



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

LA AUTOEFICACIA COMO PREDICTOR DE LA LACTANCIA MATERNA EN
USUARIAS DE CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE
LA CIUDAD DE MÉXICO: UN ESTUDIO LONGITUDINAL

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

RAMÍREZ AGUILAR MARTÍN

JURADO DE EXAMEN:

DIRECTOR: DR. MARIO ENRIQUE ROJAS RUSSELL

COMITÉ: MTRO. PEDRO VARGAS ÁVALOS

MTRA. KARINA SERRANO ALVARADO

LIC. RUBÉN TORRES AGUSTÍN

LIC. ENRIQUETA CECILIA RUEDA BOLAÑOS



Trabajo financiado por el PAPIIT: Proyecto IN307916

CIUDAD DE MÉXICO

SEPTIEMBRE DE 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

LA AUTOEFICACIA COMO PREDICTOR DE LA LACTANCIA MATERNA EN
USUARIAS DE CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE
LA CIUDAD DE MÉXICO: UN ESTUDIO LONGITUDINAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

RAMÍREZ AGUILAR MARTÍN

JURADO DE EXAMEN:

DIRECTOR: DR. MARIO ENRIQUE ROJAS RUSSELL

COMITÉ: MTRO. PEDRO VARGAS ÁVALOS

MTRA. KARINA SERRANO ALVARADO

LIC. RUBÉN TORRES AGUSTÍN

LIC. ENRIQUETA CECILIA RUEDA BOLAÑOS

Trabajo financiado por el PAPIIT: Proyecto IN307916



CIUDAD DE MÉXICO

SEPTIEMBRE DE 2019

AGRADECIMIENTOS

A mis papás

Como siempre lo he mencionado, ustedes siempre han sido un ejemplo de que se puede ser una buena persona, de que se puede ayudar a los demás y que se pueden cumplir todas las metas que se propongan. Y porque cada paso que doy siempre ha estado apoyado por ustedes a pesar de las carencias u obstáculos que se presenten.

A Yadi

Porque después de tantas vivencias juntos, me ayudaste a adquirir experiencia, buscar nuevas metas y nunca has dejado de alentarme y apoyarme con mis decisiones, ni siquiera en los momentos más difíciles de mi vida. Y gracias a eso y a tu ejemplo, siempre he optado por no dejar de esforzarme por lograr mis objetivos.

A Mario Rojas

Ya que gracias a usted pude visualizar el camino que más me apasiona de mi carrera, y que además siempre me ha servido como ejemplo de lo que me gustaría ser en un futuro, además de todo el apoyo y aprendizaje aportado hacia mí carrera profesional.

A Karina

Por siempre estar dispuesta a ayudar resolviendo mis dudas, dándome nuevas ideas, y hasta platicar sobre temas interesantes, a pesar de su vida tan agitada. Y por reforzar mis expectativas de lo que se puede lograr trabajando con dedicación.

A Beto

Porque siempre me ayudaste a resolver todas las dudas que tuve, por tus críticas constructivas y también por las palabras de aliento. Eres de igual modo un ejemplo a seguir porque a pesar de poseer tanto conocimiento, nunca dejaste de ser una persona humilde, ni en momentos críticos.

A Mariel

Por ser guía y apoyo de todo este proceso, tanto de cosas básicas, así como por enseñarme a usar las herramientas que eran necesarias para poder terminar este trabajo. Y porque también eres un ejemplo que se debería tomar en cuenta para seguir.

A la UNAM

Porque desde que nací siempre ha sido mi segunda casa y por ende es parte inherente a mí.

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO 1. EPIDEMIOLOGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA ...	8
1.1 Panorama mundial de la lactancia materna.....	8
1.2 Panorama nacional de la lactancia materna	9
CAPÍTULO 2. LACTANCIA MATERNA	12
2.1 Aporte nutricional de la leche humana durante sus etapas	13
2.2 Anatomía, fisiología de la mama y producción de la leche humana	15
2.3 Beneficios de la LM para la madre	17
2.4 Beneficios para el lactante	18
CAPÍTULO 3. FACTORES DISTALES Y PROXIMALES DE LA LACTANCIA MATERNA	20
3.1 Factores distales de la lactancia materna	21
3.1.1 Políticas internacionales a favor de la lactancia materna	21
3.1.2 Políticas nacionales a favor de la lactancia materna.....	22
3.1.3 Aspectos sociodemográficos	24
3.1.4 Factores prenatales y enfermedades contraindicadas con la lactancia materna.....	25
3.2 Factores proximales de la lactancia materna	26
3.2.1 Factores asociados con la información y la atención de los servicios de salud	26
3.2.2 Creencias, Apoyo social, Control conductual percibido e intención	27
3.2.3 Autoeficacia	30
CAPÍTULO 4. JUSTIFICACIÓN	34
CAPÍTULO 5. MÉTODO	37
5.1 Objetivos	37
5.2 Diseño	37
5.3 Participantes	38

5.4 Variables	38
5.5 Procedimiento	40
5.6 Instrumentos.....	40
5.7 Análisis de los datos.....	41
CAPÍTULO 6. RESULTADOS	42
6.1 Descripción de la muestra.....	42
6.2 Análisis bivariados.....	43
6.3 Análisis multivariados	45
CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN	47
7.1 Variables sociodemográficas y autoeficacia para lactar.....	47
7.2 Autoeficacia para lactar e intención para lactar.....	49
7.3 Autoeficacia para lactar, intención para lactar y LM	49
CAPÍTULO 8. CONCLUSIÓN	51
8.1 Fortalezas y debilidades del estudio	51
Referencias:.....	54
ANEXOS	62
ANEXO 1.....	63
ANEXO 2.....	64
ANEXO 3.....	65
ANEXO 4.....	66
ANEXO 5.....	67
ANEXO 6.....	68

LA AUTOEFICACIA COMO PREDICTOR DE LA LACTANCIA MATERNA EN
USUARIAS DE CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA
CIUDAD DE MÉXICO: UN ESTUDIO LONGITUDINAL

RESUMEN

Objetivo: Identificar el posible papel predictor de la autoeficacia y la intención para lactar de las madres sobre la ocurrencia de LM. **Método:** Se utilizó un diseño longitudinal. La muestra fue de 148 mujeres embarazadas usuarias de un centro de salud de la Ciudad de México. Se utilizaron instrumentos diseñados y validados ex profeso para estimar las variables de interés. La variable dependiente fue la lactancia materna (LM) y las variables independientes fueron la autoeficacia para lactar y la intención de lactar. **Resultados:** Con los modelos de regresión lineal simple se hallaron relaciones significativas entre la escolaridad y la ocupación de la madre con la autoeficacia para lactar, y los modelos de ecuaciones estructurales generalizadas hallaron relaciones significativas entre la autoeficacia y la intención para lactar, así como entre la intención para lactar y la LM. **Conclusiones:** El modelo propuesto para predecir la LM puede ser un marco de referencia para explicar la ocurrencia de la LM en mujeres embarazadas de la CDMX usuarias de centros de salud. Dichos resultados pueden aportar información para el diseño de intervenciones que pretendan promover la lactancia materna.

Palabras Clave: Lactancia materna, Autoeficacia para lactar, Intención para lactar.

INTRODUCCIÓN

Vahlquist (1981) escribió una frase en la cual menciona que “En todas las especies de mamíferos, el ciclo reproductivo comprende tanto el embarazo como la lactancia; en ausencia de este último, ninguna de esas especies, hombre incluido, podría haber sobrevivido” (p.1). Respecto a esto Victoria et al. (2016) mencionan que, gracias a los resultados de los estudios epidemiológicos y el creciente conocimiento del papel de la epigenética, las células madre y los orígenes evolutivos de la salud y la enfermedad, las ideas propuestas por Vahlquist se han podido confirmar.

Por su parte, Bobadilla y Mendieta (2013) mencionan que la leche materna ha sido durante toda la existencia del ser humano el único alimento que el recién nacido y el lactante pequeño podían recibir para sobrevivir. Y distinguen tres momentos característicos de la historia de la lactancia materna (LM): *I)De la prehistoria al cristianismo:* En Europa se encontraron recipientes para alimentación con boquilla, en el Código de Hammurabi (1750 a.C.) se contenían regulaciones sobre las nodrizas, y en Babilonia, India y Egipto la lactancia se practicaba durante los primeros tres años de edad del niño.*II)Del siglo I al siglo XVII:* En la Edad media la lactancia se consideraba el mejor alimento al ser suministrado por la propia madre; Las mujeres nobles y ricas contrataban a nodrizas. y *III)Del siglo XVIII a la actualidad:* Con la introducción de la leche en polvo y los suplementos de la lactancia, el papel de las nodrizas decayó hasta su desaparición. A finales del siglo XVIII en Gran Bretaña se destetaba a los niños a los siete meses, ya que se creía que la leche materna se deterioraba después de varios meses y se volvía dañina para el niño. Actualmente en el siglo XXI se tiene la certeza de que la lactancia materna es la mejor opción para cualquier tipo de lactante, de término o no, y no sólo a nivel fisiológico, sino a nivel psicológico y

social. Sin embargo, existen diversos factores que influyen en la decisión de las madres para llevar a cabo la lactancia, desde las políticas internacionales y nacionales para la lactancia, hasta los factores sociodemográficos de las madres como una mayor edad de la madre, un nivel de educación superior y más experiencia de lactancia materna (Leung, Tam, Hung, Fok y Wong, 2003; Mitra, Khoury, Hinton y Carothers, 2004), y diversas variables psicosociales como, la actitud de las madres hacia la lactancia, el apoyo social, el control conductual percibido hacia la lactancia, la autoeficacia y la intención para lactar de las madres (Blyth et al., 2002; 2004; Bai, Middlestadt, Peng y Fly, 2010; Joshi, Trout, Aguirre y Wilhelm, 2014).

Actualmente, podemos entender la lactancia materna (LM) como una conducta relacionada con la salud, que es cualquier actividad realizada con el fin de prevenir, mantener, restaurar o mejorar la salud y el bienestar, que están mediadas o precedidas de elementos cognitivos (Conner & Norman, 2005; Gochman, 1997). De igual modo, debido a la relevancia de la lactancia materna, en el presente documento se describirán aquellos factores que afectan directa o indirectamente a la misma, tanto en la intención de llevarla a cabo, así como en la ejecución de la conducta misma. Y dentro de estos se hace énfasis en un constructo en específico, la “autoeficacia”, ya que esta destaca en comparación con otros constructos al momento de influir en la ejecución de la lactancia materna (De Jager, Broadbent, Fuller y Skouteris, 2014; Mitra, Khoury, Hinton y Carothers, 2004; McQueen, Sieswerda, Montelpare y Dennis, 2015; Pereda, Etxaniz, Aramburu, Ugartemendia, Uranga y Zinkunegi, 2014).

CAPÍTULO 1. EPIDEMIOLOGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA

1.1 Panorama mundial de la lactancia materna

La “Global BreastfeedingScorecard”, al evaluar 194 naciones, descubrió que sólo el 40% de los niños menores de seis meses reciben lactancia materna exclusiva(LME) y sólo 23 países (Bolivia, Burundi, Cabo Verde, Camboya, República Popular Democrática de Corea, Eritrea, Kenya, Kiribati, Lesotho, Malawi, Estados Federados de Micronesia, Nauru, Nepal y Perú, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Islas Salomón, Sri Lanka, Swazilandia, Timor-Leste, Uganda, Vanuatu y Zambia.), tienen tasas de LME superiores al 60% (UnitedNationsChildren'sFund [UNICEF] &WorldHealthOrganization [WHO], 2017).

En la revisión de 22 metaanálisis y revisiones sistemáticas, donde están incluidos 127 de los 139 países con bajos y medianos ingresos (99% de los niños de dichos países), y 37 de los 75 países de altos ingresos. Se encontró que en los países con ingresos económicos altos la prevalencia de la lactancia materna a los 12 meses era inferior al 20%. Además se observó una correlación inversa entre la lactancia materna a los 6 meses y el ingreso del producto interno bruto (PIB) por persona (por cada duplicación del PIB por persona, la prevalencia de la lactancia materna a los 12 meses disminuía en diez puntos porcentuales), lo cual significa que entre más ingreso por persona haya en el país, menos probabilidad hay de que las mujeres lacten a sus hijos durante 12 meses. Otro hallazgo relevante es que el 63% de niños menores de 6 meses en países de bajos ingresos no fueron amamantados exclusivamente, lo que refiere que en dichos países las mujeres optan por la alimentación mixta o con fórmula láctea (Victoria et al., 2016).

Respecto al continente americano, en 2011 en los Estados Unidos, el 79% de los recién nacidos fueron amamantados. Sin embargo, la lactancia no continuó durante el tiempo

recomendado, ya que de los bebés nacidos en 2011, el 49% fueron amamantados hasta los 6 meses y el 27% hasta los 12 meses (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2014). Para el 2013 las tasas de lactancia aumentaron, ya que 81,1% comenzaron a ser amamantados, más de la mitad (51,8%) fueron amamantados hasta los 6 meses y casi un tercio (30,7%) fueron amamantados hasta los 12 meses. En el mismo año para Puerto Rico se registró que 82.7% fueron amamantados al inicio, sin embargo la lactancia a los 6 y 12 meses mostró una baja del 37.1% y 21.2% respectivamente, y respecto a la LME se muestran porcentajes de 35.2% para los 3 meses y 20.1% para los 6 meses, lo cual se entiende como un porcentaje bajo para las mujeres que continúan con la lactancia (CDC, 2016).

1.2 Panorama nacional de la lactancia materna

El caso de la inversión para la lactancia materna muestra que en cinco de las economías emergentes más grandes del mundo (China, India, Indonesia, México y Nigeria), la falta de inversión en lactancia resulta en unas 236,000 muertes infantiles por año y pérdidas económicas de 119,000 millones de dólares (UNICEF & WHO, 2017).

En México, las prácticas de lactancia están por debajo de las recomendaciones aportadas por la OMS, y están deteriorándose. La mediana de la duración de la lactancia materna es de aproximadamente 10 meses, además la LME disminuyó de 2006 a 2012, de 22.3% a 14.5%, respectivamente, y los grupos más afectados son los niños que viven en zonas rurales, donde descendió a la mitad (de 36.9% a 18.5%). Esto se explica debido a un aumento en el consumo de fórmula, agua y otros líquidos (leches, atoles, café, etc.) y un inicio temprano de la alimentación complementaria (González, Escobar, González & Rivera, 2013).

En el informe final de la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres en México 2015, (Instituto Nacional de Salud Pública & UNICEF, 2016) se menciona que el 81% de los recién nacidos en México inician la lactancia dentro del primer día del nacimiento. Sin embargo, sólo el 51% de los bebés son amamantados por primera vez dentro de la primera hora después del nacimiento, esta proporción es mayor entre los nacidos en instituciones públicas (54%), cuando se compara con la proporción de nacidos en instituciones privadas (32%), o en las regiones Noroeste (43%) y Ciudad de México-Estado de México (43%). Otro dato relevante es que solo 31% de los niños y niñas menores de seis meses recibieron Lactancia materna exclusiva (LME), además se observan diferencias respecto a la práctica de lactancia de acuerdo a la educación de la madre, con porcentajes más bajos de lactancia exclusiva entre hijos/as de madres con educación media superior (26%) o superior (25%). Por otro lado, la lactancia continuada al año de edad es mayor en zonas rurales (61%) que en zonas urbanas (40%), y a los dos años solo alrededor de 24% de los niños/as reciben leche materna.

El abandono de la lactancia representa una carga económica para el país, en términos de costos directos de atención médica, costos indirectos y gasto en fórmula láctea. Además, indican que las prácticas inadecuadas de lactancia en México representan un costo de entre \$11,100 y \$36,200 millones de pesos por año, donde un porcentaje considerable se atribuye a la compra de fórmulas lácteas (11-38%). Y respecto a las enfermedades y decesos, se reportan entre 1.1 a 3.8 millones de casos de enfermedades respiratorias agudas superiores e inferiores, otitis media y enfermedades gastrointestinales, y entre 933 y 5,796 muertes en niños menores de un año son atribuidas a prácticas de lactancia inadecuadas, lo que

representa 27% de dichas enfermedades (Colchero, Contreras, López y González, 2015). Al respecto González, Hernández, Rivera y Hernández (2017), comentan que tales estimaciones están subestimadas, debido a que no consideran las enfermedades no registradas, contra las cuales la lactancia ofrece protección, por ejemplo, la dermatitis atópica u otras enfermedades crónicas como leucemia, diabetes tipo 1 y 2 y, en la madre, cáncer de mama, de ovario, diabetes tipo 2 y depresión posparto.

CAPÍTULO 2. LACTANCIA MATERNA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la LME como la alimentación del infante únicamente con leche materna, de la madre o de otra mujer, sin líquidos suplementarios o alimentos sólidos, a excepción de jarabes o gotas con vitaminas, suplementos minerales o medicamentos (WorldHealthOrganization [WHO], 1991).

Con base en las conclusiones de la reunión de consenso en la que participaron representantes de varias instituciones, la OMS (2009) propuso una clasificación para los distintos tipos de lactancia y las características de cada una, las cuales se muestran a continuación:

- Lactancia Materna Exclusiva: Leche materna (extraída o de nodriza), permite que el lactante reciba SRO (Sales de rehidratación oral), gotas, jarabes (vitaminas, minerales y medicinas), y no permite que el lactante reciba cualquier otra cosa.
- Lactancia materna predominante: Leche materna (extraída o de nodriza) como la fuente predominante de alimentación, permite que el lactante reciba ciertos líquidos (agua y bebidas a base de agua, jugos de fruta), líquidos rituales y SRO, gotas o jarabes, y no permite que el lactante reciba cualquier otra cosa (en particular, leche de origen no humano, alimentos líquidos o licuados).
- Alimentación complementaria: Leche materna (extraída o de nodriza) y alimentos sólidos o semisólidos, permite que el lactante reciba cualquier comida o líquido incluyendo leche de origen no humano y leche artificial.

•Lactancia materna: Leche materna(extraída o de nodriza), permite que el lactante reciba cualquier alimento o líquido incluyendo leche de origen no humano y leche artificial.

•Alimentación con biberón: Cualquier líquido (incluyendo leche materna) o alimento semisólido proporcionado mediante un biberón, y permite que el lactante reciba cualquier alimento o líquido incluyendo leche de origen no humano y leche artificial.

Respecto a la duración de la lactancia Aguilar y Fernández (2007), comentan que en el 2002 durante la 55ª Asamblea Mundial de Salud (Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño), se recomendó que la LME debía realizarse durante los primeros seis meses de vida, y continuar posteriormente con alimentos complementarios, hasta los 2 años como mínimo.

Sin embargo, este tiempo recomendado no siempre se cumple, como menciona la CDC (Centers for Disease Control and Prevention), a pesar de que las tasas de amamantamiento continúan aumentando en los Estados Unidos, la lactancia materna no continuó durante el tiempo recomendado. De los bebés nacidos en 2011, sólo el 49% fueron amamantados a los 6 meses y el 27% a los 12 meses.

2.1 Aporte nutricional de la leche humana durante sus etapas

La lactancia humana tiene diferentes etapas y cada una de estas tiene diferentes variaciones respecto a volumen, duración y composición. A continuación se mencionan las etapas de la leche humana y la composición de cada una de ellas propuestas por Sabillón y Abdu(1997):

Calostro: Es de color amarillento debido a la presencia de beta-carotenos. Aumenta su volumen en forma progresiva para satisfacer las necesidades del recién nacido. Destaca la concentración de IgA (Inmunoglobulina A) y lactoferrina que, junto a la gran cantidad de linfocitos y macrófagos le confieren la condición protectora para el recién nacido. La concentración de sodio y su pH favorece el vaciamiento gástrico.

Leche de transición: Esta se produce entre el cuarto y el décimo día postparto. Y en comparación con el calostro, esta leche presenta un aumento del contenido de lactosa, grasas, calorías y vitaminas hidrosolubles y disminuye en proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles.

Leche madura: Se produce a partir del décimo día, y sus principales componentes son: *Agua*, *Carbohidratos* (la principal azúcar es la lactosa,), *Lípidos* (el mayor componente son los triglicéridos), *Proteínas* [el mayor porcentaje corresponde a caseína y el restante a proteínas del suero: lisozima, lactoalbúmina y lactoferrina (la cual contribuye a la absorción de hierro en el intestino del niño y lo fija, evitando que sea usado por las bacterias)], *Vitaminas* (contiene todas las vitaminas, sin embargo existen variaciones en las vitaminas hidrosolubles que dependen de la dieta de la madre), *Minerales y elementos traza* (en cantidades suficientes para las necesidades del lactante), *Hierro* (su absorción evita el desarrollo de anemia en los lactantes), *Zinc* , *Selenio*, *Fluor* (este se asocia con una disminución de los procesos de caries dental), *Calcio/fósforo* (la relación calcio/fósforo es de 2 a 1 en la leche humana, lo que favorece la absorción del primero).

Leche de madres de recién nacidos prematuros: Las madres que tienen hijos prematuros producen durante los primeros meses leche con un contenido mayor de sodio, proteínas,

grasas, calorías y una concentración menor de lactosa. Además la lactoferrina y la IgA son más abundantes. Sin embargo esta leche no alcanza a cubrir los requerimientos de calcio, fósforo y ocasionalmente de proteína en recién nacidos de menos de 1.5 kg, debido a esto, estos nutrientes deben ser suplementados a través de una mezcla para prematuros que combine leche humana y fórmula para favorecer las condiciones de digestibilidad e inmunológicas de la leche humana.

2.2 Anatomía, fisiología de la mama y producción de la leche humana

El desarrollo histológico del tejido mamario en la pubertad, a través del funcionamiento del eje hipotálamo -hipófisis- ovario, genera el crecimiento de ductos, alvéolos y estroma que se reproducen por la acción de estrógenos y progesterona en conjunto con otras hormonas como la hormona de crecimiento, la insulina, el cortisol y las hormonas tiroideas que da origen a un sistema ducto-lobulillar ramificado rodeado de estroma y tejido adiposo (Hómez, 2008). Pero es hasta el periodo de gestación que termina su desarrollo, cuando se lleva a cabo la secreción láctea, a través de una serie de cambios en su estructura (Russo&Russo. Citado en Hómez, 2008). De tal modo la leche aparece entre el segundo y cuarto día posparto, posterior a la aparición del calostro (Tejerina, Escalonilla, Tejerina& Rabadán, 2005).

La lactogénesis es el inicio de la secreción de leche e incluye todos los cambios en las mamas, los cuales son necesarios para pasar de la glándula mamaria indiferenciada en el embarazo temprano a la lactancia completa después del parto (Neville, Morton&Umemura, 2001). Las investigaciones de Hartmann y Kulski (1977), al igual que Fleet et al. (1975), mencionan dos estadios en la lactogénesis: *La primera etapa*, ocurre durante el embarazo, cuando la glándula se diferencia lo suficiente como para secretar pequeñas cantidades de

componentes específicos de la leche, como la caseína y la lactosa. Esta etapa ocurre aproximadamente a la mitad del embarazo y se identifica por el aumento de las concentraciones plasmáticas de lactosa y lactoalbúmina. *La segunda etapa*, se diferencia por la secreción abundante de leche, el nivel de progesterona disminuye hasta los primeros 4 días después del nacimiento, seguido de una transformación programada del epitelio mamario, lo que lleva a transferir al bebé de 500 a 750 ml de leche por día, a partir del día 5 después del parto (Neville et al., 1988).

La secreción láctea sucede en las células epiteliales de los alvéolos de la glándula mamaria (Aguilar & Fernández, 2007), en donde las células madre son estimuladas por la hormona del crecimiento y la insulina, y las células alveolares secretoras son estimuladas por la prolactina. De este modo el mecanismo de la secreción celular se desarrolla de la siguiente manera: Principalmente la *Difusión* (las membranas de las células alveolares difunden hacia el lumen alveolar iones monovalentes como Na⁺, K⁺, Cl⁻ y agua), posteriormente la *Exocitosis* (son secretados por este mecanismo proteínas y algunos carbohidratos en pequeñas vesículas, que al contacto con la membrana celular se libera a la luz alveolar), después continúa la *Secreción apocrina* (la célula cede una parte de su membrana y su citoplasma al secretar partículas grasas), continuado por la *Pinocitosis* (se transportan inmunoglobulinas mediante receptores transcelulares, la más importante es la Ig A que se sintetiza en la célula plasmática de la propia glándula mamaria), y por último la *Vía paracelular*, (a través de soluciones de continuidad intercelulares se eliminan abundantes células en el calostro y en menor cantidad en la leche madura).

2.3 Beneficios de la LM para la madre

La lactancia muestra beneficios para la salud de la madre, existen evidencias que muestran que la lactancia materna protege contra el desarrollo de cáncer de mama premenopáusico y posmenopáusico, de este modo hay datos que muestran un efecto dosis-respuesta, lo que significa que una duración más prolongada de la lactancia, así como la lactancia materna exclusiva resultan ser más protectoras. Esto parte de las hipótesis explicativas sobre la relación entre la lactancia materna y el riesgo de cáncer de mama. Una de estas sugiere que el estrógeno y la progesterona, aumentan la actividad mitótica en las células mamarias, lo cual genera el aumento del riesgo de cáncer de mama. Por lo tanto, la amenorrea presentada durante la lactancia puede afectar la reducción del cáncer de mama, debido a que reduce los niveles hormonales (Allen & Hector, 2005; Jafari, Savabi, Mokaryan & Kazemi, 2016). De igual forma, una revisión de Beral (2002) sobre 47 estudios realizados en 30 países indicó que el riesgo relativo de cáncer de mama disminuyó en un 4,3% por cada 12 meses de lactancia materna. La evidencia de otro estudio de casos y controles indica que la lactancia materna puede proteger también contra el cáncer de ovario (Tung et al., 2003).

La pérdida de peso después del parto es otra facultad que se le atribuye a la lactancia materna, tal afirmación parte de que una larga duración de la lactancia materna se asocia con una baja retención de peso después del parto. Aunque existen otros factores asociados con la retención de peso después del parto, como: el estado civil, el peso antes de la gestación, la altura y el porcentaje de grasa corporal al inicio (Kac, Benício, Velásquez, Valente y Struchiner, 2004).

En cuanto a la depresión posparto (DPP), en un estudio longitudinal con 14,541 embarazadas en el que se usaron modelos de regresión logística controlados por el sexo del

niño, la educación de los padres, factores socioeconómicos y demográficos, información sobre el embarazo y el parto, la salud de la madre (incluida la salud mental) durante el embarazo, y los acontecimientos estresantes de la vida. Se encontró un riesgo bajo de DPP para las madres que no estaban deprimidas durante el embarazo, que habían planeado amamantar y que habían amamantado a sus bebés, mientras que el riesgo más alto se encontró entre las mujeres que habían planeado amamantar y no habían seguido amamantando. Los efectos beneficiosos de la LM sobre la salud mental de las madres fueron más fuertes a las 8 semanas después del nacimiento, y la asociación fue más débil en las mediciones a los 8 meses. (Borra, Iacovou & Sevilla, 2015).

2.4 Beneficios para el lactante

La evidencia muestra que la LM protege al infante contra las enfermedades infecciosas como: las infecciones respiratorias superiores e inferiores, infecciones del tracto urinario, enfermedades gastrointestinales y otitis media, durante el período de lactancia y aún después de que esta concluya (Allen & Hector, 2005).

Jain, Concato y Leventhal (2002), así como Rey (2003) con estudios metaanalíticos han demostrado una relación entre la lactancia materna y el desarrollo cognitivo en niños, ya que el llevar a cabo la LM durante períodos de tiempo más adecuados conduce a puntuaciones más altas en las pruebas de desarrollo mental. Aunque en ambos estudios, se han identificado dificultades para hacer una distinción del efecto de la lactancia materna y el factor de la inteligencia de las madres. Sin embargo, Gómez, Cañete, Rodero, Baeza y González (2004) indicaron un efecto positivo durante toda la infancia, independientemente de la inteligencia materna. Además, un dato importante aportado por Mc Vea, Turner y

Peppler (2000) esclareció que los bebés “alimentados con fórmula” tenían el doble de probabilidades de morir por el síndrome de muerte súbita infantil.

De igual manera la lactancia reduce el riesgo de enfermedades crónicas en la infancia y en la vida posterior. Por ejemplo, la asociación entre la lactancia materna y la obesidad sugiere un papel de la lactancia materna en la reducción de la prevalencia de la obesidad en la vida posterior (Arenz, Rückerl, Koletzko & Von Kries, 2004). Otros ejemplos de enfermedades crónicas frente a las que la lactancia materna puede ser protectora, son: la cardiopatía isquémica y la aterosclerosis y también para los marcadores de riesgo para la diabetes y las enfermedades del corazón, incluyendo la reducción de la respuesta a la insulina, el perfil de lipoproteínas y la presión arterial diastólica (Allen & Hector, 2005).

Sobre el aporte nutricional de la lactancia materna, se menciona que una ventaja clara de alimentar al infante durante los primeros seis meses de vida sólo con pecho materno, se refleja por una menor prevalencia de alergias alimentarias, además de brindar al recién nacido una alimentación completa y rica en macro y micronutrientes, así como oligoelementos, factores de crecimiento e inmunoglobulinas. Asimismo, se aporta el contenido de ácidos grasos poliinsaturados, que resulta esencial para el desarrollo del cerebro y de la retina. Por otro lado, los niños amamantados son más activos, presentan un mejor desarrollo psicomotor, mejor capacidad de aprendizaje y menos trastornos del lenguaje (WHO, 2002). Además, la lactosa es el principal hidrato de carbono, necesario para el crecimiento y desarrollo del sistema nervioso central (Aguilar & Fernández, 2007).

CAPÍTULO 3. FACTORES DISTALES Y PROXIMALES DE LA LACTANCIA MATERNA

Los factores distales y proximales de la salud, parten del *modelo de determinantes de la salud* el cual fue desarrollado para explicar la salud poblacional y el múltiple rango de factores que la determinan. Dicho modelo reconoce las causas de la salud en múltiples niveles de organización, los cuales van desde las causas proximales hasta las causas distales de la salud poblacional y tienen como característica la interacción multinivel entre causas. Por lo tanto, los *determinantes de la salud* son todos aquellos factores, eventos, características u otras entidades que, directa o indirectamente, influyen sobre la salud de los individuos (Mújica, 2015).

Los determinantes sociales o factores distales de la salud, son definidos por la OMS (2008) como aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluidas las políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Y en el tema de la lactancia específicamente, se mencionan algunos factores sociales que influyen en la decisión de las mujeres para llevar a cabo la LM, entre los que se encuentran las políticas públicas, el nivel socioeconómico, la edad, la escolaridad, el estado civil, tipo de parto, número de hijos y la actividad laboral de las madres.

En cuanto a los determinantes intermediarios, se toman en cuenta las condiciones de vida y de trabajo, como educación, empleo, renta, vivienda, saneamiento y salud, y en el nivel más próximo, o de los factores proximales, hay determinantes o microdeterminantes

relacionados con los estilos de vida individuales, tales como la herencia, la edad y el género, etc. (Dahlgren&Whitehead, 1991).

3.1 Factores distales de la lactancia materna

3.1.1 Políticas internacionales a favor de la lactancia materna

En un análisis comparativo a nivel mundial en el que se incluyeron fuentes de 182 de los 193 Estados Miembros de las Naciones Unidas, y a través de análisis de regresión se buscó la asociación entre la política nacional y las tasas de LME, al mismo tiempo que se tomaron en cuenta variables como el nivel de ingreso nacional, el nivel de urbanización, el porcentaje de mujeres que trabaja y la tasa de alfabetización femenina. Se encontró que el porcentaje de mujeres que practica la lactancia exclusiva fue mayor en los países en los que las leyes garantizan los permisos de lactancia en el trabajo (Heymann, Rauba&Earle, 2013). En otro estudio, a través del análisis de encuestas nacionales de los años 1973, 1982 y 1991, Heiberg y Helsing (1995), dan pautas de que los índices de iniciación y duración de la lactancia materna son mayores en los países donde se implementan ampliamente políticas de promoción de la lactancia materna, en comparación con otros países industrializados.

En adición “La tarjeta de puntuación global de lactancia materna” demuestra que se requiere una inversión anual de solo \$4.70 USD por recién nacido para aumentar la tasa global de LME entre niños menores de seis meses a 50% para 2025. Además, el aumento de inversión para la lactancia materna, podría salvar la vida de 520,000 niños menores de cinco años y generar beneficios económicos por un valor de \$300 mil millones USD en 10 años, debido a la reducción de las enfermedades, los costos del cuidado de la salud y el aumento de la productividad. (UNICEF & WHO, 2017).

3.1.2 Políticas nacionales a favor de la lactancia materna

Desde el marco jurídico podemos encontrar varios artículos, leyes y reglamentos (Artículo 4º de la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley general de salud, Ley federal de los trabajadores al servicio del estado, reglamentaria del apartado B, Ley del seguro social, Ley del instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado, Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, y el Reglamento de la Ley general de salud en materia de publicidad) que promueven la salud a través de la sana alimentación, donde la lactancia es uno de los puntos principales que permite, precisamente, una aproximación clara hacia la salud. Por otro lado protegen los derechos de las mujeres que les permiten realizar las acciones adecuadas tanto para amamantar a sus bebés, como para la extracción de la leche, y en adición a esto promueven la capacitación acerca del tema donde se incentiva a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida. Por último, también se restringen y reglamentan algunos puntos para la publicidad de la fórmula láctea (Secretaría de salud, 2014).

Por su parte la secretaría de salud, a sabiendas de los beneficios que representa la lactancia materna, ha intentado promoverla y protegerla a través de Normas Oficiales Mexicanas, por ejemplo:

Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Esta incluye aspectos relacionados con la nutrición y la alimentación en las diferentes etapas del desarrollo humano, con especial énfasis en los grupos de riesgo, así como información

sobre la prevención de las enfermedades relacionadas con la alimentación a través de la dieta y la actividad física [SEGOB, (secretaría de gobernación) 2013].

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Esta tiene como objetivo principal establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida (SEGOB, 2016).

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA2-2014, para la atención a la salud de la infancia. La cual pretende establecer las acciones que deben seguirse para asegurar la atención médica integrada, considerando: la prevención, el diagnóstico, la atención oportuna, el control y vigilancia de las enfermedades diarreicas, las enfermedades respiratorias, la nutrición y el desarrollo infantil temprano, la prevención de accidentes en el hogar, la atención de urgencias pediátricas y el diagnóstico oportuno de cáncer en las niñas y niños menores de diez años de edad. Y dentro de sus principales observaciones resaltan la importancia de la lactancia materna como objeto de prevención (SEGOB, 2015).

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. En esta se establecen los criterios y las especificaciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de los defectos al nacimiento, donde se resalta la importancia de la lactancia materna como herramienta para la prevención (SEGOB, 2014).

Además existe la Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018 (ENLM), con la cual se propuso la integración de las diferentes acciones que se realizan en el país para proteger, promover y apoyar la práctica de la lactancia materna hasta los dos años de edad. Esta es resultado del trabajo interinstitucional e intersectorial, para incluir en los objetivos,

actividades e indicadores, a todos los actores involucrados en la tarea de la promoción y protección de los derechos de las mujeres a amamantar y de las niñas y niños a recibir el mejor alimento; la leche humana (Secretaría de salud, 2014).

3.1.3 Aspectos sociodemográficos

En un estudio realizado con una población de madres Chinas, se encontró que una mayor edad de la madre, un nivel de educación superior y más experiencia de lactancia materna correlacionaron positivamente con la intención de amamantar, y casi todas las mujeres con intención de amamantar comenzaron a amamantar dentro de los 2 días del parto (Leung, Tam, Hung, Fok & Wong, 2003). Esto se ve complementado con un estudio donde se utilizó una población británica de más de 11 000 lactantes, en la que las mujeres con mayor edad, con un nivel de estudios más alto, que no fumaban, y que daban a luz a su primer hijo, tenían más probabilidades de iniciar la lactancia materna (Humphreys, Thompson & Miner, 1998).

Por otro lado, con base en los datos sociodemográficos del estudio de Mitra, Khoury, Hinton y Carothers (2004), encontraron que las mujeres que tenían la intención de amamantar eran más a menudo sajonas, tenían alguna educación universitaria, una familia pequeña, menos hijos y la experiencia de haber amamantado con anterioridad, a diferencia de las mujeres que no tenían intenciones de iniciar esta conducta.

De este modo diversas investigaciones (Swanson & Power, 2005; Meedya, Fahy & Kable, 2010; Labbok, 2013) han demostrado que algunos aspectos sociodemográficos tales como una mayor edad de la madre, estar casada, un nivel de estudios alto y tener altos ingresos favorecen la promoción de la LM.

Por último Yuen y Chan (2013) mostraron que aquellas madres que se dedican de tiempo completo a ser amas de casa y con ingresos bajos, tienen más probabilidad de lactar exclusivamente a sus bebés después del parto.

3.1.4 Factores prenatales y enfermedades contraindicadas con la lactancia materna

Según Félix, Martínez y Sotelo (2011), los factores biofísicos también se encuentran asociados con la iniciación y duración de la lactancia materna, por ejemplo, las experiencias en el parto (cesárea o vaginal), prácticas tempranas de la lactancia materna y la percepción de tener suficiente leche.

Respecto a las enfermedades contraindicadas con la LM, las infecciosas sólo representan un riesgo en circunstancias en que se produce la septicemia y las bacterias, ya que pueden alcanzar la leche, sin embargo, si la madre recibe la terapia antibiótica adecuada, la LM es segura para el bebé (Pisacane et al., 1994). Con relación a la hepatitis A y B no se consideran una contraindicación para la LM, sin embargo la hepatitis C puede representar una contraindicación cuando la madre padece insuficiencia hepática grave o coinfección por VIH. (Lawrence, 1999).

Para otras enfermedades tales como el herpes, varicela, sarampión, enfermedad de Lyme y tuberculosis, y siempre que exista o se sospeche una situación médica que represente un riesgo potencial para la lactancia de los bebés, debe evaluarse el riesgo teórico contra los beneficios de la lactancia materna, ya que con el tratamiento y precauciones necesarias la LM puede llevarse a cabo (Lawrence & Lawrence, 2001).

Por otro lado, aunque la inactivación del Citomegalovirus (CMV) en la leche humana se ha demostrado por varios métodos (Yeager, Palumbo, Malachowski, Ariagno & Stevenson, 1983), en otros estudios prospectivos se ha encontrado que la infección por CMV se asoció con la adquisición posterior de VIH a través de la lactancia materna o la muerte infantil (Chang et al., 2015). Por último, las únicas enfermedades infecciosas que se consideran contraindicaciones absolutas para la lactancia materna en los países desarrollados, son el VIH (Virus de inmunodeficiencia humana) y el HTLV-1 (Virus linfotrópico humano de células T tipo 1), debido a la variabilidad de información obtenida respecto a su riesgo de transmisión a través de la leche humana (Lawrence & Lawrence, 2001).

Como conclusión de este apartado, y retomando el modelo de determinantes de la salud, podemos observar que en el caso específico de la LM existen factores distales o sociales que impactan de manera indirecta en la ocurrencia, duración y mantenimiento de la LM, estos van desde normas y políticas públicas, tanto internacionales, así como aquellas desarrolladas específicamente para la población mexicana, hasta factores sociodemográficos de las madres, factores prenatales y enfermedades contraindicadas con la LM. Y se hace notoria la relevancia de algunos factores relacionados con las madres que dan homogeneidad a los diversos estudios, tales como: la edad, el estado civil, el nivel de estudios, el nivel socioeconómico y la experiencia previa con la LM.

3.2 Factores proximales de la lactancia materna

3.2.1 Factores asociados con la información y la atención de los servicios de salud

Se encontró que el estímulo de los profesionales (enfermeras y/o médicos) aumenta significativamente la probabilidad de que una mujer inicie la lactancia materna.

Específicamente, las mujeres que fueron alentadas por sus médicos o enfermeras a amamantar aumentaron más de cuatro veces las probabilidades de iniciar la lactancia materna, en comparación con las mujeres que no recibieron estímulo. Con relación a esto Lu, Lange, Slusser, Hamilton y Halfon (2001), encontraron que en las poblaciones tradicionalmente menos propensas a amamantar, el estímulo de aliento por parte de médicos y enfermeras, aumentó significativamente la iniciación de la lactancia materna, en más de tres veces aumentó la probabilidad de que la lactancia materna se presente entre las mujeres jóvenes, de bajos ingresos y con un menor nivel de estudios.

3.2.2 Creencias, Apoyo social, Control conductual percibido e intención

Según Fishbein y Ajzen (1975) en la Teoría de Acción Razonada (TAR) varios factores anteceden y explican el comportamiento humano. Así, para estos autores el determinante inmediato de la conducta es la intención de realizarla, la cual a su vez, tiene varios precursores, y tomando en cuenta la Teoría de la Conducta Planeada (TCP) propuesta por Ajzen (1991), la lactancia materna estaría directamente relacionada con la intención de lactar de las madres, la cual está precedida por tres componentes: 1) la actitud de las madres ante la LM, que comporta un conjunto de creencias sobre las consecuencias de la LM y el valor afectivo que las madres le atribuyen a tales consecuencias, 2) las creencias normativas al respecto (norma subjetiva), es decir la percepción de que otras personas significativas aprueban o desaprueban la LM y el grado de motivación para ajustarse a tales expectativas, y c) el control conductual percibido, que se referiría a la percepción de las madres, sobre sí mismas, como capaces o no de llevar a cabo la LM. Por lo tanto Leung, Tam, Hung, Fok y Wong (2003) mencionan que si las madres establecen la intención de amamantar a su bebé al nacer, podría considerarse como el primer paso para el éxito de la LM. Por esta razón,

resulta relevante identificar los factores que pueden influir en la decisión de una mujer para amamantar.

Por otro lado Mitra, Khoury, Hinton y Carothers (2004), en una muestra de 694 mujeres embarazadas, hallaron que los factores psicosociales que resultaron mejores predictores de la lactancia materna fueron la autoeficacia, el conocimiento sobre los beneficios de amamantar a su hijo y las actitudes positivas hacia las barreras de apoyo social, de estos, la autoeficacia destacó al ser el factor más importante para que la lactancia se lleve a cabo.

En complemento, en una revisión sistemática de nueve artículos se examinaron los factores psicosociales y la LME de cuatro a seis meses después del parto (De Jager, Broadbent, Fuller&Skouteris, 2014). La revisión sistemática mostró que los factores psicosociales como la autoeficacia (Blyth et al., 2002), la depresión posparto (Ankman et al., 2008), la ansiedad (Clifford, Campbell, Speechley, &Gorodzinsky, 2006) la intención de amamantar (Blyth et al. 2004), la actitud hacia la lactancia materna y el apoyo social (Bai, Middlestadt, Peng&Fly, 2010) se asociaron con la duración exclusiva de la lactancia materna más de cuatro meses después del parto. A esto se añaden las creencias conductuales y normativas, ya que se ha demostrado que también influyen significativamente sobre la decisión de la mujer para lactar o para proporcionar fórmula al niño (Donnan et al. 2013).

Del mismo modo Joshi, Trout, Aguirre y Wilhelm (2014) demostraron, en una pequeña muestra de mujeres hispanas, que existen factores asociados positivamente con la lactancia, estos son: los beneficios percibidos por la madre para la salud del bebé (expectativas de resultado) y la influencia familiar (norma social), aunque, por otro lado, la baja autoeficacia para amamantar disminuyó la probabilidad de una lactancia materna prolongada. Para

complementar lo anterior, Pajalic (2014) indica que la información sobre la lactancia materna, la aceptación cultural de la práctica, las tradiciones y los beneficios percibidos influyen de igual manera en la práctica exitosa de la lactancia materna.

La experiencia vicaria también parece estar relacionada con la intención y los comportamientos de la lactancia materna, sobre esto Hoddinott, Kroll, Raja y Lee (2010), en un estudio longitudinal con 418 mujeres embarazadas reportaron que además de la autoeficacia, la observación de otra u otras mujeres amamantando funge como factor importante para predecir la lactancia materna, además, también encontraron que la actitud positiva de las mujeres frente a los ítems “Era bonito verla amamantando” y “No me molestaba verla amamantar” y que además se mostraban en desacuerdo con los ítems “Me sentí incómoda al verla amamantar”, “Sentí vergüenza de verla amamantar” y “No sé para donde mirar” del instrumento utilizado para este estudio, tenían una probabilidad más alta de iniciar la lactancia materna.

Por último con el estudio de Ismail, Muda y Bakar (2013), se muestra la influencia de la *expectativa de resultado* en la intención de lactar de las madres, así, la creencia de que “la lactancia está asociada con tener hijos saludables”, influyó significativamente en la intención de las madres para iniciar esta conducta ($p= .001$). De igual manera, otras creencias como: “la dificultad de separarse de su bebé” ($p= .001$), y la creencia de que “al llevar a cabo la lactancia se ahorra dinero” ($p= .001$), también se asociaron significativamente al inicio de la lactancia. Además, las madres refirieron que era más probable que iniciaran la lactancia si contaban con el apoyo de su madre, su esposo, su suegra y de las enfermeras, así también, como si su madre, sus hermanas, sus amigas y sus

cuñadas habían realizado esta conducta con anterioridad. De igual forma, las madres que tenían la intención de amamantar a su bebé, reportaron más probabilidades de iniciar esta conducta si creían tener abundante leche, si estaban con la familia, si tenían una estancia infantil en el lugar donde trabajaban y si el bebé lloraba demasiado.

3.2.3 Autoeficacia

Se hace mención de la autoeficacia en la Teoría Social Cognitiva propuesta por Bandura (1987), en la que se propone la influencia de tres factores sobre el comportamiento, los cuales son: metas, expectativas de resultado y autoeficacia. Los objetivos o metas se refieren a los planes para actuar, los cuales se pueden entender como las intenciones para realizar una conducta. Las expectativas de resultado son semejantes a las creencias mencionadas en la TCP, pero en esta teoría son divididas en físicas, sociales y auto-evaluativas. Y la autoeficacia es la creencia de que una conducta se encuentra dentro del control individual de una persona, y regularmente es evaluada como el grado de confianza que un individuo tiene para realizar una conducta frente a varios obstáculos.

Bandura (1998) menciona que la autoeficacia, las metas, y expectativas de resultado operan en conjunto con las barreras ambientales percibidas y los facilitadores, regulando así las motivaciones, acciones y bienestar. En adición Bandura (1995; 1997) menciona que aquellos sujetos con un alto sentido de autoeficacia aumentan su funcionamiento sociocognitivo en muchos dominios y afrontan las tareas difíciles percibiéndolas como cambiables, más que como amenazantes. Además, se implicarán en actividades con un alto interés y compromiso, invirtiendo un gran esfuerzo y aumentando el mismo ante las dificultades y contratiempos. Así en resumen la teoría explica la adquisición de competencias que podrían afectar el bienestar físico y emocional, así como también en la

regulación de hábitos o conductas saludables.

De este modo podemos entender la autoeficacia como el conjunto de creencias en las capacidades propias para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir determinados logros o resultados (Bandura, 1997; 2001). De igual manera, la autoeficacia puede entenderse como resultado de distintas variables que la modifican, por ejemplo, las metas establecidas y el pronóstico de las posibles dificultades, las consecuencias que se anticipen de la conducta y la planeación de los objetivos, así como el control de pensamientos negativos y la selección de procesos para el afrontamiento de las posibles barreras percibidas (Bandura, 1997). Además, como se demuestra en algunas investigaciones (Bandura, 1991; Vinaccia, Contreras, Restrepo, Cadena & Anaya, 2005) la autoeficacia es un factor proximal que se asocia a distintas conductas relacionadas con la salud.

El desarrollo del sentido de eficacia respecto a una conducta, parte de varios factores: el primero de ellos se refiere a la *experiencia de dominio*, la cual deriva del resultado obtenido de tareas previamente realizadas relacionadas con la conducta en cuestión, las cuales aportan a la persona involucrada distintas herramientas en varios niveles (cognitivo, de autorregulación y conductuales). Por otro lado, las *experiencias vicarias*, que se refieren a la observación de personas similares al individuo que logran alcanzar la misma meta establecida a través de su esfuerzo, aumentan las creencias de quien observa respecto a su propia capacidad para poder desarrollar las actividades que se ha propuesto. Sin embargo, la similitud con el modelo observado puede influir en las creencias de eficacia del observador, de tal modo, mientras más semejantes sean el observador y el modelo, generarán mayor influencia en el observador. Otro factor es la *persuasión social*, que hace

alusión a la transmisión de mensajes de otras personas cercanas al individuo, relacionados con estimaciones positivas que potencian la confianza en sus capacidades, y ayudan a orientar la medición de éxito en términos de automejora. Por último, los *estados psicológicos y emocionales*, que consisten en la percepción del estado físico, el estrés y emociones percibidas relacionadas con la conducta, así como las interpretaciones del estado orgánico (Bandura, 1999). En este sentido, si lo extrapolamos a la lactancia materna, los factores que influyen para que una mujer tenga un alto sentido de autoeficacia, serían que haya tenido experiencias previas con la ejecución de la LM que hayan sido exitosas, observar a otras mujeres que han logrado lactar exitosamente a sus bebés, obtener persuasión y motivación de otras personas que fomenten su confianza en su ejecución de la LM y que logren regular, asimilar y normalizar las emociones negativas respecto a la LM, así como las posibles sensaciones fisiológicas que se experimenten a lo largo del proceso.

Debido a lo recomendado por Bandura (1977) respecto a un enfoque de comportamiento específico para el estudio de la autoeficacia, ya que una medida de autoeficacia general es inadecuada para evaluar la eficacia de un individuo en el desarrollo de un comportamiento particular; Es relevante mencionar que específicamente la autoeficacia para lactar se refiere a la confianza de la madre sobre su capacidad para amamantar correctamente a su bebé, lo cual influye en la elección de la madre sobre alimentar o no a su bebé con leche materna, el esfuerzo que hará para llevar a cabo la LM, en sus patrones de autorreforzamiento y autodestructivos, y en sus respuestas emocionales frente a las dificultades (Dennis, 1999).

Como se mencionó anteriormente, la Teoría de la conducta planeada de Ajzen (1991) es considerada como una herramienta importante para la comprensión de la modificación de conductas, y del mismo modo la autoeficacia es un rubro importante a considerar, ya que

influye tanto en la intención como en la conducta misma. Por ejemplo, los hallazgos de un estudio longitudinal demostraron que la autoeficacia de la lactancia materna era un predictor independiente e importante de la intención de LME y de la duración de la misma en seis meses, y también se estableció que la actitud de la madre hacia el embarazo, el ajuste psicológico y las dificultades de la lactancia materna tienen una influencia significativa en la intención y duración de la LME (De Jager, Broadbent, Fuller&Skouteris,2014). En otro estudio de McQueen, Dennis, Stremler y Norman (2011), se encontró que las madres primíparas que recibieron la intervención de enfermería presentaron mayores tasas de autoconfianza en la lactancia materna, y a su vez mayor duración de la LME y exclusividad de 4 a 8 semanas posparto. Del mismo modo Mitra, Khoury, Hinton y Carothers (2004) con una muestra de 694 mujeres embarazadas, encontraron que los factores psicosociales que predijeron la LM fueron la autoeficacia, el conocimiento sobre los beneficios de amamantar a su hijo y las actitudes positivas hacia las barreras de apoyo social, de los cuales la autoeficacia resultó ser el factor más importante para que la conducta se lleve a cabo.

En cuanto a la LME McQueen, Sieswerda, Montelpare y Dennis (2015) reportaron que la autoeficacia de la madre para lactar fue predictiva de la duración de la LM y su exclusividad a las 8 semanas. Así, las madres con mayores niveles de autoeficacia tuvieron aproximadamente 2 veces más posibilidades de continuar lactando 8 semanas de manera exclusiva. De este modo, la autoeficacia para lactar de las madres parece ser una variable asociada significativamente con el éxito de la iniciación, duración y exclusividad de la LM (Pereda, Etxaniz, Aramburu, Ugartemendia, Uranga &Zinkunegi, 2014).

CAPÍTULO 4. JUSTIFICACIÓN

La UNICEF (2015) menciona que en México el promedio de LME durante los primeros 6 meses de vida es de sólo 14.4%, lo que lo hace ser el más bajo en Latinoamérica, junto con República Dominicana. Por lo tanto, la LME es un problema que necesita un abordaje desde distintos niveles de análisis: definición de políticas para promover y evidenciar los beneficios de la lactancia; la capacitación del personal para promover su práctica, principalmente en el primer nivel de atención a la salud, también se sugiere la creación de estrategias de intervención específicas (en el primer nivel de atención) enfocadas en identificar y corregir creencias erróneas respecto a la lactancia, favorecer actitudes positivas y fortalecer la autoeficacia para llevar a cabo exitosamente la conducta.

De igual manera Navarro, Duque, Trejo y Pérez (2003), mencionan que en nuestro país en los últimos 30 años se ha sufrido un deterioro importante, caracterizado por una disminución progresiva de la LME, la reducción a menos de 50% de la lactancia parcial a los tres meses de edad, y una introducción cada día más temprana de los sucedáneos de la leche materna.

Por otro lado la LME es una conducta saludable importante, ya que previene el desarrollo de enfermedades a corto y largo plazo en los infantes, debido a su gran aporte nutricional, además en los últimos años se han producido avances en el conocimiento científico de los beneficios de la lactancia materna, los mecanismos que subyacen a estos beneficios y en el manejo clínico de la lactancia materna (Gartner, Morton, Lawrence, Naylor, O'Hare, Schanler&Eidelman, 2005). Además el Instituto Nacional de Salud Pública y la UNICEF (2016) mencionan que la iniciación temprana de la LM es una práctica fundamental que beneficia tanto al bebé como a la madre.

Es preciso por este último punto que el identificar el valor de la autoeficacia como predictor de la LM resulta relevante. Ya que en diversas investigaciones (De Jager, Broadbent, Fuller & Skouteris, 2014; McQueen, Dennis, Stremler & Norman, 2011; McQueen, Sieswerda, Montelpare y Dennis, 2015; Mitra, Khoury, Hinton & Carothers, 2004), señalan a la autoeficacia como un fuerte factor que influye en la LME, y que además se pone por encima de algunas características sociodemográficas como el nivel socioeconómico, nivel de escolaridad o edad de la madre. Además, se ha encontrado que en América Latina un mejor nivel socioeconómico y el trabajo fuera del hogar se asocian con porcentajes mayores de abandono temprano de la lactancia materna (Navarro, Duque, Trejo & Pérez, 2003). Otro aspecto importante es que la vida urbana podría tener un impacto negativo en el rendimiento de la lactancia (Pérez, Segura, Pollitt & Dewey, 1993). Y la autoeficacia aporta la oportunidad de generar un plan adecuado para generar logros que permitan llevar a cabo la LM, a pesar de los factores que influyen negativamente en esta. Sin embargo en México no se cuenta con suficiente información respecto a la relación de estas variables pese a la relevancia de la LM, y la baja tasa de ejecución de la misma en nuestro país, y el posible papel predictor de la autoeficacia, por lo que dicha investigación sirve como base para el desarrollo de más investigaciones que involucren ambas variables en población mexicana.

Con base en la literatura disponible, la relevancia de este proyecto recae en identificar, con una población específica, la influencia de la autoeficacia para lactar de las madres en la conducta de la LM, ya que además de carecer de información al respecto, podría buscar ser replicada en otras poblaciones, y posteriormente generar intervenciones basadas en autoeficacia. Además, se cuenta con la disponibilidad económica, de tiempo y de la población para la realización del proyecto.

Por lo descrito anteriormente, la presente investigación se plantea las siguientes preguntas: 1) ¿Las variables sociodemográficas se relacionan con un mayor nivel de autoeficacia para lactar de las mujeres embarazadas? Y 2) ¿La autoeficacia para lactar de las mujeres embarazadas se relaciona con una mayor probabilidad de la ejecución de la LM con la intención de lactar de las madres como mediador? A lo cual se hipotetiza que un nivel socioeconómico alto, un mayor nivel de estudios, la ocupación de la madre y una mayor edad, se relacionan con niveles más altos de autoeficacia para lactar de las madres. Y que, a mayor autoeficacia de las madres para lactar, y mayor intención de las mismas para lactar, habrá mayor ocurrencia de LM. En la Figura 1 se muestra el modelo conceptual:

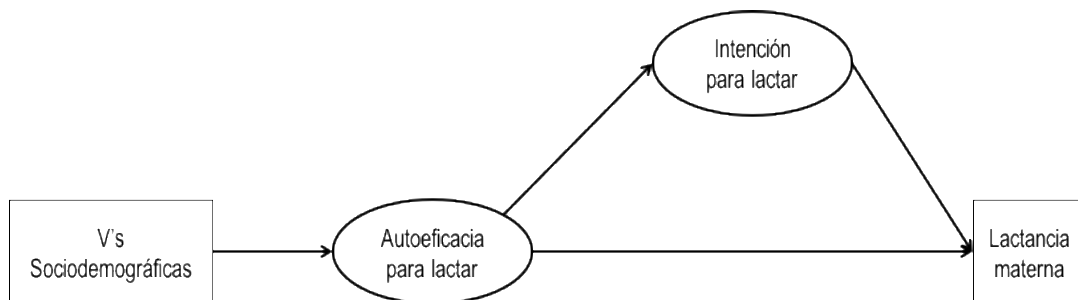


Figura 1. Modelo conceptual del estudio

CAPÍTULO 5. MÉTODO

5.1 Objetivos

Objetivo general: Identificar el nivel de autoeficacia para lactar de las madres, y si este tiene una relación causal con la ocurrencia de LM, con la intención de lactar de las madres como mediador.

Objetivos específicos: Identificar si un nivel socioeconómico alto, un mayor nivel de estudios, una ocupación con mayor disponibilidad de tiempo y una mayor edad se relacionan con niveles más altos de autoeficacia para lactar de las madres.

5.2 Diseño

Se llevó a cabo un estudio predictivo prospectivo.

Se utilizará este tipo de estudio ya que las mediciones se realizarán, en un primer momento, durante la etapa de gestación, donde se busca encontrar el nivel de autoeficacia para lactar de las embarazadas, además de la recolección de los datos sociodemográficos. Y posteriormente, en un segundo momento, tiempo después de que la madre haya dado a luz, se pretende encontrar la ocurrencia de la LM dentro de los primeros seis meses de vida del infante.

Con lo cual se busca predecir la relación entre la autoeficacia para lactar de las madres y la conducta de la LM dentro de los primeros seis meses de vida del infante. Y se pretende encontrarla influencia de los datos sociodemográficos en la relación de la autoeficacia para lactar de las madres y la LM.

5.3 Participantes

A través de un muestreo intencional no probabilístico, se entrevistaron 148 mujeres embarazadas, usuarias de un centro de salud de primer nivel de atención de la Ciudad de México, que asistían a cuidados prenatales, donde los criterios de inclusión fueron que supieran leer y escribir, que aceptaran participar en el estudio de manera voluntaria y que firmaran una carta de consentimiento informado.

Se excluyeron mujeres embarazadas portadoras de VIH, con alguna condición clínica en la que estuviera contraindicada la lactancia, o que consumieran medicamentos prescritos en los cuales esté contraindicada la lactancia. Así como aquellas que sólo respondieron a la primera evaluación, pero no a la segunda evaluación.

5.4 Variables

Variable independiente

Autoeficacia para lactar

Definición Conceptual: La confianza de la madre sobre su capacidad para amamantar correctamente a su bebé (Dennis, 1999).

Definición operacional: Suma de las respuestas de la escala de autoeficacia para la lactancia materna (Juárez-Castelán, Rojas-Russell, Serrano-Alvarado et al., 2018).

Variable dependiente

Lactancia Materna

Definición conceptual: Leche materna (extraída o de nodriza), permite que el lactante reciba cualquier alimento o líquido incluyendo leche de origen no humano y leche artificial (OMS, 2009).

Definición operacional: Autoreporte de la forma de lactar al momento de la entrevista.

Variable mediadora

Intención de lactar

Definición conceptual: La intención conductual hace referencia a la probabilidad subjetiva individual de realizar algún comportamiento específico (Ajzen, 2005). La intención en este caso se define como la probabilidad subjetiva de lactar leche materna al infante, ya sea de manera exclusiva o mixta.

Definición operacional: Respuesta a una escala analógica para medir intención para lactar exclusivamente con leche materna por 6 meses.

Covariables

Edad de la madre

Definición conceptual: Número de años cumplidos.

Definición operacional: Edad autoreportada.

Escolaridad

Definición conceptual: Último grado de estudios concluido.

Definición operacional: Autoreporte de escolaridad.

Nivel socioeconómico

Definición conceptual: Estructura jerárquica basada en la acumulación de capital económico y social (López, 2008).

Definición operacional: Autoreporte de ubicación en una escala del 1 al 10, donde 1 representa el NSE más bajo y 10 el NSE más alto.

Ocupación de la madre

Definición conceptual: Ocupación de la madre al momento de realizar el seguimiento, posterior al parto.

Definición operacional: Autoreporte de ocupación actual.

5.5 Procedimiento

Se solicitó la colaboración voluntaria de mujeres embarazadas, que se encontraban en la sala de espera del centro de salud, para contestar el primer instrumento (cuestionario lactancia materna), en el cual se recolectaron los datos sociodemográficos, así como también se aplicaron las escalas que respectan a la autoeficacia y la intención para llevar a cabo la lactancia. Además se les pidió firmar una carta de consentimiento informado donde se especificaron los objetivos del estudio, donde se menciona que posteriormente al parto se solicitará su colaboración para responder un segundo instrumento, y se les hizo saber que sus datos serían totalmente confidenciales y estarían protegidos por la ley.

Posteriormente se les llamó por teléfono, para la aplicación del segundo instrumento (cuestionario de seguimiento lactancia materna) del cual se obtuvieron los datos de la ocurrencia de la lactancia materna, ya sea exclusiva, con fórmula láctea o mixta.

5.6 Instrumentos

Se utilizó un *cuestionario lactancia materna* (Gómez, Rojas, Serrano & Juárez, 2017), que incluyó tanto la información sociodemográfica como los diferentes instrumentos de las variables psicosociales, entre ellos, la autoeficacia para realizar la lactancia materna

(Juárez-Castelán, Rojas-Russell, Serrano-Alvarado et al., 2018). Éste está compuesto por 15 reactivos tipo likert ($\alpha = .93$) y la escala para medir Intención para lactar exclusivamente con leche materna por 6 meses (Gómez, Rojas, Serrano & Juárez, 2018), compuesta de 11 niveles con valores de 0 a 10.

Por último se registró el tipo de alimentación proporcionado al lactante una vez ocurrido el nacimiento, dicha información se recuperó vía telefónica entre las embarazadas que aceptaron participar en el estudio.

5.7 Análisis de los datos

Se hizo una depuración de datos, y se realizaron análisis descriptivos para las variables sociodemográficas, en el caso de la variable edad se utilizaron medidas de tendencia central, y para el nivel socioeconómico subjetivo, el nivel de estudios, estado civil, escolaridad y tipo de nacimiento se usaron frecuencias y porcentajes. Posteriormente se realizaron análisis bivariados entre las variables sociodemográficas y la autoeficacia para lactar de las madres, y así estimar la relación de la variable autoeficacia respecto a los datos sociodemográficos; por último se desarrollaron modelos de regresión logística simple entre las variables psicosociales, y un modelo multinivel de ecuaciones estructurales generalizadas: **1) Variable dependiente (VD):** Presencia o ausencia de LM, variable independiente **(VI):** Autoeficacia para lactar, variable mediadora **(VM):** Intención para lactar. Todos los análisis se harán con el paquete de análisis estadísticos Stata v.13.

CAPÍTULO 6. RESULTADOS

6.1 Descripción de la muestra

Participaron 148 mujeres, con un rango de edad de 16 a 40 años (\bar{x} = 25.19 D.E.=5.95), de las cuales el 70.95% estaban casadas o en unión libre, el 43.24% habían estudiado el bachillerato, el 89.78% reportaron que sus hijos no nacieron prematuramente, pero sólo el 38.69% dio a luz en la semana 40 de gestación, y el 89.86% dieron a luz en un hospital público. En la tabla 1 se muestran las variables sociodemográficas de las participantes. En general se trató de mujeres casadas, con una escolaridad de estudios de bachillerato completos, que reportaron tener un nivel socioeconómico medio, que no se encontraban trabajando (81.51%), que mencionaron dar a luz por parto natural, en el tiempo adecuado y en un hospital público.

Tabla 1

Características sociodemográficas de las participantes	
Variable	N(%)
Estado civil	Soltera 43(29.05%) Casada, Unión libre 105 (70.95%)
Escolaridad	Primaria o menos 8 (5.41%) Secundaria completa 57(38.51%) Bachillerato o equivalente 64(43.24%) Licenciatura/Posgrado 19(12.84%)
Nivel Socioeconómico	Mediana= 5 RIC= 2
Nacimiento prematuro	Prematuro 14 (10.22%) No prematuro 123(89.78%)
Tipo de nacimiento del bebé	Parto 90(60.81%) Cesárea 58(39.19%)
Atención del nacimiento	Casa 2 (1.35%) Hospital Privado 13 (8.78%) Hospital Público 133(89.86%)

6.2 Análisis bivariados

En general las mujeres lactaron exclusivamente (60.54%), tuvieron una alta intención de lactar (70.27%), sin embargo la mediana de los puntajes de la escalade autoeficacia para lactar fue de 34 puntos, con un rango intercuartílico de 17 puntos (Tabla 2).

Tabla 2
Descripción de las variables de lactancia, intención y autoeficacia

Variables	N (%)
Lactancia	
LME	89 (60.54%)
Fórmula láctea	29 (19.73%)
Mixta	29 (19.73%)
Intención	
Baja	44 (29.73%)
Alta	104 (70.27%)
Autoeficacia	
Mediana	34
RIC	17

Con relación a los análisis bivariados (Tabla 3), la edad de la madre, el estado civil y el nivel socioeconómico, no mostraron una relación significativa con la autoeficacia para lactar. Sin embargo, se identificó una relación significativa de la autoeficacia con la escolaridad y la ocupación.

Tabla 3
Modelos de regresión lineal simple de los factores sociodemográficos sobre la Autoeficacia para lactar

Variable	B	p	R ²
Edad	0.24	.10	.01
Estado civil			
Soltera	Ref		
Casada/Unión libre	-1.57	.43	.00
Escolaridad			
Primaria	Ref.		
Secundaria	8.32	.16	
Bachillerato	9.92	.09	.11
Licenciatura/Posgrado	16.43	.006	
Ocupación			
Trabaja	Ref.		
Ama de casa	-4.16	.06	
Estudiante	-5.42	.16	.07
Desempleada	5.56		

		.05	
Nivel socioeconómico	-.12	.84	.00

Con los resultados observados en las regresiones lineales simples, podemos decir que principalmente la autoeficacia para lactar de las madres está explicada por la escolaridad en un 11%, y que la diferencia promedio en la escala de autoeficacia entre las mujeres que tienen estudios de licenciatura o posgrado es de 16.43 puntos comparadas con las mujeres que solo estudiaron la primaria. De igual modo la ocupación de las madres explicó el 7% de la varianza de la autoeficacia para lactar, las madres que reportaron ser desempleadas (con mayor tiempo disponible) calificaron, en promedio 5.56 puntos más en la escala de autoeficacia que las madres que trabajaban.

Para identificar las relaciones entre las variables psicosociales con la intención lactarse realizaron análisis

Tabla 4

Regresión logística de la autoeficacia para lactar sobre la intención de lactar

Variable	OR	p	IC (95%)
Autoeficacia	1.06	.002	1.02-1.09

de regresión logística simple. (Tablas 4 y 5). Se puede observar que la autoeficacia se relacionó significativamente con la intención de lactar (OR= 1.06 p= .002), de tal modo que por cada unidad de cambio en la escala de autoeficacia, la probabilidad de tener alta intención de lactar de las madres, aumentaba en un 6%.

En el siguiente análisis se encontró que la intención para lactar se relacionó significativamente con la ocurrencia de lactancia materna

Tabla 5

Regresiones logísticas de la autoeficacia para lactar y la intención de lactar sobre la lactancia materna

Variables	OR	P	IC (95%)
Autoeficacia	.99	.84	.95-1.03
Intención	2.28	0.05	.99 - 5.28

(exclusiva o mixta) (OR= 2.28 p= .05), es decir, las madres que fueron clasificadas con una alta intención de amamantar durante el embarazo, la probabilidad de que llevaran a cabo la lactancia materna era 2.28 veces mayor, comparadas con las mujeres que se identificaron con una intención moderada/baja.

6.3 Análisis multivariados

Por otro lado, se realizaron análisis multivariados con base en la estimación de un modelo de ecuaciones estructurales generalizadas, las cuales permiten la estimación con variables dicotómicas con datos longitudinales. El modelo incluyó la autoeficacia como variable independiente, la intención para lactar como variable mediadora y la lactancia materna (mixta o exclusiva) como variable dependiente (Figura 1).

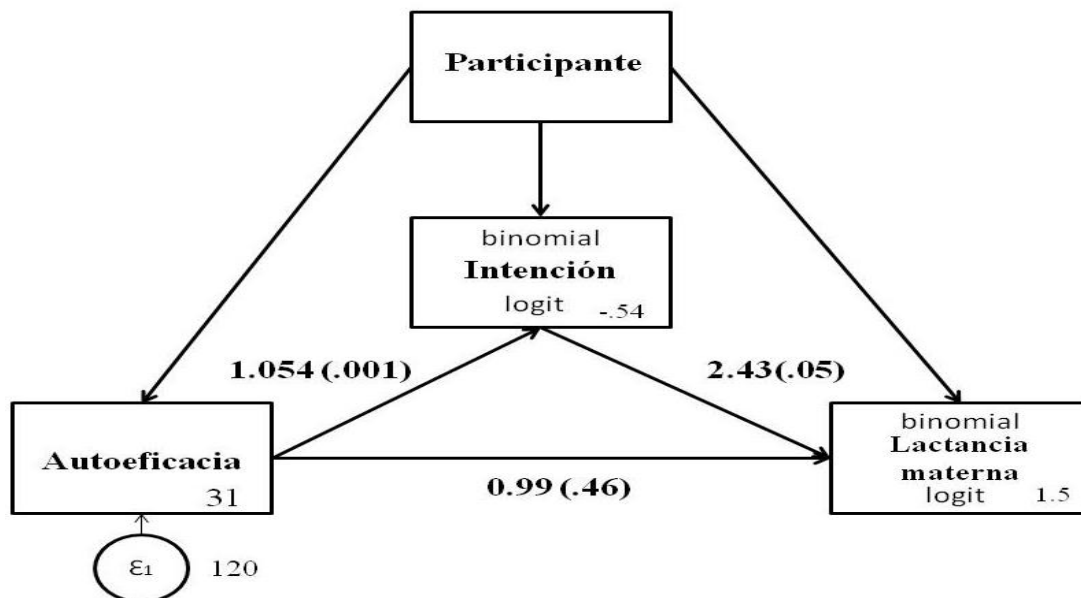


Figura2. Modelo de ecuaciones estructurales de la realización de la lactancia materna.

Debido a limitaciones del software empleado no es posible estimar indicadores de bondad de ajuste, sin embargo, en un modelo en el que no se consideró la naturaleza longitudinal y multinivel de las variables se obtuvieron adecuados indicadores de bondad de ajuste.

El modelo multinivel se estimó mediante un método robusto, en el cual los requisitos para la estimación son menos estrictos que los que considera el método de máxima verosimilitud, y sólo se emplearon los registros con datos completos en los dos momentos de medición.

Tabla 6
Estimación de los efectos totales del modelo de ecuaciones estructurales con valores OR.

Variable Endógena	Variabes Exógenas	OR	P	Intervalo de confianza (95%)
Lactancia Materna	Intención	2.43.045	1.02	5.82
	Autoeficacia	0.99.455	.95	1.02
Intención	Autoeficacia	1.05.001.02	1.09	

En la Tabla 6 se muestran los datos obtenidos a través del modelo de ecuaciones estructurales generalizadas. Al interpretar los datos obtenidos, podemos observar que las mujeres con alta intención (=1), tuvieron 2.44 veces la posibilidad de alimentar a su hijo con LME o alimentación mixta comparadas con las mujeres con baja intención. Esta asociación fue significativa ($p < .05$ y IC 95% 1.02 – 5.82). Por otro lado, la autoeficacia no se asoció de forma directa con el tipo de alimentación. En cambio, si tuvo un efecto sobre la intención: por cada unidad de cambio en la escala de autoeficacia, la posibilidad de tener una intención alta se incrementó en 5.4% (OR= 1.054; $p < .01$; IC95% 1.02 – 1.09). De tal modo que, por ejemplo, una mujer que hubiera obtenido un puntaje de 35 en la escala de autoeficacia tendría 27% más posibilidades de tener una alta intención de lactar, comparada con una mujer que hubiese tenido un puntaje de 30 ($5 \times 5.4=27$).

CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN

7.1 Variables sociodemográficas y autoeficacia para lactar

Respecto a los objetivos principales de este trabajo, se puede decir que la mayoría fueron alcanzados. Incluyendo aquel que pretendía buscar la relación entre las variables sociodemográficas y la autoeficacia para lactar de las madres, se alcanzó ya que tanto en las pruebas bivariadas, como en las ecuaciones estructurales que se realizaron antes de elegir el modelo final, la escolaridad resultó ser un factor relacionado con la autoeficacia, lo cual quiere decir en términos específicos, que el que las mujeres tengan una mayor escolaridad está asociado a que presenten una mayor autoeficacia para lactar, lo cual probablemente parte del conocimiento que pudiesen tener sobre los pasos necesarios que implica la lactancia materna y también en la confianza en su capacidad para organizar y ejecutar cada uno de ellos, lo cual les permite ver tal conducta como un obstáculo posible de superar, en lugar de verlo como una barrera.

Otro dato sociodemográfico que se relacionó significativamente con la autoeficacia para lactar fue la ocupación de la madre durante el embarazo. Aquellas que se encontraban desempleadas tuvieron puntajes más altos en la escala de autoeficacia, de lo cual se puede deducir que el tiempo disponible es a lo que se debe esa percepción de confianza en sí mismas para llevar a cabo la lactancia materna. Por lo tanto podemos decir que la relación entre la autoeficacia para lactar y las variables sociodemográficas, o en este caso al menos dos, resultó significativa, así como en el estudio realizado por Dennis (2006) en el que se hicieron modelos de regresión en donde de igual modo la variable sociodemográfica más relevante en comparación con la edad y la paridad, en cuanto a la predicción de la autoeficacia para lactar, resultó ser la educación de la madre. En adición a esto Leung,

Tam, Hung, Fok y Wong (2003) con una muestra de 1374 madres de China, mostraron principalmente que una mayor edad de las madres (OR= 2,10 95% IC= 1.14 - 3.89), la paridad (OR= 3.08 95% IC= 1.02 - 9.27) y mayor nivel educativo (OR= 2.87, 95% IC=1.92- 4.27), afectaron significativamente la intención de amamantar, lo que resalta de nuevo la participación de la escolaridad en este modelo, ya que afecta tanto de manera de manera indirecta a la intención de lactar con la autoeficacia como mediadora, así como de manera directa, basados en este estudio antesmencionado. Por otro lado en un estudio donde se buscaba explorar la autoeficacia para lactar en mujeres chinas, se halló que aquellas madres que se dedicaban a ser amas de casa de tiempo completo amamantaron exclusivamente hasta las 6 semanas después del parto (Yuen& Chan, 2013), estos hallazgos, en conjunto con los del presente estudio, dan pauta para pensar que si las madres disponen de más tiempo, debido a su ocupación, pueden tener mayor probabilidad de amamantar a sus bebés. Por lo tanto sería benéfico tomar relevancia por la promoción de la educación, a través de distintos programas o normas que permitan mayor oportunidad para las madres de acercamiento a la misma, ya que si bien es un factor que no puede ser controlado en su totalidad, se puede aumentar la probabilidad de que las futuras madres tengan cuando menos, más acercamiento a la educación y por ende mayor probabilidad de tener una mayor autoeficacia para lactar, y por otro lado, en cuanto al tiempo debido a la ocupación, se puede pensar en programas o normas que permitan a las madres mayor disponibilidad de tiempo, independientemente de su ocupación, para que estas puedan, ya sea amamantar a su bebé, o bien extraer la leche materna.

7.2 Autoeficacia para lactar e intención para lactar

De igual manera se halló una relación directa significativa entre la autoeficacia para lactar y la intención de lactar, lo cual indica que entre más autoeficacia para lactar tengan las embarazadas, tendrán una mayor intención de llevar a cabo la lactancia. Así, en modelos previos al modelo final de las ecuaciones estructurales, la escolaridad resultó tener un efecto indirecto significativo sobre la intención de lactar ($\beta = .043$, $P < .034$), con la autoeficacia como mediadora, lo cual indica que entre mayor grado escolar tengan las madres, se tendrá una mayor autoeficacia para lactar y a su vez una mayor intención para lactar. Esto es comparable con un estudio realizado por Mitra, Khoury, Hinton y Carothers (2004), en el que con base en análisis bivariados hallaron dicha relación entre la autoeficacia para lactar y la intención de la misma, así como la influencia de la escolaridad de las madres en la intención de lactar.

7.3 Autoeficacia para lactar, intención para lactar y LM

Pese a que la autoeficacia no se relacionó significativamente con la LME o cualquier tipo de LM de manera directa, sí lo hizo de manera indirecta, de tal modo que entre mayor autoeficacia para lactar se tiene, aumenta la probabilidad de tener una mayor intención para realizar la lactancia materna, y esta a su vez incrementa la probabilidad tanto de lactar exclusivamente, así como de cualquier tipo de lactancia (exclusiva o mixta). Esto resulta congruente tanto con la teoría de la conducta planeada de Ajzen (2005) así como con lo que Mitra, Khoury, Hinton y Carothers (2004), hallaron en una muestra de 694 mujeres embarazadas, donde los factores psicosociales que resultaron mejores predictores de intención de llevar a cabo la LM fueron la autoeficacia, el conocimiento sobre los beneficios de amamantar a su hijo y las actitudes positivas hacia las barreras de apoyo

social, de los cuales, la autoeficacia destacó al ser el factor más importante para que la lactancia se lleve a cabo.

Al respecto podemos seguir destacando la relevancia de la autoeficacia como predictor de la LM al mencionar la prueba piloto que McQueen, Dennis, Stremmer y Norman (2011) realizaron con 150 mujeres, donde a través de una intervención para aumentar la autoeficacia lograron que aquellas mujeres que entraron a la prueba piloto tuvieran un nivel alto de autoeficacia y a su vez duración y exclusividad de la lactancia materna a las 4 y 8 semanas después del parto. Como en el presente estudio donde las madres que reportaron tener alta autoeficacia para lactar durante el parto, en conjunto con una alta intención para lactar, mostraron que tener niveles altos tanto de autoeficacia como de intención para lactar durante el parto, son un factor significativo para la realización de cualquier tipo de LM (exclusiva o mixta). Lo cual supone que a través de intervenciones que se enfoquen en incrementar la intención de las madres para lactar por medio de incrementar a su vez la autoeficacia para lactar de las mismas, obtendrían como resultado de ello, mayor probabilidad de que las madres lleven a cabo la LM. Y por último, cabe mencionar que dentro de la muestra había mujeres que habían dado a luz un año antes de la segunda entrevista, lo cual denota que a pesar del tiempo algunas madres pueden seguir manteniendo la LM si mantienen aquellos factores psicosociales que funcionan como factores protectores de dicha conducta.

CAPÍTULO 8. CONCLUSIÓN

8.1 Fortalezas y debilidades del estudio

En cuanto al desarrollo metodológico se encontraron ciertas limitaciones. Principalmente, las investigaciones donde se utilizan cuestionarios autoaplicados como el que se utilizó en esta investigación, conllevan a un sesgo de deseabilidad social en las respuestas que se debe considerar. Sin embargo esto se intentó minimizar a través de la confidencialidad de los datos y enfatizando que no existían respuestas correctas o incorrectas dentro del cuestionario.

Por otro lado, en cuanto a la medición de la intención, se incluyó sólo una pregunta para evaluar tal dimensión debido a que se pretendía medir únicamente la intención conductual de lactar por 6 meses, sin embargo se recomienda que para evaluar un constructo de la teoría de la conducta planeada se incluyan al menos 5 o 6 ítems, que consideren el tiempo, la frecuencia con la que se planea ejecutar la conducta y su contexto (Ajzen, 2006).

En cuanto a la muestra, las características de las participantes (estado civil, nivel socioeconómico, ocupación y escolaridad) limitan la posibilidad de generalizar los resultados del estudio debido a que pertenecen a una población bastante homogénea, por lo que sería recomendable extender este estudio incluyendo otro tipo de poblaciones con características diferentes a las de este estudio.

Por último, en cuanto a las limitantes, medir la autoeficacia de las madres embarazadas antes del parto, pero no después del mismo, y al ser un constructo que no es estable ya que cambia con respecto al tiempo, la autoeficacia reportada por una madre pudo haber cambiado al momento de recolectar los datos sobre la LM, debido al intervalo de tiempo tan largo que hubo entre las mediciones de algunas de las participantes; Y por otro lado, no

se consideró la edad del infante al momento de la segunda entrevista, lo cual nos deja sin datos sobre la duración de la LM en aquellas madres que sí la llevaron a cabo.

Sobre las fortalezas se puede mencionar que en México no se cuenta con una amplia gama de investigaciones que aborden este fenómeno desde la perspectiva de las variables psicosociales con las que se trabajó. De tal modo que esta investigación aporta información novedosa sobre los determinantes proximales de la LM, que como fue mencionado anteriormente, pueden aportar información y ser de utilidad para el diseño de programas que busquen promover la LM, al menos en el contexto de los centros de salud del primer nivel de atención.

Todos los instrumentos utilizados para medir estas variables tienen propiedades psicométricas adecuadas, ya que cuentan con validez de constructo y con valores de consistencia interna adecuados.

Por último, al ser un estudio con diseño longitudinal, permite hacer deducciones predictivas en cuanto a la relación de las variables, y de nuevo da pauta a pensar en posibles soluciones o aportaciones en distintos niveles del fenómeno estudiado y así generar propuestas de intervención que ayuden a la promoción de la LM y a su vez ayuden a mejorar la salud de, al menos una población específica, que a su vez tendría repercusiones a nivel macrosocial.

En conclusión, la relevancia de realizar este tipo de estudios enfocados hacia la lactancia materna, se apoya en los grandes beneficios que tiene el realizar dicha conducta para la salud del infante y la madre, en las ventajas económicas y sociales, y los beneficios y propuestas para el sistema de salud pública. Y al ser conductas estudiadas desde el marco de modelos que principalmente las ven como conductas modificables y que a su vez pueden hallar aquellos factores psicosociales, que también son modificables y que pueden

predecirlas, resultan ser un marco de referencia adecuado y eficaz para comprender una conducta particular. Además de que al generar alternativas de intervención basadas en evidencia, se pueden obtener resultados más eficaces y efectivos al momento de implementar alguna estrategia de intervención.

Al final se puede aclarar que las hipótesis planteadas fueron parcialmente aceptadas, con algunas excepciones en cuanto a distintas variables sociodemográficas y en cuanto a la relación directa que se esperaba hallar entre la autoeficacia y la lactancia materna. Además de que debido al tamaño de la muestra no se incluyeron todas las covariables intervinientes en las relaciones, ni tampoco todas las variables psicosociales que podrían estar implicadas en el modelo.

Referencias:

- Aguilar, M. & Fernández, M. (2007). Lactancia materna exclusiva. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 50(4), 174-178.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2005). Explaining intentions and behavior. En I. Ajzen (Ed.), *Attitudes, Personality and Behavior*. (pp. 117-140). New York: USA.
- Ajzen, I (2006). Constructing a theory of planned behavior questionnaire. Recuperado de <https://people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.measurement.pdf>
- Akman, I., Kemal, M., Yurdakul, Z., Özdemir, N., Solakog, M., Orhon, L. ...Özek, E. (2008). Breastfeeding duration and postpartum psychological adjustment Role of maternal attachment styles. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 44, 369–373.
- Allen, J. & Hector, D. (2005). Benefits of breastfeeding. *NSW Public Health Bulletin*, 16, 42-46.
- Arenz, S., Rückerl, R., Koletzko, B. & vonKries, R. (2004). Breast-feeding and childhood obesity-a systematic review. *International Journal of Obesity*, 28, 1247-1256.
- Bai, Y., Middlestadt, S., Peng, J., & Fly, A. (2010). Predictors of Continuation of Exclusive Breastfeeding for the First Six Months of Life. *Journal of Human Lactation*, 26(1), 26-34.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1991). Social Cognitive Theory of selfregulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 248-287).
- Bandura, A. (1995). *Self- efficacy in Changing Societies*. New York: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13(4), 623-649.

- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 1-26.
- Beral V. (2002). Breastfeeding: Collaborative reanalysis of individual data for 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50,302 women with breast cancer and 96,973 women without the disease, *Lancet*, 360, 187–195.
- Blyth, R., Creedy, D., Moyle, W., Pratt, j. & De Vries, S. (2002). Effect of Maternal Confidence on Breastfeeding Duration: An Application of Breastfeeding Self-Efficacy Theory. *BIRTH*, 29(4), 278-284.
- Blyth, R., Creedy, D., Lee C., Moyle, W., Pratt, J., De Vries, S. & Healy, G. (2004). Breastfeeding Duration in an Australian Population: The Influence of Modifiable Antenatal Factors. *JournalofHumanLactation*, 20(1), 30-38.
- Bobadilla, P. & Mendieta, G. (2013). Lactancia materna exclusiva y su abandono en lactantes con cardiopatía congénita comparada con lactantes sanos. *Archivos de Investigación Materno Infantil*, 5(2), 56-66.
- Borra, C., Iacovou, M. & Sevilla, A. (2015). New evidence on breastfeeding and postpartum depression: The importance of understanding women’s intentions. *Maternal and Child Health Journal*, 19(4), 897-907.
- Centers for Disease Control and Prevention (2014). *Breastfeeding report card: United States 2014*(p.8)Recuperado de <https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2014breastfeedingreportcard.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention (2016). Breastfeeding report card: Progressing toward national breastfeeding goals United States 2016 (pp.8) Recuperado de <https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2016breastfeedingreportcard.pdf>
- Chang, T., Wiener, J., Dollard, S., Amin, M., Ellington, S., Chasela, C.,... Kourtis A. (2015). Effect of cytomegalovirus infection on breastfeeding transmission of HIV and on the health of infants born to HIV-infected mothers. *AIDS*, 29(7), 831-836.
- Clifford, T., Campbell, M., Speechley, K. & Gorodzinsky, F. (2006). Factors Influencing Full Breastfeeding in a Southwestern Ontario Community: Assessments at 1 Week and at 6 Months Postpartum. *Journal of Human Lactation*, 22(3), 292-304.
- Colchero, M., Contreras, D., López, H.& González, T. (2015). The costs of inadequate breastfeeding of infants in México. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 101(3), 579-596.

- Conner, M., & Norman, P. (2005). *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models*. Berkshire: Open University Press.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies
- De Jager, E., Broadbent, J., Fuller, M. & Skouteris, H. (2014). The role of psychosocial factors in exclusive breastfeeding to six months postpartum. *Midwifery Journal*, 30(6), 657-666.
- Dennis, C. (1999). Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: A self-efficacy framework. *Journal of human lactation*, 15(3), 195-201.
- Dennis, C. (2006). Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. *Research in Nursing & Health*, 29(4), 256-268.
- Donnan, P., Dalzell, J., Symon, A., Rauchhaus, P., Monteith, E., Kellett, G., ... Whitford, H. (2013). Prediction of initiation and cessation of breastfeeding from late pregnancy to 16 weeks: the Feeding Your Baby (FYB) cohort study. *BMJ Open*, 3, 1-10.
- Félix, J., Martínez, E. & Sotelo, E. (2011). Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Pediatría de México*, 13(2), 47-56.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Reading Massachusetts: Addison-Wesley.
- Fleet, I., Goode, J., Hamon, M., Laurie, M., Linzell, J. & Peaker, M. (1975). Secretory activity of goat mammary glands during pregnancy and the onset of lactation. *Journal Physiology*, 251, 763-773.
- Gartner, L., Morton, J., Lawrence, R., Naylor, A., O'Hare, D., Schanler, R. & Eidelman, A. (2005). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 115(2), 496-506.
- Gochman, D. (Ed.). (1997). Definitions and Diversity. En *Handbook of health behavior research I: Personal and social determinants* (pp. 3-20). New York: Plenum Press.
- Gómez, M., Cañete, R., Rodero, I., Baeza, J. & González, A. (2004). Influence of Breastfeeding and Parental Intelligence on Cognitive Development in the 24-Month-Old Child. *Clinical Pediatrics*, 753-761.
- Gómez, A., Rojas, M., Serrano, K. & Juárez, M. (2018). *Variables psicosociales predictoras de la intención de lactar exclusivamente con leche materna durante 6*

- meses* (Tesis de licenciatura). Recuperada de la base de datos (Tesis del Sistema Bibliotecario de la UNAM).
- González, T., Escobar, L., González, L., & Rivera, J. (2013). Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. *Salud Pública México*, 55, 170-179
- González, T., Hernández, S., Rivera, J. & Hernández, M. (2017). Recomendaciones para una política nacional de promoción de la lactancia materna en México: Postura de la Academia Nacional de Medicina. *Salud Pública México*, 59, 106-113.
- Hartmann, E., & Kulski, K. (1977). Changes in the composition of the mammary secretion of women after abrupt termination of breast feeding. *Journal Physiology*, 275, 1-11.
- Heiberg, E. & Helsing, E. (1995). Changes in breastfeeding practices in Norwegian maternity wards: national surveys 1973, 1982 and 1991. *Acta Paediatrica*, 84, 719-724.
- Heymann, J., Rauba, A., & Earle, A. (2013). Breastfeeding policy: a globally comparative analysis. *Bull World Health Organ*, 91, 398-406.
- Hoddinott, P., Kroll, T., Raja, A., & Lee, A. (2010). Seeing other women breastfeed: how vicarious experience relates to breastfeeding intention and behaviour. *Maternal and Child Nutrition*, 6, 134-146
- Hómez, B. (2008). Hormonas en la mama: De la fisiología a la enfermedad. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 6(2), 9-14.
- Humphreys, A., Thompson, N. & Miner, K. (1998). Intention to breastfeed in low-income pregnant women: The role of social support and previous experience. *BIRTH*, 25(3), 169-174.
- Ismail, T., Muda, W., y Bakar, M. (2013). Intention of pregnant women to exclusively breastfeed their infants: The role of beliefs in the theory of planned behaviour. *Journal of Child Health Care*, 18(2). 123-132.
- Instituto Nacional de Salud Pública & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2016). *La lactancia materna y alimentación de recién nacidos y de niños y niñas pequeños. En Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015 - Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final* (pp. 33-37). Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México.

- Jafari, F., Savabi, M., Mokaryan, F. & Kazemi, A. (2016). Relationship between breastfeeding factors and breast cancer in women referred to Seyed Al-Shohada Hospital in Isfahan, Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 21 (6), 622–627.
- Jain, A., Concato, J. & Leventhal, J. (2002). How Good Is the Evidence Linking Breastfeeding and Intelligence?. *Pediatrics*, 109(6), 1044-1053.
- Joshi, A., Trout, K., Aguirre T., & Wilhelm, S. (2014). Exploration of factors influencing initiation and continuation of breastfeeding among Hispanic women living in rural settings: a multi-methods study. *The International Electronic Journal of Rural and Remote Health*, 1-9.
- Juárez-Castelán, M., Rojas-Russell, M., Serrano-Alvarado, K., Gómez-García, J., Huerta-Ibáñez, A., & Ramírez-Aguilar, M. (2018). Diseño y validación de un instrumento para medir la autoeficacia para lactar de mujeres embarazadas mexicanas. *Psychologia, Avances de la Disciplina*, 12(1), 25-34. doi: 10.21500/19002386.3344
- Kac, G., Benício, M., Velásquez, G., Valente, J. & Struchiner, J. (2004). Breastfeeding and postpartum weight retention in a cohort of Brazilian women. *American Journal of clinical Nutrition*, 79, 487-493.
- Labbok, M. (2013). Breastfeeding: Population-based perspectives. *Pediatric clinics*, 60(1), 11-30.
- Lawrence, R. (1999). Host-resistance factors and immunologic significance of human milk. In *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession* (pp. 153-195). St. Louis: Elsevier Science Health Science.
- Lawrence, R. & Lawrence, R. (2001). Given the benefits of breastfeeding, what contraindications exist?. *Pediatrics clinics of north america*, 48(1), 235-251.
- Leung, T., Tam, W., Hung, E., Fok, T. & Wong, G. (2003). Sociodemographic and atopic factors affecting breastfeeding intention in Chinese mothers. *Journal of Pediatric Child Health*, 39, 460-464.
- López, H. (2008). Nuevo índice de nivel socioeconómico AMAI. Recuperado de <http://www.amai.org/congreso/2008/memorias/ponencias/lopezromo.pdf>
- Lu, M., Lange, L., Slusser, W., Hamilton, J. & Halfon, N. (2001). Provider Encouragement of Breast-feeding: Evidence From a National Survey. *Obstetrics & Gynecology*, 97(2), 290-295.

- Meedya, S., Fahy, K. & Kable, A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women and Birth*, 23(2), 135-145.
- Mc Queen, K., Dennis, C., Stremmer R. & Norman, C. (2011). A Pilot Randomized Controlled Trial of a Breastfeeding Self-Efficacy Intervention With Primiparous Mothers. *JOGNN*, 40, 35-46.
- Mc vea, K., Turner, P. & Pepler, D. (2000). The role of breastfeeding in sudden infant death syndrome. *Journal of human lactation*, 16(1), 13-20.
- Mitra, A., Khoury, A., Hinton, A. & Carothers, C. (2004). Predictors of Breastfeeding Intention Among Low-Income Women. *Maternal and Child Health Journal*, 8(2), 65-70.
- Mújica, O. (2015). Cuatro cuestiones axiológicas de la epidemiología social para el monitoreo de la desigualdad en salud. *Rev. Panamericana de Salud Pública*. 38(6), 433-41.
- Navarro, M., Duque, M., Trejo J. & Pérez, M. (2003). Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. *Salud Pública de México*, 45(4), 276-284.
- Neville, M., Morton, J. & Umemura, S. (2001). Lactogenesis: The transition from pregnancy to lactation. *Pediatric Clinics of North America*, 48(1), 35-52.
- Neville, M., Keller, R., Seacat, J., Lutes, V., Neifert, M., Casey, C., Allen, J. & Archer, P. (1988). Studies in human lactation: milk volumes in lactating women during the onset of lactation and full lactation. *Am J Clin Nutr*, 48(6), 1375-1386.
- Organización Mundial de la Salud, (2009). *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: Parte 1 definiciones*. Recuperado de <https://mail.google.com/mail/ca/u/0/#search/rvbveno%40yahoo.com.mx/1581d20a15b0191c?projector=1>
- Organización Mundial de la Salud (2008). Determinantes sociales de la salud. Recuperado de https://www.who.int/social_determinants/es/
- Pajalic, Z. (2014). Nursing Students' Views on Promoting Successful Breastfeeding in Sweden. *Global Journal of Health Science*, 6(5), 63-69.
- Pereda, B., Etxaniz, I., Aramburu, I., Ugartemendia, M., Uranga, M. & Zinkunegi, N. (2014). Beneficios de las intervenciones profesionales de apoyo en la lactancia materna. *Matronas profesional*, 15(2), 1-8.

- Pérez, R., Segura, S., Pollitt, E. & Dewey, K. (1993). Determinants of lactation performance across time in an urban population from México. *Social Science & Medicine*, 37(8), 1069-1078.
- Pisacane, A., Graziano, L., Zona, G., Granata, G., Dolezalova, H., Cafiero, M.,... Mazzarella, G. (1994). Breast feeding and acute lower respiratory infection. *Acta Paediatrica*, 83(7), 714-718.
- Rey, J. (2003). Breastfeeding and cognitive development. *Acta Paediatrica*, 442, 11-18.
- Sabillón, F. & Abdu, B. (1997). Composición de la leche materna. *Honduras Pediátrica*, 18(4), 120-124.
- Secretaría de Gobernación, (2013). *Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación*. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013
- Secretaría de Gobernación, (2014). *Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento*. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5349816&fecha=24/06/2014
- Secretaría de Gobernación, (2015). *Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA2-2014, para la atención a la salud de la infancia*. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5417151&fecha=25/11/2015
- Secretaría de Gobernación, (2016). *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
- Secretaría de Salud, (2014). Estrategia nacional de lactancia materna 2014-2018. Recuperado de http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/ENLM_2014-2018.pdf
- Swanson, V. & Power, K. (2005). Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behaviour. *Journal of advanced nursing*, 50(3), 272-282.
- Tejerina, A., Escalonilla, A., Tejerina, A. & Rabadán, J. (2005). Fisiología de la mama. En C. Ariznavarreta, V. Cachofeiro, D. Cardinali, E. Escrich, P. Gil, V. Lahera, F. Mora, M. Romano & J. Tamargo (Eds.). *Fisiología humana* (pp. 1058- 1063). México: Mc Graw Hill.

- Thung, K., Goodman, M., Wu, A., McDuffie, K., Wilkens, L., Kolonel, L. ... Sobin, L. (2003). Reproductive Factors and Epithelial Ovarian Cancer Risk by Histologic Type: A Multiethnic Case-Control Study. *American Journal of Epidemiology*, 158(7), 629-638.
- United Nations Children's Fund (2015). La lactancia materna puede salvar la vida a millones de niños y niñas y prevenir enfermedades graves. Recuperado de https://www.unicef.org/mexico/spanish/noticias_29440.htm
- United Nations Children's Fund & World Health Organization (2017). Babies and mothers worldwide failed by lack of investment in breastfeeding. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/lack-investment-breastfeeding/en/>
- Vahlquist B. (1981). Introduction. En World Health Organization, *Contemporary patterns of breast-feeding Report of the WHO Collaborative Study on Breast-feeding* (pp.193). Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40079/1/9241560673_eng.pdf
- Victoria, C., Bahl, R., Barros, A., Franca, G., Horton, S. ... Rollins, N. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387, 475-490.
- Vinaccia, S., Contreras, F., Restrepo, L., Cadena, J., & Anaya, J. (2005). Autoeficacia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis eumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (1), 129-142.
- World Health Organization (1991). Indicators for assessing breastfeeding practices. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/62134/1/WHO_CDD_SER_91.14.pdf
- World Health Organization (2002). Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life. WHO, Geneva. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42519/1/9241562110.pdf>
- Yeager, A., Palumbo, P., Malachowski, N., Ariagno, R. & Stevenson, D. (1983). Sequelae of maternally derived cytomegalovirus infections in premature infants. *The journal of pediatrics*, 102(6), 918-22.
- Yuen, A. & Chan, L. (2013). Maternal breastfeeding self-efficacy and the breastfeeding behaviors of newborns in the practice of exclusive breastfeeding. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*, 42(6), 672-684.

ANEXOS

ANEXO 1



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PROYECTO PAPIIT-IN307916



Yo, _____ acepto participar en el estudio de investigación: ***“Promoción de la lactancia materna exclusiva en el primer nivel de atención a la salud: factores de pronóstico y efecto de una intervención psicosocial”*** que se lleva a cabo en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la UNAM, y cuyo responsable es el Dr. Mario Enrique Rojas Russell.

Que tiene como objetivo:

1. Identificar el papel predictor de un conjunto de variables sociodemográficas, de atención al embarazo y psicosociales con la intención de lactar, así como con la realización y duración de la lactancia.
2. Comparar los efectos sobre la salud de los niños de la lactancia materna con la alimentación con sucedáneos de la leche.
3. Identificar el efecto sobre la intención para lactar de tres intervenciones motivacionales breves adaptadas a la disposición para llevar a cabo la lactancia.

Se me ha informado que mi participación en el estudio consiste en:

- Responder a los formatos de evaluación que se soliciten
- Proporcionar información verdadera
- Proporcionar información después del parto

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

- La participación en este estudio no generará riesgos a su salud física ni emocional

LOS DATOS PERSONALES SERÁN CONFIDENCIALES Y PROTEGIDOS POR LA “LEY DE PROTECCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES” PARA EL DISTRITO FEDERAL Y LA “LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL”, ASIMISMO, SE LE INFORMA QUE SUS DATOS NO PODRÁN SER DIFUNDIDOS SIN SU CONSENTIMIENTO EXPRESO, SALVO LAS EXCEPCIONES PREVISTOS EN LA LEY

He leído y comprendo la información relativa al estudio y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Entiendo que puedo retirarme del estudio en el momento en que lo desee. Por favor, indique si está de acuerdo en que la información contenida en su expediente clínico, que se encuentra a resguardo del Centro de Salud “_____” sea utilizada para fines de la presente investigación.

Estoy de acuerdo () No estoy de acuerdo ()

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento

Firma del participante y/o de la persona responsable

Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al(la) Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación y los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado sus preguntas tanto como mi conocimiento me lo permite. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella.

Firma del investigador

Fecha

Cualquier pregunta o duda que usted tenga sobre el estudio puede consultarla directamente con el responsable del mismo:
Dr. Mario Enrique Rojas Russell. Tel. 56230603 Correo electrónico: mr1811@gmail.com

ANEXO 2

Escala para medir la intención de lactar

Instrucciones: Este documento contiene un conjunto de preguntas o afirmaciones relacionadas con la lactancia materna (alimentar a su hijo(a) por medio de leche materna), Le solicitamos leer cada una de las preguntas y responder de manera honesta. Todas sus respuestas son confidenciales y se emplearan solamente con fines de investigación; por lo tanto, no hay respuestas correctas o incorrectas.

Lactancia materna exclusiva: Es la conducta de alimentar a su hijo (a) únicamente con leche materna, desde la primera hora después del nacimiento, hasta los 6 meses de edad, complementándola posteriormente con otros alimentos hasta los 2 años o más.

PARTE I

A continuación, se le presentan dos preguntas relacionadas con la forma en que usted piensa alimentar a su bebé cuando nazca. **Marque con una "X" el número que mejor represente su intención**, desde 0 que significa nada segura hasta 10 que significa totalmente segura.

1. ¿Qué tan segura está de alimentar a su hijo(a) **solamente con leche materna desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad?**

Nada segura 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Totalmente

ANEXO 3

Escala para medir la autoeficacia para lactar

A continuación se le presentan una serie de frases que describen las situaciones en las cuales las mujeres pueden encontrar dificultades para amamantar. Por favor, lea cada una de ellas y marque con una "x" la opción que mejor describa su respuesta. Esto no es un examen, así que no hay respuestas correctas o incorrectas, por lo que se le pide que conteste con la mayor sinceridad posible.

No marcar la parte sombreada

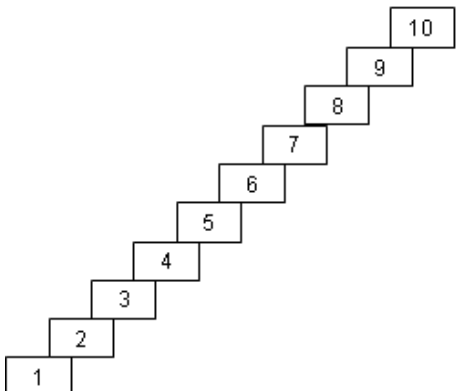
<i>Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque...</i>	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Completamente segura	
1. ...esté en público	0	1	2	3	1. <input type="checkbox"/>
2. ...atraviere por problemas personales	0	1	2	3	2. <input type="checkbox"/>
3. ...las personas en la calle estén en desacuerdo	0	1	2	3	3. <input type="checkbox"/>
4. ...personas significativas (pareja, padres, hijos) estén en desacuerdo	0	1	2	3	4. <input type="checkbox"/>
5. ...trabaje	0	1	2	3	5. <input type="checkbox"/>
6. ...esté cansada	0	1	2	3	6. <input type="checkbox"/>
7. ...esté enferma	0	1	2	3	7. <input type="checkbox"/>
8. ...no quiera hacerlo	0	1	2	3	8. <input type="checkbox"/>
9. ...me sienta estresada	0	1	2	3	9. <input type="checkbox"/>
10. ...me sienta triste o desanimada	0	1	2	3	10. <input type="checkbox"/>
11. ...tenga que hacer	0	1	2	3	11. <input type="checkbox"/>
12. ...esté en una fiesta	0	1	2	3	12. <input type="checkbox"/>
13. ...no perciba los beneficios	0	1	2	3	13. <input type="checkbox"/>
14. ...tenga grietas en los pezones	0	1	2	3	14. <input type="checkbox"/>
15. ...me produzca dolor en los senos	0	1	2	3	15. <input type="checkbox"/>
16. ...se me escurra la leche	0	1	2	3	16. <input type="checkbox"/>

ANEXO 4

Cuestionario de datos sociodemográficos

PARTE VIII

En esta parte se muestran preguntas relacionadas con datos generales. Por favor, no deje ninguna respuesta sin contestar (excepto a partir de la pregunta 12 si no se aplica a usted). ¡Gracias!

No.Expediente: _____		Folio: _____
1. Nombre completo:		
2. Fecha actual: ____/____/____ (día)(mes)(año)		
3. Teléfono(s):local: _____celular: _____		
4. Edad: ____ (años cumplidos)		4. <input type="checkbox"/>
5. Estado civil: Soltera(0) Casada, Unión libre(1) Otro(2)		5. <input type="checkbox"/>
6. Escolaridad:		6. <input type="checkbox"/>
(0) Primaria o menos		
(1) Secundaria completa	(3) Licenciatura completa	
(2) Bachillerato o equivalente completo	(4) Posgrado	
7. Ocupación:		7. <input type="checkbox"/>
(0) Profesional o técnica especializada, jefa y/o directiva de empresa o institución		
(1) Comerciante, trabajadora administrativa, pequeña empresaria		
(2) Trabajadora manual no calificada, obrera, trabajadora por cuenta propia		
(3) Ama de casa		
(4) Estudiante		
(5) Desempleada, jubilada o pensionada		
PARTE IX 8.- Nivel socioeconómico: Imagine que esta escalera representa la posición social de las personas. En la parte más alta (escalón 10) se ubicarían los más ricos, las personas con los mejores empleos, los mejores sueldos y un gran número de recursos sociales y materiales. En la parte más baja (escalón 1) estarían las personas más pobres, sin trabajo, sin dinero, sin escolaridad y con muchas limitaciones sociales y económicas. Entre más alto se ubique más cerca se encuentra de las personas más ricas. Entre más bajo se ubique más cerca se encuentra de las personas más pobres. Por favor, marque con una cruz el escalón en el que usted crea que se encuentra usted y su familia.		8. <input type="checkbox"/>

ANEXO 5

Cuestionario de datos del parto

PARTE III	
1. ¿Fecha de nacimiento de su hijo? ____/____/____ (día) (mes)(año)	1. <input type="checkbox"/>
2. ¿Fue nacimiento prematuro? No (0)Sí(1)	2. <input type="checkbox"/>
3. En qué semana de gestación nació su hijo/a? _____	3. <input type="checkbox"/>
4. El nacimiento fue atendido en: Casa (0)Hospital privado (1)Hospital público (2)	4. <input type="checkbox"/>
5. ¿De qué forma nació su hijo(a)? Parto(0) Cesárea (1)	5. <input type="checkbox"/>
6. ¿Usted tuvo algún problema de salud durante el embarazo? No (0) PASE A LA PREGUNTA 8Si(1)	6. <input type="checkbox"/>
7. ¿Cuál? _____	7. <input type="checkbox"/>
8. ¿Su hijo(a) tuvo alguna complicación durante el parto? No (0)PASE A LA PREGUNTA 11Si(1)	8. <input type="checkbox"/>
9. ¿Cuál? _____	9. <input type="checkbox"/>
10. ¿Esta complicación impidió que alimentara a su hijo con leche materna? No (0) Sí (1)	10. <input type="checkbox"/>
11.¿Usted presentó alguna complicación médica después del parto? No (0)PASE A LA PREGUNTA 15 Si(1)	11. <input type="checkbox"/>
12. ¿Cuál? _____	12. <input type="checkbox"/>
13.¿Estuvo hospitalizada? No (0) Sí (1)	13. <input type="checkbox"/>
14.¿Durante cuánto tiempo? a)3 a 5 días (0) b)6 a 10 días (1) c)Más de 15 días (2)	14. <input type="checkbox"/>
15.¿Su hijo(a) presentó alguna complicación médica después del parto? No (0)PASE A LA PREGUNTA 17 Si(1)	15. <input type="checkbox"/>
16. ¿Cuál? _____	16. <input type="checkbox"/>
17.¿Su hijo(a) estuvo hospitalizado(a) por alguna complicación médica? No (0)PASE A LA PREGUNTA 1, PARTE IV Sí (1)	17. <input type="checkbox"/>
18. ¿Durante cuánto tiempo? a)3 a 5 días (0) b)6 a 10 días (1) c)Más de 15 días (2) otra (3)	18. <input type="checkbox"/>
19. ¿Cómo alimentó a su hijo durante este tiempo? a) Únicamente leche materna(0)b) Únicamente fórmula láctea(1)c) Leche materna y fórmula láctea(2)	19. <input type="checkbox"/>

ANEXO 6

Cuestionario sobre la alimentación del infante

PARTE V	
1. ¿De qué manera ha alimentado a su hijo(a) desde que salió del hospital hasta el día de hoy?	1.]
a) Únicamente leche materna (0) b) Únicamente fórmula láctea (1) c) Leche materna y fórmula láctea (2)	2. []
2. ¿Con qué frecuencia alimenta a su hijo(a) de esta manera?	3. []
a) A libre demanda (las veces que él quiera) (0)	4. []
b) 3 a 5 veces al día (1)	5. []
c) 6 a 8 veces al día (2)	6. []
d) 9 veces o más (3)	
3. ¿Cuánto tiempo dura cada toma?	
a)1 a 10 minutos (0) b)11 a 20 minutos (1) c)21 a 30 minutos (2) d)Más de 30 minutos (3)	
4. ¿Su bebé y usted duermen en la misma cama?	
No (0) Si (1)	
5. ¿Cómo alimenta a su bebé durante la noche?	
a) Solamente leche materna (0) PASE A LA PREGUNTA 1, PARTE VII	
b) Formula láctea (1)	
c) Otra: _____ (2) PASE A LA PREGUNTA 1, PARTE VII	