook.		

	Análisis: Programa SPSS 16. Análisis Descriptivo con porcentajes e intervalo de confianza de 95%, medias y desviación estándar. Inferencial con t Student, Chi cuadrado, valores $p<0.05$. **Criterios éticos:** Aprobación de Comité ético de investigación Clínica del IDIAP Jordi Gol. Consentimiento informado.		

ARTÍCULO 2

TÍTULO: Randomized Controlled Trial of Doula-Home-Visiting Services: Impact on Maternal and Infant Healt (45). Ensayo controlado aleatorio de los servicios de visitas a domicilio de Doula: impacto sobre salud materna e infantil. **Año:** 2018			
Objetivo y Nivel de Evidencia	**Material y Método**	**Resultados**	**Conclusiones**
Examinar el impacto de la visita domiciliaria de Doula, en los resultados del parto, la salud materna e infantil posparto y prácticas de cuidado del recién nacido. **Nivel de Evidencia:** 1	**Diseño:** Controlado aleatorizado. **Población:** Mujeres menores de 26 años gestantes pertenecientes a cuatro comunidades con alto nivel de pobreza de Illinois, Estados Unidos. Realizado entre año 2011 y 2015. **Muestra:** 312 mujeres jóvenes gestantes. Tipo probabilística, aleatoria simple.	**Caracterización de la muestra:** Grupo de Control: Edad promedio 18 años. 46% bajos ingresos, 98% primigesta, 64% habita casa de padres, 48% residen con padre de bebé, en promedio 10 años de estudio. Grupo de Intervención: Edad promedio 18 años. 43% bajos ingresos, 97% primigesta, 77% habita casa de padres 25% residen con padre de bebé, promedio 10 años de estudio.	El acompañamiento n la visita domiciliaria de Doulas favorece la iniciación de la práctica entre las madres adolescentes. Se ha demostrado que las madres adolescentes que inician LM durante las primeras horas postparto aumentan la probabilidad de iniciación e instalación

	Instrumentos: cuestionario aplicado en la gestación, 3 semanas postparto y 3 meses posparto con preguntas sobre lactancia materna y número de contacto con Doula. **Intervención:** Realizada por trabajador de apoyo familiar y Doula, con raíces en sus comunidades. Durante el embarazo y el posparto, las madres fueron visitadas semanalmente por uno o ambos. Doula: Trabajó con madre durante embarazo (controles prenatales), parto y postparto en: salud del embarazo, preparación para el parto, lactancia materna, cuidado del recién nacido, salud del posparto y vinculación temprana. Trabajador de apoyo familiar: trabajó durante 6 semanas postparto, centrándose en la relación madre-hijo, desarrollo infantil, seguridad infantil y planificación del trabajo educativo, satisfacción de necesidades familiares y salud mental. **Análisis:** Programa SPSS, Inferencial con t Student (paramétrico), Chi cuadrado (No paramétrico). Regresión logística, Odds ratio, intervalo de confianza 95%.	**Principales Resultados que aportan a responder a la pregunta estructurada:** - Inicio de LM durante las primeras horas post parto: Grupo intervención 81.1%, grupo control 74%. OR 1.67 95% IC.	de la práctica, incluso en poblaciones que tienen bajas tasas de LM.

	Criterios éticos: Aprobado por la Revisión Institucional Junta de la Universidad de Chicago. Uso de consentimiento informado.		

ARTÍCULO 3

TÍTULO: Peer counselling improves breastfeeding practices: A cluster randomized controlled trial in urban Bangladesh (46). La Consejería entre pares mejora las prácticas de lactancia materna: un ensayo controlado aleatorio por grupos en la zona urbana de Bangladesh. **Año:** 2017			
Objetivo y Nivel de Evidencia	**Material y Método**	**Resultados**	**Conclusiones**
Evaluar el impacto de la consejería entre pares en el inicio temprano de tasas de lactancia materna (EIBF) y lactancia materna exclusiva (EBF) para parejas de madre-bebé viviendo en barrios marginales urbanos, Dhaka, Bangladesh. **Nivel de Evidencia:** 1	**Diseño:** Ensayo controlado aleatorizado prospectivo. **Población:** Parejas de madres e hijos de barrios marginales seleccionados entre septiembre de 2014 y julio 2016. **Muestra:** 350 madres entre 16 y 49 años. Muestra de tipo probabilística aleatoria simple. **Instrumentos:** Cuestionario para determinar embarazo y tipo de alimentación. **Intervención:** Realizada por consejeras de la comunidad capacitadas en LM. - Grupo intervención: recibió al menos 10 visitas domiciliarias en conjunto	**Caracterización de la Muestra** - Grupo intervención: Edad promedio materno 23 años, 58% educación secundaria incompleta, 76% uniparidad, 69% intención de amamantar durante la 1era hora post parto. - Grupo Control: Edad promedio materno 23 años, 43% educación secundaria incompleta, 75% uniparidad, 65% intención de amamantar durante la 1era hora post parto. **Principales Resultados que aportan a responder a la pregunta estructurada:**	El asesoramiento entre pares influyó positivamente en el inicio de lactancia materna dentro de 1 hora de nacimiento y la duración de lactancia materna exclusiva entre las mujeres urbanas que viven en barrios marginales en Dhaka, Bangladesh. Este estudio destaca la necesidad de apuntar la promoción óptima de lactancia materna.

	con la familia, de 20 a 40 minutos, 3 en el último trimestre del embarazo, 3 el primer mes postparto y 4 visitas entre el segundo y sexto mes. Los temas abordados fueron: importancia del contacto piel a piel, inicio de LM dentro de 1° hora de nacimiento, desalentando uso de fórmula y otros líquidos y alimentación de la nodriza. Para la familia, la importancia de mantener a la madre alegre y buenos tratos. Se utilizó demostración, juego de roles, escucha activa y conversación. Además, hubo reuniones grupales quincenales con embarazadas, madres lactantes y miembros de la familia, donde se abordaron los temas de: cuidado de la gestante, alimentación con calostro, LME y continuación de LM, efectos negativos de los sustitutos de la leche materna y la introducción temprana de alimentación complementaria. - Grupo control: no recibió asesoramiento entre pares. **Análisis:** Programa STATA v.13. Inferencial no paramétrico con prueba de Chi cuadrado y paramétrico con regresiones logísticas. Odd Ratio con	1. Con LM: grupo intervención 89.1% y grupo control 77.4%. p = 0.005. 2. LM exclusiva durante 5 meses: En grupo intervención la mediana fue 98 días y en grupo control 56 días. p <0.005. 3. LME hasta los 5 meses: grupo intervención 73%, grupo control 27%. p <0.005. 4. Duración de cualquier lactancia: Grupo intervención 275 días y en grupo control 218 días. p = 0.050. 5. Ayuda del consejero par: 76% del grupo intervención refiere que el consejero par colaboró con la técnica e inicio de LM. p <0.001. 6. Lactantes que amamantan exclusivamente: grupo intervención disminuyó de 86% al mes, 81% a los 3 meses y 73% a los 5 meses. Grupo control fue de 71% al mes, 49% a los 3 meses y 27% a los 5 meses. p <0.001. 7. Inicio LM: grupo control fueron 2 veces más propensas de no iniciar LM inmediatamente comparado con las madres del grupo de intervención. aOR = 2.53, IC 1.29- 4.97, p = 0.007.	El apoyo de asesoramiento entre pares para apoyar la LME debería empezar durante la gestación continuar durante al menos los primeros meses de nacimiento para favorecer el inicio y continuidad de la práctica.

	intervalos de confianza del 95% y valor p <0.05. **Criterios éticos:** Aprobado por el Comité de Revisión de Investigación y Comité de Revisión Ética. Consentimiento informado.		

ARTICULO 4

TÍTULO: **Assessing the Efficacy of a Breastfeeding - Friendly Quality Improvement Project in a Large Federally Qualified Health Center Network** (53). Evaluación de la eficacia de un proyecto de mejora de la calidad favorable a la lactancia materna en una gran red de centros de salud con calificación federal **Año:** 2015			
Objetivo y Nivel de Evidencia	**Material y Método**	**Resultados**	**Conclusiones**
Evaluar el efecto de una Iniciativa Amigable con la Lactancia Materna (BFI) sobre el conocimiento y las actitudes de los médicos y el personal no médico, así como las tasas de lactancia materna de pacientes dentro de una gran red de Centros de Salud Calificados a nivel federal sin consultores	**Diseño:** Cuasi experimental. **Población:** Personal de salud perteneciente a centros de atención primaria de Nueva York dependientes del Instituto de Salud de la Familia. **Muestra:** 136 personas tanto del personal médico y no médico con contacto directo en la atención con bebés. El grupo total fue dividido aleatoriamente en 68 personas tanto para el grupo control como para el grupo intervención. Muestra probabilística de tipo aleatoria.	**Caracterización de la Muestra:** 82.4% mujeres 17.6% hombre, 47.1% entre 25 y 35 años, 53.7% Origen no hispano, 51% Profesión médica, 21% no médica, 27% personal de apoyo. **Principales Resultados que aportan a responder a la pregunta estructurada:** 1. Personal de apoyo y de atención directa / no médico tenían los puntajes más bajos de conocimiento y actitud antes de la intervención, los administrativos tenían los puntajes más altos de la prueba previa. p <0.01.	Un educador/a en Lactancia materna y la implementación de una iniciativa amigable de LM, favorece las tasas de LM. La educación del personal para mejorar conocimientos y actitudes en los centros de atención primaria mejora los resultados de LM.

de lactancia en el personal. **Nivel de Evidencia:** 2+	**Intervención:** 2 intervenciones **Intervención presencial:** Sesiones de 45 minutos de educación sobre LM, realizada por un miembro perteneciente a la Iniciativa amigable con la LM. Los contenidos fueron: beneficios de la LM, riesgos de la alimentación con fórmula, importancia de aumento de la tasa de LM, leyes que protegen la lactancia, mitos sobre LM, importancia del apoyo en la LM, recursos internos para apoyo de las madres. **Intervención en línea**: Sesión sobre educación en LM. Los mismos temas de la sesión presencial, con la opción de ponerse en contacto con el personal de la Iniciativa amigable con la LM para resolver dudas o generar discusión. **Instrumento:** Cuestionario de 12 preguntas sobre conocimientos y 18 sobre actitud ante la LM (previo intervención y post intervención). **Análisis:** Programa STATA, Descriptivo con medidas de tendencia central e Inferencial no paramétrico con Prueba de Kaplan meier y prueba de Mantel Cox. **Criterios éticos:** Uso de consentimiento informado. Aprobación	2. Todo el personal tuvo mejoría en las puntuaciones en actitudes y conocimientos después de la intervención. $p < 0.01$. 3. Amamantamiento al mes: pre-intervención 38%, implementación 57%. $p < 0.01$. 4. Amamantamiento a los 6 meses: pre-intervención 7%, implementación 11%. $p < 0.01$. 5. Duración de LM: pre-intervención mediana de 1 mes, 2 meses post intervención. $p = 0.10$. 6. Tipo de formación: Sin diferencia significativa entre sesión presencial y sesión on line, $p = 0.28$	La intervención educativa fue efectiva para todo el personal. Al no haber diferencias significativas entre la sesión presencial y on line, esta última puede apoyar el perfeccionamiento en LM.

	por Comité de ética del Instituto de Salud de la Familia.		

ARTICULO 5

TÍTULO: **Effectiveness of Baby-friendly community health services on exclusive breastfeeding and maternal satisfaction: a pragmatic trial** (50). Eficacia de los servicios de salud comunitarios amigables para los bebés en la lactancia materna exclusiva y la satisfacción materna: un ensayo pragmático **Año:** 2016			
Objetivo y Nivel de Evidencia	**Material y Método**	**Resultados**	**Conclusiones**
Evaluar la efectividad de la implementación de la Iniciativa amigable para los niños (BFI) en servicios de salud comunitarios. **Nivel de Evidencia:** 2+	**Diseño:** Ensayo controlado cuasi aleatorio **Población:** Madres pertenecientes a municipios en seis condados noruegos donde aún no se había introducido la iniciativa amigable para bebés en los servicios de salud comunitarios. Los datos fueron recopilados desde diciembre de 2009 hasta el 7 de mayo de 2012. **Muestra:** madres de bebés de cinco meses. Grupo intervención 990 personas y grupo control 916. Tipo probabilística. **Intervención:** Entrega de manual sobre cómo ser amigo de los bebés, con un estándar de calidad para el	**Caracterización de la muestra:** Grupo intervención: 16% madres de 16 a 24 años, 34% de 25 a 29 años, 53% conviven con pareja, 43% primípara. Grupo Control: 14% de 16 a 24 años, 34% de 25 a 29 años, 50% conviven con pareja, 45% primípara. **Principales Resultados que aportan a responder a la pregunta estructurada:** 1. LME hasta 5 meses: Grupo intervención tuvo más probabilidades con un 41.4%, grupo control 35.8%. p = 0.01 OR = 1.39; IC del 95%: 1.09 - 1.77. 2. LME hasta los 6 meses: Grupo intervención más probabilidades con un 18%, grupo control con un 14%. Valor p=0.03 OR; 1.33 IC 95%: 1.02- 1.72.	La iniciativa amigable para los niños (BFI) adaptado para los servicios de salud comunitarios, aumentó la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. La efectividad de esta intervención estructurada puede ser de importancia para la salud pública.

	asesoramiento sobre LM. Los servicios de salud fueron supervisados por dos enfermeras de la Unidad Nacional de Asesoramiento Noruego de LM ofreciendo herramientas de evaluación, acción y reevaluación a los servicios de salud comunitarios. 1º etapa: Se examinaron las prácticas de LM y razones de la interrupción. 2º etapa: Cuestionario de autoevaluación completado por el personal para aclarar las prácticas existentes. 3º etapa: Desarrollo de política escrita de LM y un programa de capacitación basado en el estándar de calidad según OMS y UNICEF. Al 3er mes de la implementación, se realiza encuesta a gestantes y madres de bebés de 6 semanas de edad por parte de la Unidad Nacional de Asesoramiento sobre la LM de Noruega confirmando la calidad de consejería. Un año después de la designación, se volvió a examinar la prevalencia de LM para estimular un proceso continuo de evaluación y acción. **Instrumento:** Cuestionario sobre prácticas de alimentación infantil,		

	satisfacción materna con la experiencia y presión percibida de amamantar. **Análisis:** Programa Ime4 y SPSS 21. Inferencial de tipo paramétrico a través de regresión logística. Odds Ratio. **Criterios éticos:** Aprobado por Comités Regionales de Ética en Investigación Médica, se obtuvo consentimiento informado.		

ARTICULO 6

TÍTULO: Mothers' education and ANC visit improved exclusive Breastfeeding in Dabat Health and Demographic Surveillance System Site, northwest Ethiopia (47). La educación de las madres y la visita prenatal (ANC) mejoraron la lactancia materna exclusiva en el sitio del Sistema de Salud y Vigilancia Demográfica de Dabat, en el noroeste de Etiopía. **Año:** 2017			
Objetivo y Nivel de Evidencia	**Material y Método**	**Resultados**	**Conclusiones**
Investigar la lactancia materna exclusiva y sus determinantes en el noroeste predominantemente rural de Etiopía. **Nivel de Evidencia:** 3	**Diseño:** Transversal de tipo descriptivo **Población:** 5.227 madres con hijos menores de 5 años. Datos aportados por el Sistema de Vigilancia de la Salud y Demografía (SVDS), ubicado en el distrito Dabat, Etiopía. **Muestra:** No se utilizó ya que fue censo.	**Caracterización de la muestra:** 9% madres entre 15 y 19 años, 65.3% madres entre 20 y 34 años, 63.4% analfabetas, 75.4% ruralidad, 86% casadas, 68% una visita de atención prenatal realizada, 64% sin método anticonceptivo, 99% habían amamantado alguna vez a su hijo, 44% inicio temprano de LM.	La visita prenatal es el punto de entrada para mejorar el comportamiento de la LM, proporcionando educación nutricional y asesoramiento para la práctica. La LME se asocia a con las características

	Instrumento: Cuestionario estructurado para obtener datos sobre inicio de LM y duración de LM exclusiva. **Análisis:** Programa STATA 14. Inferencial de tipo paramétrico a través de regresión logística. Odds Ratio, intervalo de confianza (IC) del 95%. Valor p <0.05. **Criterios éticos:** Aprobado por la Junta de Revisión Ética (IRB) de la Universidad de Gondar. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito del jefe de familia.	**Principales Resultados que aportan a responder a la pregunta estructurada:** 1. LME: probabilidades altas entre las madres de 20 - 35 años y que vivían en zonas urbanas. Valor p <0.05. 2. LME: mayor probabilidad en madres que asistieron al menos a una visita prenatal con un 38% en comparación con las que no asistieron 18%. Valor p <0.05. 3. Inicio de LM: mayores probabilidades de LME en madres que iniciaron la práctica tempranamente con un 27%, en comparación al inicio tardío 17% valor p <0.05.	sociodemográficas y la atención sanitaria recibida por las madres. El fortalecimiento de una estrategia de alimentación infantil y la utilización de la salud materna es esencial para aumentar las tasas de LME.

5.2 ARTÍCULOS CUANTITATIVOS DE INTERVENCIÓN HOSPITALARIA

ARTÍCULO 7

TÍTULO: Factors related with breastfeeding self-efficacy immediate after birth in puerperal adolescents (55). Factores relacionados con la autoeficacia de la lactancia materna inmediatamente después del nacimiento en adolescentes puérperas. **Año**: 2017			
Objetivo y Nivel de Evidencia	**Material y Método**	**Resultados**	**Conclusiones**
Determinar la asociación entre la autoeficacia de la lactancia materna y factores sociodemográfica y obstétricos de adolescentes. **Nivel de Evidencia:** 3	**Diseño:** Transversal de tipo descriptivo. **Población:** Adolescentes puérperas atendidas en maternidad pública de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Muestra:** No se utilizó ya que fue censo. **Instrumentos:** Versión brasileña de la Escala de autoeficacia de la LM. **Análisis:** Programas SAS 9 y R 3 Descriptivo con intervalo de confianza de 95%. Inferencial con Test de Fisher, valores p< 0.05. **Criterios éticos:** Aprobado por Comité de ética Universidad de São Paulo. Uso de consentimiento informado.	**Caracterización de la muestra:** Edad media de 16.5 años, 58.5% educación primaria completa, 46.8% con pareja, 52.1% casa propia y 87.2% sin empleo. Características obstétricas: 93.2% primípara, 66% no planeó la gestación, 57.4% amamanta dentro de la primera hora de vida y 93% amamantando exclusivamente. Todas contaban con ayuda de alguien para cuidar el bebé. 54.2% presentó alta autoeficacia. **Principales Resultados que aportan a responder a la pregunta estructurada:** 1. Autoeficacia de adolescentes con ayuda en el cuidado de bebé: baja 7.4%, moderada 15%, alta 37%. p= 0.0083.	Se ha demostrado que las madres adolescentes con mayor autoeficacia para la LM han recibido apoyo familiar en el post parto, siendo un factor determinante para iniciar y mantener la LM. Asimismo, se evidencia que un alto nivel de autoeficacia para la LM se asocia con una mayor probabilidad de inicio de la práctica en las adolescentes puérperas. Por lo tanto, considerar la autoeficacia en la planificación de la LM es una variable muy importante para trabajar con madres adolescentes,

		2. Autoeficacia de adolescentes que amamantan la primera hora de vida: baja 10%, moderada 14%, alta 34%. p= 0.0244.	previniendo así el destete precoz.

ARTÍCULO 8

TÍTULO: The baby-friendly hospital initiative and breastfeeding at birth in Brazil: a cross sectional study (57)**.** La Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la lactancia materna al nacer en Brasil: un estudio transversal **Año:** 2016			
Objetivo y Nivel de Evidencia	**Material y Método**	**Resultados**	**Conclusiones**
Analizar la asociación entre parto en un Hospital amigo del Niño (BFH), en comparación con uno no BFH, e inicio oportuno de la lactancia materna. **Nivel de Evidencia:** 3	**Diseño:** Transversal de tipo correlacional causal. **Población:** 22.035 madres / bebés. Mujeres postparto y sus recién nacidos coordinados por la Fundación Oswaldo Cruz. Datos recolectados entre febrero de 2011 a octubre 2012. **Muestra:** No se utilizó ya que fue censo. **Instrumentos:** Cuestionario con preguntas sobre características neonatales y lactancia materna al nacer. **Análisis:** Programa Estadístico: No señala, Inferencial no paramétrico con Chi Cuadrado	**Caracterización de la muestra:** 19% madres de 12 a 19 años, 71% madres de 20 a 34 años, 10% madres de 35 o más años, 53% primíparas, 81% con esposo o pareja, 39% escolarización entre 11 a 14 años. **Principales resultados que aportan a responder a la pregunta estructurada:** 1. Amamantamiento la primera hora de vida en BFH: Mayor probabilidad en menores de 35 años. Entre 12 a 19 años con un 63%, 20 a 34 años con un 56% y 35 o más años con un 45%. $p < 0.20$. 2. LM durante primera hora de vida en BFH: Mayor probabilidad en quienes recibieron información sobre LM prenatal con 58.2% versus 51%	Es de suma importancia adoptar la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (BFH) para mejorar las prácticas perinatales y oportuna iniciación de la LM en la primara hora después del nacimiento. El inicio precoz de la LM durante la primera hora de vida del bebé se ha demostrado que es crucial para el inicio y mantenimiento de la práctica, el cual es favorecido por los partos vaginales considerando el contacto piel con piel

	Inferencia Paramétrico con regresión logística. Odds Ratio con IC de 99%. **Criterios éticos:** Aprobado por comité de ENSP / FIOCRUZ. Uso de consentimiento informado.	quienes no la recibieron IC 99% 1.02-1.74. p < 0.01. 3. Tipo de parto en BFH: El parto vaginal permitió mayor probabilidad que el bebé fuera amamantado durante la primera hora de nacimiento 70.3%, que en los partos por cesáreas 48% IC 99% 2.19-3.62. p < 0.01.	inmediato entre la madre y el recién nacido.

ARTÍCULO 9

TÍTULO: An intervention to extend breastfeeding among black and Latina mothers after delivery (59). Una intervención para extender la lactancia materna entre las madres negras y latinas después del parto **Año:** 2014			
Objetivo y Nivel de Evidencia	**Material y Método**	**Resultados**	**Conclusiones**
Comparar la duración de la LM en madres después del parto que fueron asignadas aleatoriamente a una intervención educativa conductual versus atención habitual mejorada. **Nivel de Evidencia:** 1+	**Diseño:** Controlado aleatorizado **Población:** Mujeres de raza negra y latinas del hospital terciario, Nueva York, entre abril de 2009 y marzo 2010. **Muestra:** 540 mujeres desde los 18 años de edad. 270 para grupo control y 270 para grupo intervención. Tipo Probabilística aleatoria simple para ambos grupos. **Instrumento:** Cuestionario aplicado a las 3 semanas y 6 meses post	**Caracterización de la muestra:** Edad media de 28 años, 62% mujeres latinas, 38 % raza negra. **Principales Resultados que aportan a responder a la pregunta estructurada:** 1. Inicio LM: 84% en ambos grupos. 2. Duración de LM: mediana de 12 semanas para el grupo de intervención y 6.5 semanas para grupo control. p = 0.019.	Una intervención de tipo educativa basada en el comportamiento postparto tiene el potencial de aumentar la duración de la lactancia materna entre madres de raza negra y latinas. Esta intervención tiene una gran implicancia para la salud pública pudiendo mejorar las tasas de lactancia materna.

	intervención. Obtiene datos de duración de LM y tipo de parto. **Intervención:** 1º Etapa: Sesión educativa con asistente social en el hospital, apoyo de habilidades de autoeficacia y entrega de material educativo incluyendo LM y dolor en pezones. 2º Etapa: 1º llamada telefónica 2 semanas post parto por asistente social para evaluar habilidades en manejo de síntomas postparto y creación de plan de acción, incluyendo recursos de la comunidad. Una 2º llamada telefónica luego de 2 semanas para el control del plan de acción. **Análisis:** Programa SAS. Inferencial de tipo paramétrico con prueba t y no paramétrico con Prueba χ^2 de Pearson, Kaplan meier y regresión de Cox. Intervalo de Confianza de 95%. **Criterios éticos:** Consentimiento Informado. Estudio aprobado por Programa para la Protección de sujetos humanos perteneciente a la Escuela de Medicina Icahn.		

ARTÍCULO 10

TÍTULO: Associations of Hospital Staff Training and Policies with Early Breastfeeding Practices (60). Asociaciones de capacitación del personal hospitalario y Políticas con prácticas de lactancia materna temprana. **Año:** 2014			
Objetivo y Nivel de Evidencia	**Material y Método**	**Resultados**	**Conclusiones**
Evaluar si la capacitación del personal, los aspectos estructurales y organizativos de la atención, como las políticas, se asociaron con los comportamientos de lactancia materna de los bebés de 24 a 48 horas después del parto. **Nivel de Evidencia:** 3	**Diseño:** No se explicita, se puede inferir como estudio transversal de tipo correlacional y causal. **Población:** Datos de 48 hospitales de Alabama, Estados Unidos, durante el año 2009, consideran 24 a 48 horas después del parto. 41.536 lactantes sanos, nacidos de término, del total, 24.333 niños alimentados con LM y 17.203 con fórmula láctea. **Muestra:** No utiliza, ya que es censo. **Instrumentos:** No utiliza **Análisis:** Programa SAS versión 9.2. Inferencial no paramétrico con chi cuadrado de Pearson y paramétrico a través de regresión logística. Valor p de <0.05. **Criterios éticos:** Aprobado por Comité de Ética del Centro para el control y prevención de enfermedades del Departamento de salud pública de Alabama.	**Caracterización de la Muestra:** Niños alimentados con LM: 9.2% madres menores de 19 años y 80% entre 20 y 34 años. 13% con educación materna menor de 12 años, 47% primípara. Niños alimentados con fórmula: 18% madres menores de 19 años y 75% entre 20 y 34 años. 29% con educación materna menor de 12 años, 38% primípara. **Principales Resultados que aportan a responder a la pregunta estructurada:** 1. Tipo de alimentación: LM 58.6%, de ellos, el 82.4% alimentados con LME y 17.6 mixto. Fórmula 41.4%. p <0.0001. 2. Probabilidad de amamantar:	Tanto la capacitación del personal del hospital como la organización estructural y factores, como las políticas, juegan papeles importantes en apoyo a la lactancia materna. Educar al personal del hospital para mejorar sus conocimientos, actitudes y habilidades relacionadas con la LM, implementar una política integral de LM por escrito y asegurar la continuidad de la LM prenatal y posnatal puede mejorar la práctica en madres con recién nacidos.

		- Mayor probabilidad en hospitales con horas de educación en LM para nuevas enfermeras p<0.01 OR 1.71. - Mayor probabilidad en hospitales donde enfermeras reciben educación en LM en su último año de estudio. p< 0.05 OR 1.70. - Mayor probabilidad en hospitales con un coordinador de LM designado OR 2.40 p< 0.001. - Mayor probabilidad en hospitales con una política escrita de LM OR 1.86 p< 0.01.	

ARTÍCULO 11

TITULO: Impact of a Baby-Friendly hospital on breastfeeding indicators in Shaqlawa district in Erbil governorate, Kurdistan region of Iraq (58). Impacto de un hospital amigable para niños en los indicadores de lactancia materna en el distrito de Shaqlawa en la gobernación de Erbil, región de Kurdistán, Iraq **Año**: 2015			
Objetivo y Nivel de Evidencia	**Material y Método**	**Resultados**	**Conclusiones**
Evaluar el impacto de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño sobre los indicadores de lactancia materna definidos por la OMS en el distrito de Shaqlawa en la región de Kurdistán en Irak.	**Diseño:** Transversal de tipo descriptivo. **Población:** Madres de Shaqlawa distrito en la gobernación de Erbil de Kurdistán región de Iraq durante octubre del año 2013. **Muestra:** 200 parejas de madres e hijo <30 meses. Probabilística aleatoria simple.	**Características de la Muestra:** 26% Madres entre 18 y 24 años, 77% madres sin empleo, 82% parto vaginal, 69% parto en Hospital de Shaqlawa amigo del niño y 28% en hospital no amigo del niño.	El escenario hospitalario en donde la mujer tenga el parto tiene un impacto en inicio y mantención de la práctica de lactancia. Es necesario alcanzar los estándares necesarios y globales para ser Hospital

Nivel de Evidencia: 3	**Instrumento:** Cuestionario presencial para determinar prácticas de alimentación infantil. **Análisis:** Programa SPSS18. Descriptivo a través de distribución de frecuencias. Inferencial no paramétrico a través de Chi cuadrado. Valor $p \leq 0.05$. **Criterios éticos:** Aprobado por Comité de ética en la Facultad de Enfermería, Hawler Universidad Medica. Uso de Consentimiento informado.	**Principales Resultados que aportan a responder a la pregunta estructurada:** 1. Inicio de LM temprana en la primera hora postparto: en hospital amigo del niño 45%. En hospital no amigo del niño 18%. p = 0.007. 2. LM continua: Hospital amigo del niño 53.3%, Hospital no amigo del niño 50%. p = 0.29.	amigo del niño considerando su importancia en el aumento de la lactancia materna.

ARTICULO 12

TÍTULO: Hospital practices to promote breastfeeding: The effect of maternal age (56). Prácticas hospitalarias para promover la lactancia: el efecto de la edad materna. **Año:** 2017			
Objetivo y Nivel de Evidencia	**Material y Método**	**Resultados**	**Conclusiones**
Determinar cómo la edad materna puede afectar la recepción de prácticas hospitalarias y las asociaciones entre estas prácticas y la lactancia materna exclusiva. **Nivel de Evidencia:** 3	**Diseño:** Transversal de tipo descriptivo retrospectivo **Población:** 1598 madres entre 18 y 45 años que dieron a luz a un solo bebé de término, en un hospital de los Estados Unidos. **Muestra**: No utiliza, fue censo. **Instrumento:** Encuesta Escuchando a las madres III, que obtiene datos sobre las	**Caracterización de la muestra:** 6% de los participantes tenía entre 18 y 19 años, el 23% 20 y 24 años, 23% hispanas o latinas, 37% termina estudios de secundaria, 64% casada, 39% primípara, 72% parto vaginal. **Principales Resultados que aportan a responder a la pregunta estructurada:**	Debido a que las madres adolescentes tienen menos probabilidades de amamantar, el personal de salud puede optar por no proporcionar educación y recursos para favorecer la LM. Las prácticas hospitalarias para promover la lactancia

	experiencias de la maternidad relacionadas con prácticas hospitalarias, obteniendo información sobre ayuda al comenzar a amamantar por personal Enfermero, Ayuda en la técnica de LM, Entrega de fórmula o agua para complementar LM, motivación para LM, entrega de información sobre recursos de apoyo a la LM en la comunidad, nacimiento, postparto y alimentación postparto. **Tipo de análisis:** Programa SPSS 23. Análisis inferencial no paramétrico con Chi cuadrado, paramétrico con regresión logística multivariable. Valor p <0.05. **Criterios éticos:** El uso de este conjunto de datos disponible está exento de comité de ética. Cuenta con autorización de la institución.	**Prácticas de Promoción:** 1. Entrega de fórmula y/o agua por parte del personal hospitalario: abstención de la entrega 40%, p= 0.183. 2. Ayuda a comenzar LM por parte de enfermeras u otro profesional manteniendo contacto piel con piel: Madres entre 18 y 19 años redujeron las posibilidades de recibir ayuda por el personal con un 41%, grupo entre 20 a 24 48%, grupo de 25 a 29 53% y madres mayores de 30 años 51%. p< 0.05 OR 0.59 IC 95%: 0.35-0.99. 3. Alojamiento conjunto: madres entre 18 y 19 años tienen menos probabilidades de alojamiento conjunto con su bebé con un 46%, grupo entre 20 a 24 años 68%, grupo entre 25 a 29 años 70% y mayores de 30 años 70%. p <0.01 OR 0.32 IC 95% 0.19 a 54. **LME a 1 semana del parto y asociaciones con las prácticas hospitalarias.** 1. LME a una semana del parto: 63% p= 0.080.	materna pueden implementarse de manera diferente según la edad de la madre. El incentivar y permitir a las madres adolescentes compartir habitación con sus bebés y mantener contacto piel con piel, puede ser particularmente importante para la instalación y éxito de la práctica y para reducir las disparidades en LM.

		2. Madres con LME a 1 semana y colaboración para la LM en hospital: Mayor probabilidad en aquellas que recibieron colaboración en el hospital con contacto piel con piel p<0.01 OR 1.48. Con fuerte asociación entre el grupo de edad de 20 a 24 años p<0.01 OR 3 en comparación al grupo entre 18 y 19 años OR 0.99, grupo entre 25 a 29 años OR 0.97 y mayores de 30 OR 1.38. Valor p <0.01. 3. Madres con LME a 1 semana y contacto piel a piel en hospital: Las madres entre 18 y 19 años aumentaron probabilidades de LME a una semana OR 3.83 en comparación con grupo entre 20 a 24 OR 1.56, grupo 25 a 29 años OR 1.65 y mayores de 30 años OR 1.33 p <0.01.	

5.3 ARTÍCULOS CUANTITATIVOS DE INTERVENCIÓN MIXTA

ARTÍCULO 13

TÍTULO: Counselling sessions increased duration of exclusive breastfeeding: a randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers (54). Las sesiones de consejería aumentaron la duración de la lactancia materna exclusiva: un ensayo clínico aleatorizado con las madres adolescentes y abuelas. **Año:** 2014			
Objetivo y Nivel de Evidencia	**Material y Método**	**Resultados**	**Conclusiones**
Evaluar la eficacia del asesoramiento sobre lactancia materna para adolescentes y sus madres en el aumento de la duración de la lactancia materna exclusiva. **Nivel de Evidencia:** 1++	**Diseño:** Ensayo clínico aleatorizado **Población:** Madres adolescentes, sus bebés y sus madres (abuelas maternas), atendidos en la clínica de maternidad del Hospital de Porto Alegre (Hospital Amigo del Niño). **Muestra:** 323 trinomios aleatorizadas en cuatro grupos: (1) 79 no viviendo con la madre, sin intervención; (2) 75 no viviendo con la madre, con intervención; (3) 81 viviendo con madre, sin intervención, (4) 88 viviendo con madre, con intervención. Reclutadas entre mayo de 2006 a enero de 2008 y el seguimiento desde junio de 2006 a febrero de 2009. Muestra de Tipo probabilística aleatoria. **Instrumentos:** Cuestionario obteniendo información sobre parto y experiencia con la LM frente a las prácticas de alimentación	**Caracterización de la muestra:** - Grupo Intervención: 27% educación materna mayor a 8 años. 86.5% primiparidad, edad promedio de abuela 43 años. - Grupo Control: 23% educación materna mayor a 8 años 84% primiparidad, Edad promedio de abuela 45 años **Principales Resultados que aportan a responder a la pregunta estructurada:** 1. Duración de LM: En ambos grupos con intervención hubo un aumento con respecto a los grupos sin intervención. $p > 0.05$. 2. Promedio de LM: Grupo intervención 17 meses. Grupo control 12 meses. $p > 0.05$.	La consejería sobre lactancia materna con madres adolescentes y sus propias madres (abuelas maternas), demostró ser eficaz para aumentar la duración de la LM. Se pospuso el abandono de LME a más allá del tercer mes de vida. Por lo tanto, esta estrategia tiene el potencial de mejorar muchas vidas, evitar hospitalizaciones y dar una mejor calidad de vida y salud de niños de madres adolescentes.

	durante el periodo de recién nacido y los primeros 6 meses de nacimiento. **Intervención:** 5 Sesiones realizadas por un miembro del equipo (2 enfermeras, una nutricionista y una pediatra), dirigidas a madres y abuelas en la maternidad y en domicilio para el seguimiento a los 7, 15, 30, 60 y 120 días de edad del niño/a. Las sesiones en la maternidad fueron realizadas individualmente a la madre y abuela, en el domicilio se realizaron en forma conjunta. Las temáticas tratadas fueron: importancia y duración de la LM, factores que interfieren con la producción de leche, técnica de LM y consecuencias de usar un chupete. Se alentó a las madres a amamantar durante la intervención, siempre que fuese posible, para observación de técnica, entregándose material educativo al finalizar. **Análisis:** Programa estadístico: SPSS 16. Descriptivo: medida de tendencia central (Mediana). Inferencial: no paramétrico con Chi cuadrado, Logrank, regresión de Cox y paramétrico con Kaplan meier, IC 95%. **Criterios éticos:** Aprobado por Comité de Ética e Investigación del Hospital de Clínicas de Porto Alegre y Programa para la Protección de sujetos humanos perteneciente a la Escuela de Medicina Icahn. Uso de consentimiento Informado.	3. Grupos intervención: No viven con abuela: duración de LME 103 días IC 95% = 82.4-123.5. Viven con abuela: duración de LME 89 días IC 95% = 56.8-121.2. p > 0.05. 4. Grupos sin intervención: No viven con abuela: 36 días IC 95% = 21.5 - 50.5.Viven con abuela: 43 días IC 95% = 29.5-56.1. p> 0.05. 5. Duración de LM solo con intervención sin la convivencia con abuela: Grupo intervención: 99 días IC 95% = 83.4-114.6 y Grupo control: 41 días IC 95% = 30.5-51.5. p> 0.05. 6. Abandono de la LM en los primeros 6 meses: Grupo intervención sin convivencia con abuelas: redujo a un 48% HR [cociente de riesgos] = 0.52; IC 95% = 0.36-0.76. Grupo intervención en convivencia con abuelas: redujo a un 36% HR = 0.64; IC 95% = 0.46-0.90. p= 0.220.	

5.4 ARTÍCULOS CUALITATIVOS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

ARTICULO 14

TÍTULO: Las necesidades de las adolescentes madres en el contexto educativo: un estudio de caso en una institución de educación pública (52). **Año**: 2015			
Objetivo y nivel de evidencia	**Material y método**	**Resultados**	**Conclusiones**
Explorar cuales son las necesidades en el ámbito educativo en las adolescentes embarazadas y que practican la LM. **Nivel de Evidencia**: 4	**Trayectoria Metodológica:** Fenomenológica, con enfoque filosófico de Heidegger. **Muestra:** 3 adolescentes entre 13 a 17 años, embarazadas o en periodo de lactancia no mayor a 6 meses del Liceo Roberto Brenes Mesén en el año 2013. **Instrumentos:** Entrevista semi estructurada **Análisis:** de contenido. **Criterios éticos:** Aprobación Comité de ética Universidad de Costa Rica**.** Uso de consentimiento informado	**Caracterización de los participantes:** Indicado en metodología. **Principales categorías:** **1. Apoyo social:** Estado como fuente de recursos económicos, al parecer insuficiente para toda la población. Se identifica la familia como la principal red de apoyo, especialmente la madre y a la pareja, quien también otorga apoyo durante el embarazo y la LM. **2. Necesidades y oportunidades educativas**: Se reconocen las sillas como una limitante de infraestructura, son incómodas. La vestimenta, especialmente el uniforme, afecta su bienestar y comodidad. Solicitan modificar horarios para ir a ver a su hijo en	Se requiere que las instituciones de educación se involucren más a fondo con las madres adolescentes para conocer sus carencias dentro del ámbito educativo relacionado con la maternidad y la LM. Algunas facilidades como sillas más cómodas y ropa que se adapte a su embarazo y lactancia son consideradas verdaderas necesidades que el colegio podría satisfacer para facilitar su asistencia y permanencia en el.

		medio de la jornada educativa principalmente para amamantar. **3. Proyecto de Vida:** Tienen interés en superarse y tener oportunidades en su vida.	

ARTÍCULO 15

TÍTULO: Vivência da amamentação por mães adolescentes: experiências positivas, ambivalências e dificuldades (38). Viv**e**ncias del amamantamiento por madres adolescentes: experiencias positivas, ambivalencias y dificultades **Año:** 2016			
Objetivo y nivel de evidencia	**Material y método**	**Resultados**	**Conclusiones**
Comprender la experiencia de la lactancia materna en madres adolescentes. **Nivel de Evidencia**: 4	**Trayectoria Metodológica:** Estudio descriptivo, trayectoria exploratoria. **Muestra:** 9 madres adolescentes atendidas en la Estrategia de Salud de Familia de un municipio de la frontera oeste de Río Grande del Sur. El número de participantes fue generado a través de saturación teórica. **Instrumentos:** Entrevista semi estructurada. Los datos fueron recopilados en los meses de abril y mayo de 2016. **Análisis:** Análisis de contenido. **Criterios éticos:** Aprobado por el comité de ética en Investigación de la Universidad de	**Caracterización de los participantes:** No presenta. **Principales categorías:** **1. Experiencias positivas vivenciadas en la LM:** La lactancia posibilita el vínculo afectivo entre madre e hijo, en una de las más importantes expresiones de cuidado materno buscando demostrar el afecto hacia su bebé. Es una práctica aprendida, debe ser estimulada principalmente por las familias, quienes entregan soporte y apoyo.	Las madres adolescentes pueden amamantar de forma satisfactoria y eficaz, siendo una experiencia vivida de forma única y positiva posibilitando una aproximación mayor con su hijo. La práctica reviste de ambigüedades y ambivalencias de sentimientos, además de necesidades que debe ser visualizadas. Las dificultades de la LM fueron vivenciadas,

	Federal de Pampa. Uso de asentimiento y consentimiento informado.	**2. Ambivalencias vivenciada en la lactancia materna:** Se viven momentos agotadores, expresándose en la ambigüedad de la práctica o ambivalencia de sentimientos principalmente en el proceso de adaptación a la LM. **3. Dificultades enfrentadas en la lactancia materna:** Se evidencian al principio del proceso, asociado a dolores por fisuras mamarias. Las familias se encuentran presentes en lo cotidiano, quienes hacen de soporte y apoyo ante dificultades.	principalmente al inicio del proceso, período en que los profesionales de la salud deben tener una mirada atenta promoviendo, protegiendo y apoyando la LM. Se sugiere que los profesionales de la salud, especialmente los enfermeros, movilicen estrategias de asesoramiento oportuno a las madres adolescentes para expresar sus sentimientos, dudas, incertidumbres y miedos.

ARTÍCULO 16

TÍTULO: Prática de enfermeiras na promoção do aleitamento materno de adolescentes brasileiras (51). Práctica de Enfermeras en la promoción de la lactancia materna de adolescentes brasileñas. **Año:** 2016			
Objetivo y nivel de evidencia	**Material y método**	**Resultados**	**Conclusiones**
Identificar la práctica de las enfermeras que actúan en la red municipal de Ribeirão Preto, Brasil, en relación a	**Trayectoria Metodológica:** Descriptivo de trayectoria exploratoria. **Muestra:** 12 enfermeras pertenecientes a la Red de Salud básica Ribeirão Preto, Brasil.	**Caracterización de los participantes:** No presenta **Principales categorías:**	Es necesaria la formación y educación continua frente a la lactancia materna, con miras a un nuevo perfil de enfermería para la atención

la promoción de la lactancia materna para gestantes y/o madres adolescentes. **Nivel de Evidencia**: 4	Muestra determinada a través de saturación teórica. **Instrumentos:** Entrevista semi estructurada y Observación. Datos recolectados entre julio y agosto de 2009. **Análisis:** De contenido. **Criterios éticos:** Aprobación Comité de Ética Departamento Municipal de Salud de Ribeirão Preto. Uso de consentimiento informado.	**1. El trabajo se centró en la técnica recomendada y biológica:** El trabajo de promoción y apoyo en la lactancia demostró estar centrado en la dimensión biológica. Se enfatiza en la proximidad hacia la adolescente, buscando conocerla y reconocerla como ser social. **2. Servicios de salud en el cuidado diario para las mujeres embarazadas y/o adolescentes:** Para la entrega de información se genera búsqueda de conocimientos para complementar sus acciones. El papel de la enfermera es a través de consultas en la clínica de lactancia y visitas domiciliarias siguiendo los protocolos. Sin embargo, la comunicación entre diferentes profesionales es burocrática e impersonal. **3. Profesional de Salud y la relación de la madre y/o madre adolescente:** Existe preocupación por construir una relación de confianza y escucha activa, respetando la decisión de la adolescente sobre amamantar y guiar a la adolescente en la LM. Sin embargo, las enfermeras no se sienten preparadas para enfrentar a	integral de las necesidades de las adolescentes.

		madres adolescentes que amamantan.	

ARTÍCULO 17

TÍTULO: Prática educativa realizada pela enfermagem no puerpério: representações sociais de puérperas (48). La práctica educativa realizada por la enfermera en el puerperio: representaciones sociales de puérperas **Año:** 2017			
Objetivo y nivel de evidencia	**Material y método**	**Resultados**	**Conclusiones**
Asimilar las representaciones sociales de puérperas sobre los contenidos de la práctica educativa realizada por la enfermera en el puerperio. **Nivel de Evidencia**: 4	**Trayectoria Metodológica:** Estudio descriptivo de trayectoria fenomenológica. Uso de teoría de representaciones sociales. **Muestra**: 19 puérperas mayores de 18 años, perteneciente a 5 centros de salud (CSF) de la Secretaría Ejecutiva Regional (SER) IV del municipio de Fortaleza / Ceará. Se utiliza método de saturación de datos. **Instrumentos:** Entrevista semi estructurada. Realizado de junio a septiembre de 2014. **Análisis:** Programa ALCESTE 2012. Análisis de contenido. **Criterios éticos: Aprobado por** Comité de Ética en Investigación en la Universidad Estatal de Ceará. Consentimiento informado.	**Caracterización de los participantes:** Edades entre 18 y 25 años, 8 mujeres casadas, 13 con estudios de secundaria completos, 11 sin trabajo remunerado. **Principales categorías:** **Orientaciones del equipo de enfermería:** Las orientaciones realizadas por el personal de enfermería, comienzan desde los primeros meses de gestación, referidos a la LM y sus beneficios desde la perspectiva del desarrollo infantil saludable. Los profesionales contribuyen con técnicas que apoyan la LM y colaborando en la técnica de acople. Se destaca posparto tranquilo, asociado al apoyo recibido de la	Los contenidos de las representaciones sociales de las mujeres puérperas anuncian que la educación sanitaria se asoció con las orientaciones del equipo de enfermería en el posparto. La práctica educativa realizada por la enfermera, que se centró principalmente en el niño e incluyó pautas relacionadas con la lactancia materna y la alimentación de la madre lactante. Las mujeres estaban al margen del aprendizaje, enfoque de las orientaciones era la salud del niño, lo que denota la necesidad de reflexiones y

		familia y los profesionales de la salud, enfatizando la importancia de la educación sobre LM para obtener experiencia y conocimiento. **Falta de educación sobre autocuidado de la mujer:** No recibieron educación de autocuidado, solo en relación con los niños, reforzando un enfoque de educación para la salud practicado por profesionales posparto centrado en estrategias de cuidado infantil demostrando insatisfacción al respecto.	cambios en este campo y en la práctica de los profesionales, ya que la educación sanitaria es uno de los principales dispositivos para la promoción de la salud. Se demuestra la necesidad de reenfocar las prácticas educativas desarrolladas con las madres para satisfacer todas sus necesidades en este período de vida, con énfasis no solo en los aspectos biológicos, sino también en lo psicológico y sociocultural.

5.5 ARTÍCULOS CUALITATIVOS DE INTERVENCIÓN HOSPITALARIA

ARTICULO 18

TÍTULO: Adolescents' Needs for Nurses' Support When Initiating Breastfeeding (61). Necesidades de los adolescentes para el apoyo de las enfermeras al iniciar la lactancia materna **Año:** 2014			
Objetivo y nivel de evidencia	**Material y método**	**Resultados**	**Conclusiones**
Explorar las necesidades de las adolescentes para el apoyo social de las enfermeras al iniciar la lactancia materna. **Nivel de Evidencia**: 4	**Trayectoria Metodológica:** Descriptivo de trayectoria exploratoria. **Muestra:** 101 Adolescentes de 13 a 20 años amamantando a su hijo en el postparto inmediato. **Instrumentos:** Escala para medir las percepciones de las adolescentes respecto al apoyo de las enfermeras en el post parto frente a la lactancia y entrevista. **Análisis:** De contenido **Criterios éticos:** Aprobación de la Junta de Revisión de Ética Institucional de Boise State University, Boise, Idaho. Uso de consentimiento informado.	**Caracterización de los participantes:** Edad promedio de 18 años, 76% primíparas, 24% multíparas, 17% afroamericanas, 54% latinas, 27% blancos. **Principales categorías** **1. Apoyo Informativo:** Sugerencias o consejos son considerados comportamientos informativos importantes. Se valora que las enfermeras se tomen el tiempo para responder preguntas. Sin embargo, hay existencia de información que se contradice entre las profesionales. **2. Apoyo Instrumental:** Incluye asistencia práctica que modifique el medio ambiente. Se valora en las enfermeras la comprensión del comportamiento del bebé,	Las adolescentes necesitan una combinación de apoyo informativo, instrumental, emocional y de evaluación para favorecer la LM. Las madres adolescentes aprecian y valoran a las enfermeras que se toman el tiempo para hablar con ellas sobre la LM y las ayudan a tener una técnica efectiva. Quieren oportunidades para dialogar sobre sus inquietudes sobre la LM y resolver dudas bajo la guía sensible de una enfermera.

		mostrando métodos y guías para que la madre amamante a su hijo, con la posición adecuada y el control ambiental, logrando así, que la madre exprese sus inquietudes. **3. Soporte emocional**: Da cuenta de la empatía, confianza y preocupación. El proporcionar por parte de las enfermeras privacidad a la madre, manteniendo la calma y el respeto al amamantar, principalmente en las tomas iniciales. **4. Apoyo en la evaluación**: Ofrecer aliento y retroalimentar la forma de amamantar. Alabar y animar los esfuerzos realizados por las adolescentes, lo que colabora en la confianza de poder amamantar con éxito. Las adolescentes se sintieron alentadas por los recordatorios verbales sobre la importancia de la LM para sus bebés por parte de las enfermeras.	

ARTÍCULO 19

TÍTULO: A sala de parto: o contato pele a pele e as ações para o estímulo ao vínculo entre mãe-bebê (62). La sala de parto como un escenario para la estimulación del vínculo entre la madre adolescente y el bebé **Año:** 2014			
Objetivo y nivel de evidencia	**Material y método**	**Resultados**	**Conclusiones**
Aprender acerca de las experiencias de las adolescentes puérperas sobre el primer contacto con su bebé en la sala de partos. **Nivel de Evidencia**: 4	**Trayectoria Metodológica:** Descriptivo, trayectoria fenomenológica aplicando el sustento filosófico de Husserl. **Muestra**: 10 puérperas adolescentes que tuvieron sus partos en el Hospital de la Universidad Federal de Río Grande y la Universidad Federal de Pelotas ambas del sur de Río Grande do Sul. **Instrumentos:** Entrevista semi estructurada. Datos recolectados desde noviembre 2008 a noviembre de 2009. **Análisis:** De contenido. **Criterios éticos: Aprobado por el** Comité de Ética de la Universidad Federal de Río Grande Uso de consentimiento informado y asentimiento.	**Caracterización de los participantes:** No presenta **Principales categorías** **1. El contacto entre la madre y el bebé en la sala de partos:** Para algunas madres adolescentes el contacto se realizó de manera inmediata, mientras que a otras sólo le mostraron a su hijo. En algunas madres hubo un contacto breve puesto que el bebé era prematuro por lo que no pudieron amamantar. **2. Las acciones tomadas en la sala de partos para estimular el vínculo madre-bebé:** Una de las acciones más importantes fue el inicio de la lactancia materna, la cual, varió de diez a treinta minutos, de acuerdo con si se efectuaba en la sala de partos o en la habitación.	La lactancia materna fue la acción que destacó en el estudio para fortalecer el vínculo entre madre adolescente y bebé en la etapa postparto. Es importante que el equipo de salud sea consciente del beneficio que todas estas acciones juntas brindarán a la madre, el bebé y los miembros de la familia para el fortalecimiento temprano del vínculo, ya que la lactancia materna aún en la sala de partos es una de las acciones que permite el contacto íntimo.

ARTICULO 20

TÍTULO: Representações sociais do aleitamento materno para mães-adolescentes-nutrizes (59). Representaciones sociales de la lactancia materna para madres adolescentes lactantes. **Año:** 2015			
Objetivo y nivel de evidencia	**Material y método**	**Resultados**	**Conclusiones**
Comprender qué representa la lactancia materna para las madres adolescentes lactantes e identificar sus sentimientos expresados al amamantar. **Nivel de Evidencia**: 4	**Trayectoria Metodológica:** Descriptivo de trayectoria Fenomenológica aplicando el sustento filosófico de Heidegger. **Muestra**: 12 madres adolescentes entre 10 y 19 años y amamantando, internadas en el servicio de maternidad del Hospital público de la ciudad de Jequié Bahía. Selección al azar. Se utiliza saturación de datos. **Instrumentos:** entrevista semi estructurada. Datos recolectados entre agosto y septiembre del año 2010 **Análisis:** De contenido. **Criterios éticos: Aprobación de** Comité de Ética en investigación de la Universidad Estatal del Sudoeste de Bahía. Se utilizó consentimiento informado tanto por las adolescentes mayores de 18 años como por los padres de menores de edad.	**Caracterización de los participantes:** Las edades de las adolescentes fluctuaron entre los 14 y 19 años, siendo 4 de ellas solteras y 8 casadas. **Principales categorías:** **1. La lactancia materna promueve el crecimiento y desarrollo del niño**: el dar leche materna representa para las adolescentes, proporcionar un crecimiento y desarrollo favorables para su hijo. **2. Lactancia materna estrechando los lazos afectivos entre madre e hijo:** La LM se reconoce como un acto de amor, cariño y afecto. Incluso ante un cambio significativo de la vida, estos sentimientos están presentes, aumentando la intimidad e intercambio de afecto, conectando afectivamente a la madre con su hijo.	Se percibe que ellas expresan el papel de madre que amamanta como un acto obligatorio y valoran los atributos de la lactancia materna para la salud del niño, en desmedro de su propia salud. Es posible percibir la construcción de la red de representación social sobre la LM como una condición que incluye a la mujer como siendo buena madre y, por lo tanto, la que debe darse para que su hijo crezca fuerte y sano, eximiendo la participación de los demás miembros familiares. Es necesario que el equipo de salud reflexione para desarrollar acciones de cuidado y educativas capaces de lidiar con la

		3. Lactancia materna realización de ser madre: Se representa a través de la práctica de amamantar el "ser madres", siendo estas representaciones ancladas a los aspectos psicoactivos. La experiencia sirve como medio de paso del papel de niña al de madre/mujer, constituyendo un momento de plena realización de la feminidad y satisfacción personal. También, se visualiza como un acto obligatorio, como un acto de deber de la mujer, siendo ellas las responsables de nutrir a su hijo.	complejidad del proceso de lactancia y, promover, proteger y apoyar la práctica entre las adolescentes y sus familiares.

5.5 RESUMEN DE RESULTADOS

A continuación, se presenta un resumen de los principales resultados obtenidos de los 20 artículos analizados y que aportan a responder la pregunta clínica planteada. Cabe destacar, que los resultados obtenidos, fueron agrupados según tipo de intervención y tienen relación tanto con el nivel primario de salud, como el nivel terciario e incluso educacional, ya que estos dos últimos niveles, también se encuentran involucrados en la resolución de la problemática.

TABLA N° 8: Resumen de principales resultados

1. Entregar a las madres adolescentes el tiempo necesario para expresión de sentimientos tanto positivos como negativos e inquietudes frente a la práctica de lactancia las ayuda a iniciar y mantener la LM (37, 38, 51, 61).
2. Un Programa educativo prenatal y post natal específico para madres adolescentes, se asoció con un incremento en el inicio y duración de la Lactancia Materna (37, 47, 49, 51, 55, 59, 61).
3. El asesoramiento y acompañamiento por pares, facilitadoras comunitarias y abuelas maternas ha demostrado que influyen positivamente en el inicio y duración de la lactancia materna en madres adolescentes (45, 46, 49, 54).
4. Alcanzar los estándares necesarios para que los centros de atención tanto primaria como terciaria adopten la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (BFH) considerando su importancia en el aumento de las tasas de lactancia materna (50, 53, 56-58).
5. Generar intervenciones permanentes de capacitación al personal para favorecer conocimientos y actitudes en centros de salud mejora los resultados en LM en adolescentes (51, 53, 56, 60).
6. Que los centros educacionales cuenten con un espacio, mobiliario y vestimenta adaptada para madres adolescentes facilita la lactancia materna (52).

7. Estimular el desarrollo de autoeficacia para la lactancia en madres adolescentes que se inicie en el periodo prenatal y reforzarla en los distintos contextos en periodo postnatal es un factor determinante para iniciar y mantener la LM (55).
8. El inicio de la LM durante la primera hora de vida del bebé ha demostrado que aumenta las probabilidades de inicio y mantenimiento de la lactancia materna (56, 57).
9. Permitir e incentivar el alojamiento conjunto precoz a las madres adolescentes con el recién nacido, es particularmente importante para la instalación y éxito de la lactancia materna (56, 57, 62).

CAPÍTULO 6

RECOMENDACIONES DE CUIDADOS BASADOS EN EVIDENCIA

A continuación, se proponen recomendaciones basadas en la evidencia que permiten responder la pregunta clínica planteada y aportan al mejoramiento del cuidado.

6.1 RECOMENDACIONES

Recomendación Nº1: Todos los centros de salud a nivel primario y terciario deben aspirar a recibir la acreditación de la IHAN como centro amigo de la madre y el niño/a.

La acreditación por parte de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia (IHAN), de los centros de salud tanto de atención primaria como terciaria, ha demostrado una mayor probabilidad de iniciar y mantener la LM por parte de madres en general y particularmente de las madres adolescentes. Acreditar como un centro amigo de la madre y el niño/a, fortalece y demuestra un compromiso con la atención centrada en la familia, generando satisfacción especialmente de las madres que amamantan, incluyendo madres adolescentes. Junto a ello, en todos los lugares donde la acreditación se ha llevado a cabo, se ha conseguido aumentar las tasas de inicio y duración de lactancia, pudiendo ser esta, una intervención de gran importancia para la salud pública (50, 53, 56-58).

La iniciativa IHAN define los estándares de calidad mínimos para la protección de la lactancia materna, señalados a través de pasos, según establecimiento y su complejidad. En Chile se han adaptado estos pasos a la realidad nacional, destacando 10 para Hospitales Públicos, Clínicas Privadas y Hospitales de las Fuerzas Armadas y 7 para Atención Primaria de Salud y centros privados ambulatorios (12). De acuerdo con lo anterior el CESFAM Marcelo Mena, se encuentra en preparación para la postulación de dicha acreditación[ɵ], contribuyendo a la protección de la lactancia materna (11,12).

ɵ Entrevista realizada a Enfermera Encargada de Lactancia materna, Programa Chile Crece Contigo, Infancia y Adolescencia CESFAM Marcelo Mena.

Actualmente, el Hospital Carlos Van Buren, no se ha proyectado aún para acreditar como Hospital amigo de la madre y del niño/a, teniendo en consideración que posee limitaciones estructurales tales como espacio insuficiente para la instalación de un lactario central y espacios para la lactancia, siendo lo anterior, un requisito mínimo para dicha acreditación, por lo cual, también se requiere el compromiso de la atención hospitalaria en este sentido[∞].

Esta propuesta, se sustenta en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, el cual respalda que se requiere una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta y aumentar la probabilidad de lograr un objetivo (35). Por lo que, el aspirar a ser un centro de salud amigo de la madre y del niño/a, resguarda y proporciona los estándares mínimos de calidad entregando todas las herramientas necesarias para la promoción de la práctica, actuando como una influencia situacional, al aportar entornos amigables con la LM, lo cual es de suma relevancia para lograr el inicio y mantención de la práctica por parte de las madres adolescentes.

Se concluye entonces, que el aspirar a la acreditación IHAN por parte de los centros de salud, podría ser una intervención efectiva para el aumento de tasas de lactancia materna en madres adolescentes.

Recomendación Nº 2. Generar capacitación permanente al personal de salud y administrativo para mejorar conocimientos y actitudes frente a la lactancia materna.

Los efectos de la educación sobre lactancia materna basada en evidencias en el personal de salud y administrativo, han demostrado un aumento en las tasas de LM en centros de atención, tanto hospitalaria como primaria de salud. Las demandas de salud implican desafíos para la formación de recursos humanos que exceden los límites de la educación

[∞] Entrevista realizada a Matrona Encargada Programa Chile Crece Contigo Hospital Carlos Van Buren.

formal, incluyendo además de conocimientos, actitudes y habilidades, proponiéndole al personal una transformación basada en el cuestionamiento de sus prácticas y una reflexión crítica de su quehacer (51, 53, 56, 60).

La implementación de la capacitación en LM, considerando un mínimo de 20 horas e incluyendo 3 horas de práctica clínica, ha demostrado ser una medida eficaz para mejorar no sólo los conocimientos, sino también las actitudes, habilidades de apoyo y promoción de LM en países como Estados Unidos y Brasil, tanto en madres adultas, como también, en madres adolescentes (51, 53, 60).

A nivel comunal, la capacitación al personal realizada en cada CESFAM se encuentra destinada a profesionales consignados a la clínica de LM, profesionales con atención directa de gestantes y lactantes, quienes cumplen con 40 horas de formación anual. En el caso del personal técnico paramédico de nivel superior, la educación se realiza a quienes cumplen funciones de monitoras de lactancia y quienes se desempeñan en la atención directa de gestantes y lactantes, cumpliendo un total 20 horas de formación (12).
No obstante, el grupo objetivo, se encuentra delimitado a personal de salud, diferenciándose de la estrategia de capacitación observada a nivel internacional, donde también es integrado el personal administrativo[×] .
Otro aspecto que difiere con lo realizado a nivel internacional, se refiere a la inclusión de 3 horas de práctica clínica en lactancia, lo que contribuye a aplicar los conocimientos aprendidos.

Esta estrategia, es validada por el Modelo de Nola Pender, el cual manifiesta la necesidad de considerar las influencias interpersonales que podrían mediar en la conducta de una persona, destacando que las conductas o actitudes de los demás (7,35), en este caso del

[×] Entrevista realizada a Coordinadora de Lactancia Materna y Programas Alimentarios, Dirección Área de Salud Corporación Municipal de Valparaíso.

personal de salud y administrativo del CESFAM, debe ser el adecuado para velar por el inicio y mantención de la LM en las madres adolescentes.

Recomendación Nº 3: Realizar un programa educativo prenatal y postnatal exclusivo para madres adolescentes.

El proceso educativo de lactancia materna en madres adolescentes debe encontrarse presente en la gestación, en el parto y durante el puerperio, fomentando un fuerte establecimiento de relaciones humanas, favoreciendo el diálogo, el enfoque de género, centrado en las necesidades y demandas de las adolescentes, su etapa de vida, aspectos sociales y culturales (47,49). Teniendo en consideración que, la transición a la maternidad por parte de las adolescentes es diferente a las mujeres adultas, los programas deben estar enmarcados en metodologías participativas teórico-prácticas, que incluyan reflexión, validando la autonomía, fomentando la autoeficacia e integrando la red de apoyo social tanto familia, amigos como pareja (55). Es así, que expertos han propuesto, que los programas deben tener un enfoque integral, no teniendo al niño/a como único beneficiario de la práctica, sino además, con énfasis principal en las adolescentes, abarcando las esferas tanto física, psicológica y sociocultural (37, 51, 55, 59, 61).

La entrega de apoyo a través del programa educativo, debe considerar ser informativo, destacando los beneficios de la lactancia para la adolescente, su hijo/a, familia, sociedad y medio ambiente, debiendo además, considerar la alimentación de la madre lactante. Así también, debe ser un apoyo instrumental, específicamente destinado a la técnica de LM y posiciones para amamantar. Asimismo debe ser un apoyo de tipo emocional, favoreciendo la autoeficacia para amamantar, a través de la entrega de confianza, autoestima y seguridad durante todo el proceso. Igualmente, es necesario que las adolescentes reciban la educación en sesiones tanto grupales como individuales, considerando que pueden sentir vergüenza o rechazo a grupos, sobre todo, si hay mujeres de mayor edad. Los programas educativos pre y post exclusivos para las madres adolescentes, han demostrado un aumento en las

tasas de LM en este grupo etario, en diversos países tales como Brasil, Etiopía, Estados Unidos y España, indicando ser una intervención eficaz (37, 47, 49, 51, 55, 59, 61).

A nivel tanto comunal como institucional, existen variadas estrategias que buscan la promoción de la lactancia materna, y que han elevado considerablemente las tasas de lactancia, incluso por sobre el porcentaje a nivel nacional correspondiente a un 56% (5), sin embargo, no existen programas educativos exclusivos para las madres adolescentes que amamantan, elemento que difiere de la intervención observada a nivel internacional. Por lo tanto, el adaptar un programa diferenciado para las madres adolescentes, incorporando su etapa de vida, podría contribuir al inicio y mantención de lactancia materna en este grupo etario y por ende, aumentar las tasas de lactancia tanto a nivel institucional como a nivel comunal[×] [ɵ].

Lo anterior, se encuentra sustentado en el Modelo de Pender, el cual sostiene, la necesidad de valorar factores biológicos, psicológicos y socioculturales, ya que son condiciones predictivas e influyentes de cómo la madre adolescente iniciará o continuará la lactancia materna. Asimismo, considera aspectos relevantes como las barreras, beneficios y autoeficacia percibidos por la adolescente y de gran relevancia durante esta etapa de vida, por lo que valorar estas apreciaciones, será fundamental para programar una educación diferenciada, puesto que podrían interferir en forma tanto negativa como positiva en el inicio y mantención de lactancia materna en las adolescentes (35).

Se concluye que una educación diferenciada para madres adolescentes, podría ser un mayor aporte y efectiva intervención, para el aumento de las tasas de lactancia materna tanto general como en el grupo de madres adolescentes.

[×] Entrevista realizada a Coordinadora de Lactancia Materna y Programas Alimentarios, Dirección Área de Salud Corporación Municipal de Valparaíso.

[ɵ] Entrevista realizada a Enfermera Encargada de Lactancia materna, Programa Chile Crece Contigo, Infancia y Adolescencia CESFAM Marcelo Mena.

Recomendación Nº 4: Entregar a las madres adolescentes el tiempo necesario para expresar sentimientos e inquietudes frente a la práctica de lactancia considerando su etapa de vida.

El personal que se encuentra en contacto con madres adolescentes que amamantan, tiene la responsabilidad de permitir la expresión de sentimientos tanto positivos como negativos de estas frente a la lactancia materna, considerando que, se encuentra impregnada de ideologías socioculturales, presentándose como un proceso confuso, el cual, requiere nuevas adaptaciones tanto físicas como psicológicas, y además, se encuentra influenciada por innumerables determinantes, cuya complejidad y ambivalencia, es vivenciada de manera diferente por cada adolescente (37, 38, 51, 61).

La implementación de esta estrategia en países como Brasil y Estados Unidos, ha permitido la promoción y protección de la lactancia materna entre madres adolescentes aumentando las tasas de amamantamiento en este grupo etario (37, 38, 51, 61).

Tanto a nivel comunal como institucional, existen diversas estrategias que buscan la promoción de la lactancia materna. En este sentido, todas las estrategias tienen un rendimiento o tiempo de atención específico[×] [ϴ]. Sin embargo este rendimiento, podría ser diferente en las madres adolescentes, considerando que durante esta etapa, pueden cursar con cambios psico afectivos relevantes, presentando episodios de cambios de humor, ansiedad, timidez, incluso, indiferencia frente a lo que acontece, siendo en muchas ocasiones una actitud que se escoge como defensa frente a su entorno mayoritariamente formado por adultos, quienes expresan qué es o no lo correcto, por lo tanto, el considerar que el tiempo para la expresión de sentimientos y ambivalencias frente a la lactancia en las

[×] Entrevista realizada a Coordinadora de Lactancia Materna y Programas Alimentarios, Dirección Área de Salud Corporación Municipal de Valparaíso.

[ϴ] Entrevista realizada a Enfermera Encargada de Lactancia materna, Programa Chile Crece Contigo, Infancia y Adolescencia CESFAM Marcelo Mena.

adolescentes debe ser contemplado, como un tiempo individual y no normado bajo la lógica de rendimiento, lo cual podría contribuir al iniciar y continuar la lactancia materna por parte de este grupo etario (25).

Lo anterior y sustentado en el Modelo de Pender, considera la necesidad de valorar en las madres adolescentes el Afecto relacionado con la actividad, lo cual se relaciona, con los sentimientos positivos, negativos y la subjetividad, que se generan antes, durante y después del amamantar a su hijo/a. Considerando lo anterior, el valorar y percibir qué siente la madre frente a la práctica, en cada actividad que se realice como control prenatal, talleres, controles de salud infantil, consultas en clínica de lactancia, entre otras, se vuelve sumamente relevante, teniendo en cuenta que el sentir, puede abarcar ciertas ambivalencias las que de no ser expresadas, podría desmotivar e interferir a la adolescente en el inicio y mantención de la lactancia materna (35).

Se concluye entonces, que el entregar el tiempo necesario para que cada madre adolescente exprese sus sentimientos frente a la lactancia materna, es una intervención efectiva para aumentar las tasas de lactancia materna en este grupo etario.

Recomendación Nº5: Generar programas de asesoramiento y acompañamiento incorporando a madres adolescentes con experiencia en lactancia, facilitadoras comunitarias y/o abuelas maternas.

Los programas de apoyo y asesoramiento en lactancia materna deben incluir a pares adolescentes, facilitadoras comunitarias y/o abuelas maternas, donde se considere con especial relevancia, las relaciones que se establecen entre grupos de iguales. La maternidad y la lactancia a menudo en la adolescencia, sitúa a estas mujeres en una posición de vulnerabilidad y aislamiento social, por lo que el hecho de poder reunirse con otras mujeres jóvenes que se encuentran en la misma situación, les contribuye a aumentar su autoestima, satisfacción, autoeficacia e integración a un grupo social que vive o vivió la misma

experiencia en cuanto a la práctica de amamantamiento (45, 49). Los programas de acompañamiento y asesoramiento tanto grupales como individuales, deben encontrarse presentes desde la gestación hasta el periodo de puerperio, puesto que en su mayoría las madres jóvenes podrían cursar con menor duración de lactancia materna, por lo que recibir un apoyo más continuo, exhaustivo y sistemático en el tiempo, especialmente en este grupo etario, favorece el inicio precoz y la mantención del amamantamiento (45, 46, 49 54). La implementación de esta estrategia en países como Brasil, Inglaterra y Bangladesh, ha demostrado ser una medida eficaz para mejorar las tasas de lactancia materna en madres adultas y también en madres adolescentes (45, 46, 49 54).

A nivel comunal, existen varias estrategias de promoción en lactancia materna, entre ellas destaca la conformación de grupos de apoyo a la lactancia materna, los cuales son integrados por profesionales y no profesionales capacitados para apoyar a mujeres con problemáticas en la práctica de amamantamiento, y que se reúnen regularmente según la organización de cada CESFAM[×]. Sin embargo, no existen grupos de acompañamiento exclusivo para madres adolescentes que sean integrados por pares, facilitadoras comunitarias y/o abuelas maternas, elemento que difiere de la intervención efectuada a nivel internacional. En consecuencia, el generar programas de acompañamiento específico y diferenciado para adolescentes, teniendo en cuenta que, para su etapa de vida, es muy relevante el grupo de pares y las experiencias de otras personas que resulten cercanas, podría contribuir al inicio y mantención de la LM en este grupo etario, y por ende, aumentar las tasas de lactancia tanto a nivel del institucional, como a nivel comunal.

Esta estrategia es validada por el Modelo de Nola Pender, el cual establece que valorar las influencias interpersonales en la madre adolescente tales como conocimientos, creencias, conductas o actitudes de los demás (35), será de suma relevancia, ya que el entender lo que

[×] Entrevista realizada a Coordinadora de Lactancia Materna y Programas Alimentarios, Dirección Área de Salud Corporación Municipal de Valparaíso.

piensan sus pares sobre la LM y cuál ha sido o fue su experiencia al amamantar, podría ser un aspecto fundamental para que este grupo etario decida iniciar y mantener la práctica.
Se concluye entonces, que programas de asesoramiento integrados por pares adolescentes, facilitadoras comunitarias y/o abuelas maternas, podría ser una mayor contribución y efectiva intervención para el aumento de las tasas de lactancia materna tanto general como en el grupo de madres adolescentes.

Recomendación Nº6: Permitir y favorecer el inicio de la lactancia materna a las madres adolescentes durante la primera hora postparto priorizando el alojamiento conjunto.

El permitir y favorecer por parte del equipo de salud el contacto piel con piel entre la madre y su hijo/a inmediatamente después del parto, al igual que iniciar la lactancia materna y favorecer el alojamiento conjunto, ha demostrado una mayor probabilidad de iniciar y mantener la lactancia materna por parte de madres en general y las madres adolescentes en particular. Se destaca que el alojamiento conjunto, siempre que las condiciones de salud tanto del niño/a como la madre lo permitan, dentro de la primera hora después del nacimiento, es fundamental, ya que le entrega la oportunidad especialmente a la mujer de mirar, tocar, coger y amamantar a su hijo/a, fortaleciendo el vínculo afectivo/emocional entre ambos (56, 57, 62).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), enfatiza en el cuarto paso para la lactancia materna exitosa, la colaboración con las madres para iniciar la lactancia materna después del parto, así como el contacto piel con piel en forma precoz y prolongada, en el periodo inmediato al parto, por lo que el equipo de salud en su totalidad, debe respetar esta instancia, más aún, en madres adolescentes, considerando que durante esta etapa, tiene lugar diversos cambios que, adicionados a los cambios asociados a la gestación, hacen que las jóvenes tiendan a funcionar como "madres-niñas", generando confusión, conflictos conductuales y afectivos, más aun, teniendo en cuenta, la inexperiencia o escasa

información que se pudiese tener frente a lo importante del contacto directo con su hijo/a y al inicio de lactancia materna en el postparto inmediato (56, 57, 62).

A nivel institucional, el CESFAM cuenta con la realización de talleres de educación prenatal para la gestante y su pareja, en los cuales se educa entre otras temáticas, sobre las condiciones del parto y nacimiento, destacando el vínculo emocional y preparación para la lactancia materna[ϴ]. En cuanto al nivel terciario de atención, cabe destacar que, en el Hospital Carlos Van Buren se lleva a cabo el contacto piel a piel, inmediatamente ocurrido el nacimiento, favoreciendo el alojamiento conjunto y la práctica de amamantamiento en la primera hora postparto en todas las mujeres[∞]. Si bien, esta intervención se realiza en el ámbito hospitalario, no existe una sistematización de consideraciones o protocolo para la atención de madres adolescentes, teniendo en cuenta que es una etapa en la cual se da a lugar a diversas transformaciones no sólo en el ámbito físico, sino también, en el cognitivo y psico afectivo, dando lugar a varias crisis que producen desorientación en diferentes aspectos de su vida (24, 25). Es por ello, que el equipo que atienda a una madre adolescente durante parto, debe contribuir al mayor desarrollo posible de esta, colaborando en su acompañamiento permanente, ayudándola a enfrentar los riesgos y vulnerabilidades asociadas al proceso, así también, prepararlas para que sean capaces de desarrollar sus mayores potencialidades (26).

Lo anterior se sustenta en el Modelo de Nola Pender, el cual destaca la necesidad de valorar y considerar las influencias situacionales (7, 35), que da cuenta de la percepción del contexto en el cual el parto y postparto se lleva a cabo, lo cual facilitará o entorpecerá el inicio de la lactancia materna en las madres adolescentes. Por lo que la influencia situacional del parto favoreciendo el contacto piel a piel, junto al inicio de la lactancia

---

ϴ Entrevista realizada a Enfermera Encargada de Lactancia materna, Programa Chile Crece Contigo, Infancia y Adolescencia CESFAM Marcelo Mena.

∞ Entrevista realizada a Matrona Encargada Programa Chile Crece Contigo Hospital Carlos Van Buren.

materna durante la primera hora de vida, y teniendo consideraciones especiales para las madres adolescentes, será un aspecto fundamental para el inicio y mantención de la práctica en este grupo etario.

Se concluye, que el permitir y favorecer la lactancia materna y el alojamiento conjunto durante la primera hora de vida con mayor énfasis en las madres adolescentes, podría ser un mayor aporte y efectiva intervención para el aumento de las tasas de lactancia materna tanto general como en el grupo de madres adolescentes.

Recomendación Nº7: Los centros educacionales deben contar con espacio, mobiliario y vestimenta adaptada para adolescentes en periodo de lactancia materna.

El entorno social donde una madre adolescente se desarrolle, debe brindar las mejores condiciones posibles para ella y su hijo/a, ya que esta, no solo carga con su etapa de vida, sino también, con la responsabilidad de ser madre. En este sentido, se han generado inequidades en salud de adolescentes que son madres, cuya consecuencia es el empobrecimiento de su calidad de vida en diferentes ámbitos como el educativo, lo cual trae consigo, la limitación de oportunidades de estudio, por lo cual se ven obligadas a desertar. Es por ello, que se ha demostrado, que los centros educacionales que cuentan con un espacio adecuado para la lactancia, mobiliario y vestimenta adaptada para las adolescentes que amamantan, han favorecido el inicio y continuidad de la lactancia por este grupo etario. Lo anterior significa que, además de los derechos con los cuales cuenta la adolescente, este grupo de madres, merecen protecciones especiales que les garanticen bienestar y desarrollo social, medidas que además, contribuyen a la protección de derechos tanto de la madre como del niño/a y apoya con acciones de fomento a la maternidad responsable (52).

Según datos comunales[×], los establecimientos educacionales no realizan una adaptación específica de mobiliario o uniforme para las madres adolescentes que amamantan. En cuanto a un espacio exclusivo para lactancia materna, sólo algunos colegios lo han instaurado, lo que da cuenta, que queda a voluntad de cada institución educacional si se realiza alguna adaptación para que las madres adolescentes tengan mayores comodidades y puedan amamantar a su hijo/a, lo cual, se diferencia de la intervención observada a nivel internacional, específicamente en Costa Rica, donde cada establecimiento educacional propicia las mejores condiciones para la protección de la lactancia (52).

Esta estrategia, es sustentada por el Modelo de Nola Pender, el cual refiere la necesidad de valorar en la madre adolescente las Influencias situacionales, las que dan cuenta de las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado, que pueden facilitar o impedir la conducta (35). En este sentido, el que la institución educacional en la cual la adolescente estudia, no cuente con adaptaciones y un espacio exclusivo para la lactancia materna podrían interferir en la mantención de la práctica.

Se concluye por tanto, que los establecimientos educacionales con mobiliario y uniforme adaptado para las adolescentes que amamantan, junto a la existencia de un espacio exclusivo para amamantar, podría ser una intervención efectiva para el aumento de tasas de lactancia materna en madres adolescentes.

[×] Entrevista realizada a Coordinadora de Lactancia Materna y Programas Alimentarios, Dirección Área de Salud Corporación Municipal de Valparaíso.

6.2 PROCESO DE VALIDACIÓN DE RECOMENDACIONES.

La elección de los agentes claves, se realizó según los resultados obtenidos, los cuales involucran al nivel primario, terciario y además educacional. Por ello, se seleccionaron personas expertas en lactancia materna a nivel de atención primaria, tanto institucional como comunal, y de atención terciaria, ya que para generar la implementación de las recomendaciones existen elementos que se inician desde la atención intrahospitalaria.

Los agentes claves para el proceso de validación correspondieron a:

- Nutricionista Coordinadora de Lactancia Materna y Programas alimentarios de la Corporación Municipal de Valparaíso.
- Enfermera Líder del Comité Lactancia Materna Local CESFAM Marcelo Mena y encargada Programa Nacional de Salud de la Infancia, Chile Crece Contigo y Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes.
- Matrona Coordinadora de equipo Chile Crece Contigo Hospital Carlos Van Buren.

Con cada profesional fue realizada una reunión, en la cual fue abordado el contexto de la problemática, metodología de búsqueda bibliográfica y establecimiento de recomendaciones basadas en evidencia. Cada una, evaluó en forma separada cada recomendación en documento confeccionado para tal efecto (Ver anexo 1), según los criterios de atingencia, claridad y aplicabilidad, a los cuales se les entregaron los siguientes puntajes:

No: 1 Tal vez: 2 Sí: 3

El puntaje máximo a obtener por cada criterio correspondía a 9, estableciendo que aquellas recomendaciones que no cumplieran con puntaje toral serían revisadas.

TABLA N° 9: Resultados proceso de validación de recomendaciones.

Recomendación	Atingencia	Claridad	Aplicabilidad
Recomendación 1	9	9	**8**
Recomendación 2	9	9	9
Recomendación 3	9	9	**7**
Recomendación 4	9	9	9
Recomendación 5	9	9	**8**
Recomendación 6	9	9	9
Recomendación 7	9	9	**8**

De acuerdo a los resultados, del total de las recomendaciones, es posible destacar:

- Todas obtuvieron puntaje máximo en criterios de atingencia y claridad.
- Tres recomendaciones correspondientes a Nº 2, 4 y 6, obtuvieron el puntaje completo en todos los criterios evaluados, por lo cual, podrían ser implementadas en forma inmediata.
- Cuatro de ellas correspondientes a Nº 1, 3, 5, 7, no obtuvieron el puntaje máximo en el criterio de aplicabilidad, por lo que fueron sometidas a proceso de análisis y revisión.

Recomendación Nº 1: La dificultad para la aplicabilidad se sustenta en las actuales condiciones de las instituciones tanto de atención primaria como terciaria.
En el caso del CESFAM, actualmente tiene proyección para acreditarse como centro amigo de la madre y el niño/a, para lo cual, ha implementado diversas estrategias. Sin embargo, la actual encargada de lactancia, es también la encargada del Programa Nacional de salud de la infancia y adolescencia y Chile Crece Contigo. Por ende, para lograr la implementación de la recomendación, se requiere destinar horas semanales para llevar a cabo las actividades derivadas del proceso de acreditación, lo cual influye en el aumento de carga laboral de los otros profesionales enfermeras/os de la institución. Lo anterior

demanda prioridad por parte de la institución, lo que requiere del aporte de horas profesionales.

Asimismo, el Hospital Carlos Van Buren cuenta con dificultades estructurales asociadas a la inexistencia de lactario a nivel central y espacios exclusivos de lactancia para funcionarias y usuarias, teniendo en consideración, que lo anterior son requisitos mínimos para su acreditación como Hospital amigo de las madres y el niño/a, pudiendo así considerarse una posible ampliación institucional.

Recomendación Nº3: Lo cual se sustenta en que actualmente no existe en los diferentes niveles de atención una adaptación de los contenidos educativos existentes para el grupo de madres adolescentes, teniendo en cuenta además, que el proceso de adaptación requiere coordinación y participación de todos los niveles de atención. Por lo tanto, para implementar la recomendación, se requiere de la adaptación de los contenidos que actualmente se imparten, considerando la etapa de adolescencia y sus implicancias, como un complemento a lo existente en la actualidad.

Recomendación Nº 5: La dificultad para su aplicabilidad se asocia a que en el CESFAM, la asesoría en LM principalmente en entregada por profesionales de salud, no contando con mujeres monitoras en lactancia materna, ya sea adolescentes, facilitadoras o abuelas maternas, no existiendo además un registro de madres adolescentes que amamantan o que han tenido éxito en la lactancia. En consecuencia, para que se implemente la recomendación, se requiere mantener un registro de madres adolescentes que amamantan, abuelas maternas, y de mujeres adultas con interés en participar como facilitadoras en lactancia materna para el grupo de adolescentes e incluirlas en las actuales estrategias de asesoramiento tanto de nivel primario como terciario.

Recomendación Nº 7: La dificultad para su aplicabilidad, tiene relación con la inexistencia de un encargado/a de lactancia materna en los establecimientos educacionales, que pueda cautelar las mejores condiciones de amamantamiento para las adolescentes. En este sentido, la aplicación de la ley de protección a la lactancia no se lleva a cabo en estas

instituciones, no contando con la adaptación de mobiliario y uniforme para aquellas adolescentes madres que se encuentran amamantando, y además, la falta de espacios exclusivos para la lactancia. Lo anterior se sustenta en la Ley 21.155 de "Protección de la Lactancia Materna y su ejercicio", promulgada el 18 de Abril del año 2019, relativamente reciente, la cual menciona en su título I, Artículo 2, el Derecho al amamantamiento libre, donde toda madre tiene el derecho a amamantar a sus hijos/as libremente en toda clase de lugares o recintos en que se encuentren, conforme sea el interés superior del lactante, con el apoyo y colaboración del padre cuando fuere posible, sin que pueda imponérseles condiciones o requisitos que exijan ocultar el amamantamiento o restringirlo (63). Asimismo, el uso de salas especiales de amamantamiento existentes al interior de un recinto será siempre voluntario para las madres. Dichas salas deberán presentar condiciones adecuadas de higiene, comodidad y seguridad. El derecho establecido en este artículo también se extenderá a los procesos de obtención de leche materna distintos del amamantamiento directo (63). Por tanto, para el cumplimiento de la recomendación, se sugiere una coordinación intersectorial entre salud y educación de la CORMUVAL para que luego de ello, y en forma conjunta, se realice la solicitud a cada establecimiento educacional revisando lo necesario para hacer cumplir tanto la recomendación como la ley.

Por consiguiente, la aplicabilidad de todas las recomendaciones requieren de algunas gestiones, sin embargo, todas podrían ser aplicadas posterior a algunos ajustes o a la implementación de mejoras en los procesos.

CAPÍTULO 7

PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE RECOMENDACIONES

Luego del proceso de validación, el grupo de recomendaciones fue dividido en dos subgrupos, las de implementación inmediata, las cuales obtuvieron el puntaje completo y las que requieren una gestión e intervención previa para ser implementadas.

Para las recomendaciones Nº 2, 4 y 6, las estrategias de implementación serían específicamente la socialización y la identificación de un/a profesional específico responsable de dirigir el proceso, ya que según resultados de validación, estas podrían ser implementadas en forma inmediata.

7.1 ESTRATEGIAS TRANSVERSALES

7.1.1 Socialización

Para socializar de las recomendaciones, se realizarán reuniones con agentes claves con la finalidad de determinar la posibilidad de implementarlas. Para ello, a nivel institucional y comunal y, a modo de una primera aproximación, se realizará una reunión inicial de compromiso de implementación con la encargada de LM de la CORMUVAL, con el Director de CESFAM Mena y con la enfermera encargada de LM CESFAM Mena, con el fin, de dar a conocer los datos obtenidos y las recomendaciones correspondientes.

Asimismo, para la socialización con el personal de salud y administrativo, se realizará una reunión informativa y además la instalación de afiches con recomendaciones diferenciadas según posibilidad de implementación, en los principales espacios del CESFAM.

7.1.2 identificación de un/a profesional específico responsable de dirigir la implementación de las recomendaciones.

Las características del funcionario/a responsable de dirigir el proceso de implementación en la institución, se encuentran dirigidas a proporcionar apoyo, experiencia y liderazgo, debiendo tener capacidad para construir y mantener buenas relaciones interpersonales y en la gestión de proyectos. Por lo que a nivel comunal, se realizará una reunión con la encargada de LM de la CORMUVAL, con el fin de evidenciar la disposición de

implementación de las recomendaciones a este nivel. Asimismo, a nivel institucional, se realizará una reunión con el director del CESFAM (misma reunión de socialización), con el fin de elegir a la persona con las características anteriormente mencionadas. En esta instancia, se realizará la propuesta de considerar a la actual encargada de lactancia materna, como la responsable de la implementación, teniendo en cuenta su cargo y la posibilidad de consignar horas semanales designadas para dicha actividad o una reformulación de sus funciones.

Luego, el profesional elegido/a, será informado de aquello y se le preguntará si acepta la solicitud. Una vez aceptado, se efectuará la firma de compromiso de implementación. Además, como apoyo a la responsable, se propondrá que estudiantes de carreras profesionales tales como: enfermería, nutrición y obstetricia y que se encuentren realizando práctica profesional o internado, sean involucrados como apoyo durante el proceso de implementación en la institución.

7.2 ESTRATEGIAS ESPECÍFICAS CON INTERVENCIONES PREVIA IMPLEMENTACIÓN.

7.2.1 Creación de comité para preparación de acreditación por la IHAN

Para la implementación de la recomendación N°1 "Todos los centros de salud a nivel primario y terciario deben aspirar a recibir la acreditación de la IHAN como centro amigo de la madre y del niño/a", se propone la creación en cada centro de salud de un comité específico, encargado de la preparación del proceso de evaluación de la IHAN. Dentro de las actividades para esta estrategia, se encuentra la realización de una reunión con el Director de la institución, la encargada de LM del CESFAM y encargada de LM de la CORMUVAL para en conjunto elegir a los integrantes idóneos para el comité.

Una vez elegidas las personas idóneas, el comité en conjunto será encargado de establecer un cronograma con fechas específicas y actividades pertinentes para realizar el proceso auto evaluativo y presentación a acreditación IHAN, considerando los tiempos intermedios para el logro del propósito.

Para estimular que el proceso también sea considerado en el Hospital, se realizará una reunión con la encargada de lactancia tanto de CORMUVAL como de HCVB, para que en conjunto, se establezcan propuestas de mejora en lactancia materna a corto, mediano y largo plazo, con la proyección futura de acreditar como Hospital Amigo de la madre y el niño/a.

7.2.2 Adaptación de programa educativo prenatal y postnatal exclusivo para madres adolescentes.

Para implementar la recomendación N° 3 "Realizar programa educativo prenatal y postnatal exclusivo para madres adolescentes", la estrategia propone, una adaptación de los contenidos existentes derivados del programa de Protección a la Infancia, Chile Crece Contigo, incorando la etapa de adolescencia. Para ello, en primera instancia se realizará

una reunión de coordinación entre la encargada de LM perteneciente a la CORMUVAL, encargada de lactancia de CESFAM Mena y encargada de equipo Chile Crece Contigo HCVB para dialogar frente a estrategias en lactancia materna según cada realidad local. Luego, se propone una segunda reunión entre las mismas encargadas, para crear un cronograma con fechas específicas y actividades pertinentes para generar la adaptación de los contenidos que actualmente existen tanto en el periodo prenatal como postnatal.

Posteriormente, se identificarán a las madres adolescentes en periodo de gestación o que amamantan, tanto en atención primaria como en atención terciaria, con el fin de determinar las destinatarias de esta adaptación. Para la puesta en marcha, se propone que cada nivel de atención involucre a estudiantes que realicen su práctica profesional como recurso humano calificado para participar en el proceso de implementación.

7.2.3 Programa de asesoramiento y acompañamiento entre pares.

Para implementar la recomendación N°5 "Generar programas de asesoramiento y acompañamiento incorporando a madres adolescentes con experiencia en lactancia, facilitadoras comunitarias y abuelas maternas". La estrategia dice relación con la creación de un programa de asesoramiento y acompañamiento entre pares. Para ello, se propone realizar una convocatoria de mujeres adolescentes que hayan tenido la experiencia de amamantar a su hijo/a, mujeres adultas y abuelas maternas, que deseen participar como facilitadoras comunitarias en lactancia, generando un registro de madres adolescentes que son atendidas en el CESFAM junto con sus madres (abuelas maternas) y mujeres que quisieran ser facilitadoras comunitarias en lactancia materna. De esta manera, y una vez generado el registro, realizar reunión con las mujeres interesadas y encargada de lactancia del CESFAM, con el fin de evaluar el grado de conocimiento y experiencia de estas. En base a esta valoración, planificar capacitación en conjunto con la encargada de lactancia del CESFAM con el objetivo de unificar criterios y experiencias vividas por las participantes.

7.2.4 Coordinación entre Atención primaria e Instituciones Educacionales.

Con respecto a la recomendación Nº7 “Los centros educacionales deben contar con espacio, mobiliario y vestimenta adaptada para adolescentes en periodo de lactancia materna”, se sugiere como estrategia, la existencia de comunicación y coordinación entre el CESFAM y centros educacionales a su cargo. Para ello, se propone en primera instancia, realizar una reunión con la encargada de lactancia materna de la CORMUVAL y el encargado de educación de la misma, con el fin de dar a conocer la recomendación. Asimismo, se sugiere que cada enfermero/a de sector se comunique y genere una reunión con cada director de los establecimientos educacionales correspondientes a su sector en conjunto con la encargada de lactancia materna de la CORMUVAL, con el objetivo, de trabajar un plan de implementación en cada establecimiento educacional, definiendo plazos, dificultades y facilidades para su realización.

7.3 FACTORES FAVORECEDORES Y ENTORPECEDORES PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y PROPUESTA DE SOLUCIÓN.

A continuación se presenta por cada estrategia planteada, los factores favorecedores y entorpecedores para la implementación y la propuesta de solución respectiva.

TABLA N° 10: Factores que influyen en la implementación de estrategias.

Estrategias	Factores favorecedores	Factores entorpecedores	Propuesta de Solución
Socialización	- Buena disposición de agentes claves para implementar estrategias innovadoras en LM. - Personal de CESFAM sensibilizado en LM. - Personal de CESFAM con buena disposición y adaptación ante cambios y mejoras.	- Se requiere incorporar a atención primaria y hospitalaria.	- Se sugiere una coordinación en conjunto desde el nivel Comunal, con las encargadas de LM de CESFAM Mena y HCVB. Ante lo cual la autora de este proyecto, puede colaborar favoreciendo dicha coordinación entre los diferentes niveles.

Identificación de un/a profesional específico responsable de dirigir el proceso.	- Existencia de profesionales con experiencia y liderazgo. - Encargada de LM de CESFAM con liderazgo, conocimientos y disposición para los cambios. - Buena disposición de la encargada de LM de la CORMUVAL. - Encargada de equipo ChCC HCVB con buena disposición ante propuestas innovadoras que favorezcan la LM.	- Elevada carga laboral de profesionales Enfermeras/os del CESFAM. - Elevada carga laboral de encargada de LM del CESFAM. Lo anterior, podría requerir de costos asociados a un nuevo cargo de Enfermera/o u otro profesional encargado y responsable de dirigir el proceso.	- Se propone la posibilidad de asignación oficial de horas semanales para el profesional responsable del proceso de implementación desde la CORMUVAL. Para ello, se sugiere un análisis de costos a nivel institucional, en el cual, se incluya la contratación de un nuevo profesional por app 16 hrs semanales, cubriendo las horas del responsable de dirigir el proceso o, una reorganización de funciones entre los profesionales, sin aumentar la carga laboral de cada uno, considerando los beneficios asociados a la implementación de las diferentes recomendaciones para la institución y la población atendida.
Creación de Comité a cargo de acreditación	- Profesionales con vasta experiencia en atención primaria de salud.	- Elevada carga laboral de profesionales de la institución lo cual podría ser	- Se propone la posibilidad de asignación oficial de horas semanales para los profesionales que integren el comité a

IHAN de CESFAM.	- CESFAM con proyección a ser una institución amigo de la madre y del niño/a. - CESFAM con gran interés por promover y protegen la lactancia materna. - Personal del CESFAM sensibilizado con la lactancia materna.	un costo asociado para integrar el comité.	cargo de la acreditación IHAN. Para ello, se sugiere como propuesta de solución, la reorganización en conjunto con la dirección institucional, de las funciones entre los profesionales que integren el comité, con el fin de lograr desempeñar tanto su quehacer clínico como administrativo, integrando las funciones del comité. - Además se propone el apoyo de la Encargada de LM de CORMUVAL y de la autora de este proyecto, para el desarrollo de las diferentes actividades derivadas del comité, considerando que la institución se proyecta a acreditar como un Centro Amigo de la madre y del niño/a.
Adaptación de programa educativo prenatal y postnatal	- Corporación municipal de Valparaíso, CESFAM Mena y HCVB con aplicación de estrategias de	- Se requiere la coordinación entre encargada de LM CORMUVAL y encargadas de LM CESFAM Mena y HCVB.	- Se propone una coordinación entre Encargada de LM de CORMUVAL con encargada de LM CESFAM Mena y HCVB para iniciar la adaptación de contenidos existentes considerando la adolescencia,

exclusivo para madres adolescentes.	Promoción en lactancia materna. -	- Inexistencia de información sobre madres adolescentes que amamantan en el CESFAM.	para ello, se plantea la colaboración de la autora de este proyecto en las diferentes actividades de coordinación. - Se sugiere la generación de un registro sistemático de madres adolescentes desde el primer contacto por parte del profesional enfermera/o y matrón/a del CESFAM, el cual se encuentre en línea para todos los usuarios internos de la institución. Para ello, se puede contar con la colaboración de internos tanto de enfermería como de obstetricia considerando su estadía por el CESFAM. - Se sugiere que a nivel comunal se soliciten al nivel institucional (CESFAM) los datos específicos de cantidad de madres adolescentes que amamantan a su hijos/as.

Programa de asesoramiento entre pares.	- Alta cantidad de población atendida por CESFAM, lo que podría dar cuenta de alta convocatoria. - Usuarias sensibilizadas con la lactancia materna.	- Inexistencia de registros sistemáticos de madres adolescentes que amamantan a nivel institucional.	- Se sugiere la generación de un registro sistemático de madres adolescentes desde el primer contacto por parte del profesional enfermera/o y matrón/a del CESFAM, el cual se encuentre en línea para todos los usuarios internos de la institución. Para ello, se puede contar con la colaboración de internos tanto de Enfermería como de Obstetricia considerando su estadía por el CESFAM. - Se sugiere la realización de una convocatoria con inscripción, de adolescentes con sus madres y mujeres interesadas en desempeñarse como facilitadoras comunitarias en lactancia materna, con el fin de mantener un registro actualizado de ellas que permita favorecer el asesoramiento entre pares.

Coordinación entre Atención primaria e Instituciones Educacionales.	- El CESFAM se encuentra a cargo de establecimientos educacionales. - Profesionales Enfermeras/os con disposición para trabajar en conjunto con establecimientos educacionales.	- Alta carga asistencial de Profesionales enfermeras/os. - Ausencia de encargado/a de lactancia materna en establecimientos educacionales y desconocimiento de la ley de protección de LM.	- Se propone una reorganización de funciones, en conjunto con la dirección institucional, que les permita a los profesionales Enfermeras/os poder coordinar efectivamente con los establecimientos educacionales a su cargo, para ello, se propone la colaboración inicial de la autora de este proyecto, en las diferentes coordinaciones entre ambos niveles. Asimismo, se sugiere la coordinación por parte de la CORMUVAL, con colegios para dar a conocer la ley que protege la LM, para lo cual, existe la colaboración de la autora de este proyecto en conjunto con internos de enfermería.

7.4 PROPUESTA DE EVALUACIÓN DE IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES.

A continuación se presenta por cada estrategia planteada, la evaluación de proceso y de resultado respectiva.

TABLA N° 11: Evaluación de implementación de recomendaciones.

Estrategias	Evaluación de Proceso	Evaluación de Resultado
Socialización	- Firma de compromiso para implementación de recomendaciones.	- Actas de reuniones realizadas. - Afiches instalados en CESFAM. - Lista de asistencia de personal a socializaciones. - Nº personas que asistieron a reunión / Total de personas citadas a reunión. x 100
Identificación de un/a profesional específico responsable de dirigir el proceso	- Existencia de profesional interesado en dirigir la implementación. - Actas de reuniones previas.	- Resolución u oficio de nombramiento de encargado/a.

Creación de Comité a cargo de acreditación IHAN en CESFAM.	- Actas de reuniones periódicas.	- Resolución u oficio de Comité creado. - Cronograma de actividades realizado. - Proceso de autoevaluación iniciado.
Creación de programa educativo prenatal y postnatal adaptado y exclusivo para madres adolescentes.	- Actas de reuniones de trabajo de avance en adaptación de contenidos. - Programa de educación aprobado y protocolarizado.	- Adaptación elaborada. - Implementación de programa diferenciado para adolescentes. - Número de madres adolescentes educadas x 100 / Total de madres adolescentes
Programa de asesoramiento por pares.	- Convocatoria de Adolescentes, mujeres adultas y abuelas maternas. - Capacitación a asesoras.	- Listado de asistencia a la asesorías por pares. - Programa elaborado.
Comunicación y coordinación entre Atención primaria e Instituciones Educacionales.	- Actas de reuniones realizadas.	- Espacios de LM generados.

7.5 CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN

A continuación, se presenta un cronograma de implementación y evaluación de las recomendaciones planteadas y las estrategias correspondientes.

Estrategias	Actividades	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar
Socialización	Reunión inicial de compromiso con Director CESFAM, Encargada CORMUVAL, Encargada LM CESFAM Mena.	x												
	Reunión con personal de CESFAM.		x											
	Instalación de afiches en CESFAM.			x										
	Evaluación de Proceso		x											
	Evaluación de Resultado				x									
Identificación de un/a profesional específico responsable de	Reunión encargada de lactancia de CORMUVAL.	x												
	Reunión Director CESFAM	x												

dirigir el proceso.	Elección de Encargado/a		x											
	Consulta sobre aceptación a Encargado/a			x										
	Firma de compromiso de responsabilidad de encargado/a		x											
	Evaluación de Proceso		x											
	Evaluación de Resultado				x									
Creación de Comité a cargo de acreditación IHAN CESFAM.	Reunión Encargada CORMUVAL, Director y encargada LM CESFAM.	x												
	Propuesta de integrantes idóneos.		x	x										
	Designación y aceptación de los/as integrantes.				x	x								
	Establecimiento de cronograma de actividades.						x	x	x					
	Evaluación de Proceso			x										
	Evaluación de Resultado										x			
Adaptación de programa educativo prenatal y postnatal	Reunión de coordinación entre encargada de LM CORMUVAL, de CESFAM Mena y encargada de equipo	x												

exclusivo para madres adolescentes.	Chile Crece Contigo HCVB.													
	Reunión planificación de cronograma actividades.		x	x										
	Adaptación de contenidos educativos.				x	x	x	x						
	Identificación de madres adolescentes gestantes y que amamantan en APS y HCVB.							x	x	x	x	x		
	Evaluación de Proceso				x									
	Evaluación de Resultado												x	
Programa de asesoramiento y acompañamiento entre pares.	Convocatoria		x											
	Registro de madres adolescentes, sus madres (Abuelas maternas) y mujeres que quisieran ser facilitadoras comunitarias en LM.				x	x								
	Reunión con interesadas y encargada de LM CESFAM.						x							
	Planificación de capacitación.							x						
	Capacitación de asesoras								x					
	Evaluación de Proceso			x										

	Evaluación de Resultado												x	
Coordinación entre Atención primaria e Instituciones Educacionales.	Reunión encargada de LM y Educación CORMUVAL.	x												
	Coordinación de enfermero de sector con director de establecimientos.		x											
	Reunión entre enfermero se sector, director establecimiento educacional y encargada de LM CORMUVAL.				x	x	x	x						
	Cronograma de actividades para implementar								x	x	x			
	Evaluación de Proceso			x										
	Evaluación de Resultado													x

CAPÍTULO 8

CONCLUSIONES FINALES

CONCLUSIONES FINALES

El presente proyecto tuvo como objetivo principal, la generación de recomendaciones basadas en la evidencia, que contribuyeran a promover el inicio y mantención de la lactancia materna en madres adolescentes, aportando de esta manera a la problemática planteada.

Es así, que para ello, fue realizada una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos, seleccionando la mejor evidencia, correspondiente a veinte artículos que aportaran a la promoción de lactancia materna en madres adolescentes.

Los resultados analizados, dieron cuenta que las madres adolescentes, al encontrarse en una etapa compleja, en cuanto a cambios no sólo físicos, sino también, psicológicos y sociales, requieren de intervenciones de promoción en lactancia, específicas para su grupo etario (37, 47, 49), es decir, ajustadas a su etapa de vida. Se destaca que, si bien, el proyecto fue contextualizado en un establecimiento de atención primaria de salud, los resultados dieron cuenta, que las intervenciones necesarias de realizar, en las madres adolescentes para promocionar la lactancia materna, involucran al nivel primario y terciario de salud, además, del nivel educacional, lo cual, se fundamenta en que la responsabilidad de proteger y promocionar la LM, es de la sociedad en su conjunto (10).

En consecuencia a lo anterior, fueron propuestas 7 recomendaciones basadas en la evidencia, entre las que destacan, la creación de un programa educativo prenatal y post natal específico para madres adolescentes, asesoramiento en lactancia por pares adolescentes y facilitadoras comunitarias, permitir y favorecer el inicio de la lactancia materna a las madres adolescentes durante la primera hora postparto, que centros educacionales cuenten con espacio, mobiliario y vestimenta adaptada para adolescentes en periodo de lactancia, entre otras, permitiendo aportar a la promoción de lactancia materna en madres adolescentes. Estas recomendaciones, fueron validadas por diferentes

profesionales con experiencia en el área y pertenecientes tanto al nivel comunal, como nivel primario y terciario de salud.

De la misma forma, se efectuó una propuesta de implementación y evaluación de las recomendaciones planteadas, contemplando estrategias específicas para llevar a cabo el proceso en la institución, distinguiendo estrategias de tipo transversal, y estrategias específicas con algunas intervenciones previas a la implementación, generando propuestas para los diferentes niveles.

Dentro de las limitaciones encontradas para la realización del proyecto, destaca que no existe un registro o estadística de lactancia materna en madres adolescentes, tanto a nivel nacional, comunal e institucional.

Asimismo, y como desafío, se plantea, facilitar el proyecto al CESFAM Marcelo Mena, con el fin, de socializarlo y estimular su implementación, considerando además, que es un campo clínico utilizado por la Universidad de Valparaíso, específicamente por la Escuela de Enfermería, consiguiendo aportar en conjunto, con los estudiantes que realizan su práctica profesional en las diferentes estrategias de implementación. De esta forma, el desafío involucra, utilizar la institución como plan piloto, para replicar la implementación en otros Centros de Salud Familiar pertenecientes a la comuna de Valparaíso.

De esta manera, se sugiere seguir investigando, una vez llevada a cabo la implementación del proyecto, a través de una investigación de tipo cuantitativa, que demuestre el efecto de su implementación para incrementar la lactancia materna en madres adolescentes, y asimismo, una investigación de tipo cualitativa, para valorar la percepción tanto de las madres adolescentes como del personal de la institución, frente a la implementación de las recomendaciones, dando cuenta del aporte de esta intervención. Además se plantea como sugerencia, que a nivel Ministerial y dentro del Programa de Protección a la Infancia y Adolescencia Chile Crece Contigo, sea considerada la etapa de adolescencia en sus diferentes actividades y prestaciones, ya que como se evidenció a lo largo del desarrollo

del proyecto, no existe una atención o educación diferenciada para madres que se encuentran cursando este periodo de la vida, no exento de dificultades y cambios en las diferentes esferas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pinilla E, Dominguez C, García A. Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva. Enferm Global. [internet]. 2014 (ene).[acceso 27 abr 2019]; 13(33). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100004

2. Borges M, Alonso RM, Rodríguez B, Uranga R, Santos J. Abandono temprano de la lactancia materna exclusiva en el hijo/a de madre adolescente. Investig Enferm Imagen Desarr. 2016; 18(2): 21-36.

3. González E. Embarazo repetido en la adolescencia: la realidad chilena. Rev Chil Obstet Ginecol. 2016; 81(5): 354 – 59.

4. Brahma P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev Chil Pediatr. 2017; 88(1): 7-14.

5. Ministerio de Salud (Chile). Informe Técnico Encuesta Nacional de Lactancia Materna en la Atención Primaria. Santiago de Chile; 2013.

6. Vásquez M. La Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) y la gestión del cuidado. Univ. Salud. 2014 jun; 16 (1): 05-08.

7. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo torno a su Comprensión. Enferm Universitaria. 2011 (Oct-Dic); 8 (4): 16-23.

8. Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño

pequeño. [en línea]. OMS; 2014 [acceso 27 abr 2019]. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/publications/CIP_document/es/

9. Aragón M, Cubillos I, Torres A. Maternidad en la adolescencia y lactancia. Enferm Docente. [internet]. 2015 (jul-dic). [acceso 23 jun 2019]; (104): 49-54. Disponible en: http://www.index-f.com/edocente/104pdf/10449.pdf

10. Ministerio de Salud (CH). Lactancia materna: contenidos técnicos para profesionales de salud; 2010.

11. Ribeiro PM, De Castro C, Mayumi E, Santos ICB, Oliveira PJI. Plan de cuidados de enfermería para una madre adolescente. Evidentia. [internet]. 2013 (jul-sep). [acceso 23 jun 2019]; 10 (43). Disponible en https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4595971

12. Organización Panamericana de Salud (OPS). La Iniciativa hospital amigo del niño en América Latina y el Caribe: Estado actual, retos y oportunidades. Washington DC; 2016.

13. Ministerio de Salud (Chile). Manual proceso de acreditación IHAN establecimientos de salud amigo de la madre y el niño (a). Santiago de Chile; 2018.

14. Ministerio de Salud (CH). Orientaciones Técnicas para la atención en Clínicas de Lactancia Materna; 2016.

15. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Código Internacional de Sucedáneos de la Lactancia Materna y Resoluciones Relevantes. Penang, Malasia; 2005.

16. Casado C, Pazos L, Pavón J, López L, Escobedo E, Bernal P. Evaluación de los conocimientos y de la aplicación de la tetanalgesia en una unidad de neonatología. Enferm. glob. [Internet]. 2015 (abr) [acceso 22 may 2019]; 14 (38): 33-41. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n38/clinica2.pdf

17. Ministerio de Salud (Chile). Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud. Santiago de Chile; 2014.

18. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Manual operativo de Lactancia Materna. Santiago de Chile; 2017.

19. Ministerio de Salud (Chile) Guía de alimentación del niño(a) menor de 2 años hasta la adolescencia. Santiago de Chile; 2015.

20. Organización Mundial de la Salud. Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Ginebra; 2014.

21. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia. [en línea]. OMS; 2018 [Actualizado 23 feb 2018; Acceso 3 jun 2019]. Disponible en https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

22. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Una nueva mirada de la participación adolescente. Santiago de Chile; 2014.

23. Borrás T. Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. CCM. [Internet]. 2014 (mar). [acceso 09 Jun 2019] ; 18 (1): 05-07. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100002&lng=es.

24. Papalia D, Dusking R, Martorel G. Desarrollo Humano. 12ma ed. México D.F (Méx): McGraw-Hill; 2012. 625 p.

25. López Y. Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo. Revista Cubana de Enfermería. 2012;28 (1):23-36.

26. Fernández A. Adolescencia emocional, crecimiento, proceso familiar y expresiones humorísticas. Educar.2014 (jul-dic); 50 (2); 445-66.

27. Álamo N, Krause M, Pérez C, Aracena M. Impacto de la salud psicosocial de la madre adolescente en la relación con el niño/a y su desarrollo. Rev argent clín psicol. [internet]. 2017 (nov). [acceso 21 jun 2019]; 26 (3): 332- 46. Disponible en http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281953368010

28. Bordignon N. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. Rev Lasallista Investig. 2006; 2 (2): 50-63.

29. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev chil pediatr. 2015 (dic); 86 (6): 436-43.

30. Bailón L. Teoría del desarrollo moral. Contrib cienc. Soc. 2011. [acceso 2 jul 2019]; (1). Disponible en: http://www.eumed.net/rev/cccss/13/lhbg3.html

31. Sena A, Rivera R, Díaz E, Hernández B, Armas N. Caracterización de la lactancia materna en madres adolescentes. Rev Ciencias Médicas. [Internet]. 2014 (ago). [acceso 22 jun 2019]; 18 (4): 574-89. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000400004&lng=es

32. Ministerio de Salud (Chile). Promoción de Salud. Santiago de Chile; 2016.

33. Tejada de Rivero D. La historia de la Conferencia de Alma Ata. Rev peru ginecol obstet. [Internet]. 2018 (jul). [acceso 30 jun 2019]; 64 (3): 361-66. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300008&lng=es

34. Torquato M, Lima A, Souza V, Coutinho F, Rúbia F Moema M; Reichert A. Padrão do aleitamento materno de crianças. Rev. Enferm UFPE. [Internet]. 2018. [acceso 12 jun 2019]; 12(10): 2514-252. Disponible en: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237050/30130

35. Sakraida T. El Modelo de promoción de la salud. En: Alligood MR. Tomev AM. Modelos y Teorías en enfermería.7ma ed. Madrid (Es): Elsevier-Mosby; 2018. p. 34-53

36. Spindola T, Carvalho ACFC, Lazone R, Rodrigues V. Mamentação na adolescência: histórias de vida de mães primíparas. Rev pesqui cuid fundam. [Internet]. 2014 (jun.-mar). [Acceso 9 dic 2018]; 6(1): 414-24. Disponible en: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2965/pdf_1094

37. Mazza VA, Silva DI, Gonçalves J, Mantovani, M, Tararthuch R. Representações sociais da nutrizs adolescentes sobre a amamentação. Rev pesqui cuid fundam. [Internet]. 2015 (abr-jun); 7(2): 2405-14. Disponible en: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3994/pdf_1596

38. Dutra G, De Barrios L, Mendes J, Gonçalves C. Vivência da amamentação por mães adolescentes: experiências positivas, ambivalências e dificuldades. Rev

Enferm UFSM. [Internet]. 2016 (Oct-Dic). [Acceso 6 dic 2018]; 6 (4): 578-88. Disponible en: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/23707/pdf

39. Escalona G. Representaciones y prácticas socioculturales asociadas al destete precoz en un grupo de madres adolescentes venezolanas. Perspect Nutr Humana. 2016; 18: 171-86.

40. Teixeira de Araújo R, Argolo M, Vinícius L, Valasques AP. Representações sociais do aleitamento materno para mães-adolescentes-nutrizes. Rev enferm UERJ. 2015; 23(5):639-43.

41. Subirana M, Fargues I. Enfermería basada en la Evidencia. En: Alonso P, Ezquerro O, Fargues I, García JM, Marzo M, Navarra M, et al. Enfermería Basada en la Evidencia. Hacia la excelencia de los cuidados. Difusión Avances de Enfermería; 2004. Disponible en: http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Carchivo_301.pdf

42. Orts MI. Práctica Basada en la Evidencia. Barcelona (Es): Elsevier; 2015. 183 p.

43. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2017 [actualizado 2017 May 18; citado 2017 Jun 13]. Disponible en: http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm

44. Gonzalez J, Buñuel JC, Aparicio M. Listas guía de comprobación de revisiones sistemáticas y metaanálisis: Declaración PRISMA. Evid Pediatr.2011; 7:97.

45. Hans SL, Edwards RC, Zhang Y. Randomized Controlled Trial of Doula-Home-Visiting Services: Impact on Maternal and Infant Health. Matern Child Health J. 2018 (oct); 22: 105-13.

46. Ara G, Khanam M, Papri N, Nahar B, Haque MA, Kabir I, Dibley MJ. Peer counselling improves breastfeeding practices: A cluster randomized controlled trial in urban Bangladesh. Matern Child Nutr. 2018 (jul); 14(3): 1-12.

47. Tariku A, Alemu K, Gizaw Z, Muchie KF, Derso T, Abebe SM, et al. Mothers' education and ANC visit improved exclusive breastfeeding in Dabat Health and Demographic Surveillance System Site, northwest Ethiopia. PLoS ONE. [internet].2017. [acceso 10 oct 2019]; 12(6): e0179056. Disponible en: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0179056

48. Dayana H, Oliveira M, Daianny T, Paiva D, Neyva da Costa P, Tavares I. A prática educativa realizada pela enfermagem no puerpério: representações sociais de puérperas. Rev Bras Enferm. 2017 (nov-dic); 70 (6): 1320-8.

49. Payaró A, Zamora L, Almirall M, Miguel M, Carrascón A. Inicio y continuidad de la lactancia materna en relación con la asistencia a un programa educativo para madres jóvenes. Matronas Prof. 2016; (3): 99-106.

50. Baerug A, Langsrud, Løland BF, Tufte E, Tylleskär T, Fretheim A. Effectiveness of Baby-friendly community health services on exclusive breastfeeding and maternal satisfaction: a pragmatic trial. Matern Child Nutr. 2016 (jul); 12 (3):428-39.

51. Cândido C, de Oliveira M, Camargo L, dos Santos JC, Moraes A, Gomes-Sponholz F. Prática de enfermeiras na promoção do aleitamento materno de adolescentes brasileiras. Cienc Enferm. [Internet]. 2016 (sep). [acceso 2 oct 2019]; 22 (3): 97-106. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532016000300097&lng=es

52. Martínez, D. Las necesidades de las adolescentes madres en el contexto educativo: un estudio de caso en una institución de educación pública. Enferm Actual Costa. [internet]. 2015. [acceso 02 oct 2019]; 28: 1-16. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n28/1409-4568-enfermeria-28-00001.pdf

53. Rosen-Carole C, Waltermaurer E, Goudreault M, Larimer A, Pokharel-Wood M, Rajupet S, Kouba N. Assessing the Efficacy of a Breastfeeding-Friendly Quality Improvement Project in a Large Federally Qualified Health Center Network. J Hum Lact. 2016 (aug); 32 (3): 489-97.

54. Dias de Oliveira L, Justo Giugliani ER, Córdova do Espírito Santo L, Meirelles Nunes L. Counselling sessions increased duration of exclusive breastfeeding: a randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers. Nutr J. [internet]. 2014 (jul). [acceso 02 oct 2019]; 13: 73. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4124496/

55. Sá Guimarães CM, Germano R, Gomes-Sponholz F, Oliveira M, Dos Santos J. Factors related with breastfeeding self-efficacy immediate after birth in puerperal adolescents. Acta Paul Enferm. 2017; 30 (1):109-15.

56. Sipsma HL, Jones K, Nickel NC. Hospital practices to promote breastfeeding: The effect of maternal age. Birth. 2017 (sept); 44(3):272-80.

57. Carvalho ML, Boccolini CS, Oliveira MI, Leal MD. The baby-friendly hospital initiative and breastfeeding at birth in Brazil: a cross sectional study. Reprod Health. [en línea]. 2016 (oct). [acceso 01 oct 2019]; 13(3). Disponible en: https://reproductive-health journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0234-9

58. Shaker NZ, Hasan SS, Ismail ZA. Impact of a Baby-Friendly hospital on breastfeeding indicators in Shaqlawa district in Erbil governorate, Kurdistan region of Iraq. East Mediterr Health J. 2016 (mar) 15; 21(12):885-90.

59. Howell EA, Bodnar-Deren S, Balbierz A, Parides M, Bickell N. An intervention to extend breastfeeding among black and Latina mothers after delivery. Am J Obstet Gynecol. [en línea]. 2014 (mar). [acceso 2 oct 2019]; 210 (3). Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3938878/

60. Li CM, Li R, Ashley CG, Smiley JM, Cohen JH, Dee DL. Associations of hospital staff training and policies with early breastfeeding practices. J Hum Lact. 2014 (feb); 30 (1): 88-96.

61. Pentecost R, Grassley JS. Adolescents' needs for nurses' support when initiating breastfeeding. J Hum Lact. 2014 (may); 30 (2):224-28.)

62. Dos Santos I, Correa M, Pereira da Costa N, Könzgen SM, De Lima AP, Saraiva S. A sala de parto: o contato pele a pele e as ações para o estímulo ao vínculo entre mãe-bebê. Av enferm. 2015; 33: 29-37.

63. Establece Medidas de Protección a la lactancia materna y su ejercicio. Decreto con fuerza de Ley Nº 21.155. (Tribunal Constitucional, de 02-05-2019).

ANEXOS

ANEXO Nº1: Proceso de validación recomendaciones Proyecto "Intervenciones para promover la lactancia materna en madres adolescentes"

Nombre: **Fecha:**

Cargo:

A continuación, se presentan un listado de recomendaciones, las cuales debe valorar en tres ámbitos otorgando un puntaje determinado.

1: No 2: Tal vez 3: Sí

N°	Recomendación	Atingencia	Claridad	Aplicabilidad
1	Todos los centros de salud a nivel primario y terciario deben aspirar a recibir la acreditación de la IHAN como centro amigo de la madre y el niño.			
2	Generar capacitación permanente al personal de salud y administrativo para mejorar conocimientos y actitudes frente a la lactancia materna.			
3	Realizar programa educativo prenatal y postnatal exclusivo para madres adolescentes			
4	Entregar a madres adolescentes el tiempo necesario para expresar sentimientos e inquietudes frente a la práctica de lactancia considerando su etapa de vida			
5	Generar programas de asesoramiento y acompañamiento incorporando a madres adolescentes con experiencia en lactancia, facilitadoras comunitarias y/o abuelas maternas.			
6	Permitir y favorecer el inicio de la lactancia materna a las madres adolescentes durante la primera hora postparto priorizando el alojamiento conjunto.			
7	Los centros educacionales deben contar con mobiliario y vestimenta adaptada para adolescentes en periodo de lactancia materna.			
Total				