



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**TITULO:**

**FACTORES DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN  
UMF # 4 IMSS, CHIHUAHUA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA:**

**DR. JULIO CERVANTES NEVÁREZ**

**ASESORES:**

**DR. ARMANDO CORDERO SOSA**

**DRA. ARACELI VERÓNICA HERNÁNDEZ ROJAS**

**FEBRERO DEL 2015**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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 MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 4**

**FACTORES DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN  
UMF # 4 IMSS, CHIHUAHUA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA.**

**DR. JULIO CERVANTES NEVÁREZ**

CHIHUAHUA, CHIH.

2015

**FACTORES DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA  
EXCLUSIVA EN LA UMF # 4 IMSS, CHIHUAHUA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

**PRESENTA**

**DR. JULIO CERVANTES NEVÁREZ**

**AUTORIZACIONES**



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**FACTORES DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN  
UMF #4 IMSS, CHIHUAHUA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA.

**DR. JULIO CERVANTES NEVÁREZ**

**AUTORIZACIONES:**



**DRA. PAOLA ISABEL ROSADO YEPEZ**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICO GENERALES  
DEL IMSS.  
SEDE UMF 33 PLUS/UMAA 68. CHIHUAHUA, CHIHUAHUA



**DR. ARMANDO CORDERO SOSA**  
ASESOR DE TEMA DE TESIS



**DRA. ARACELI VERÓNICA HERNÁNDEZ ROJAS**  
ASESOR METODOLÓGICO



**DRA. MARTHA EDITH TUFIÑO OLIVARES**  
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL  
DELEGACIÓN ESTATAL CHIHUAHUA.



**DR. RENE ALBERTO GAMEROS GARDEA**  
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN  
EN SALUD.  
DELEGACIÓN CHIHUAHUA, CHIHUAHUA

## RESUMEN

La lactancia materna exclusiva, tiene beneficios tanto para la madre como para el lactante, sin embargo es frecuente el abandono de la práctica antes de los seis meses. **Objetivo:** Determinar cuáles son los factores de abandono de la lactancia materna exclusiva en la UMF #4 IMSS, Chihuahua. **Metodología :** Es un estudio descriptivo transversal, que se desarrolló en la UMF # 4 del IMSS. La muestra comprende las madres con hijos entre 6 y 24 meses de edad, que ya no estén lactando al momento de la aplicación de un cuestionario, en el periodo de enero-diciembre 2013. Los datos se analizaron en el programa estadístico STATA 9.0 para Windows, (Stata Corp. Stata Statistical Software. Release 9.0 College Station , Tx: stata). Se realizó un análisis exploratorio para evaluar la cantidad de los registros, posteriormente un análisis uni y bivariado. Se utilizó la prueba de t de Student, la prueba de  $\chi^2$  o exacta de FISHER. Se aceptará un valor significativo de p sea menor a 0.05. **Resultados:** En este estudio se investigaron a 164 pacientes que habían dejado la lactancia materna exclusiva. Donde la edad mínima de las pacientes estudiadas fue de 15 años y la máxima de 42 años. Encontrando que la principal causa de abandono de la lactancia materna fue la poca producción de leche en 33 pacientes (20.12%). Se determinó que las mujeres solteras tienen 14% más riesgo de lactar menos de seis meses. Se halló que 73.38% de las pacientes dieron lactancia por menos de 6 meses. **Discusión:** Delgado et al (2006)<sup>8</sup> y Flores et al (2006)<sup>13</sup>, encontraron que tener control prenatal es un factor protector para abandono de la LME con intervalos imprecisos, lo que concuerda con nuestro estudio. El médico familiar debe dar continuidad al fomento de la LME, posterior al término de la gestación, durante el puerperio y control del niño sano, para reforzar esta beneficiosa práctica. **Conclusión:** En este estudio predominaron las madres que lactaron menos de 6 meses, por lo que es necesario incrementar las acciones de salud que refuercen la confianza en las madres y las familias en la lactancia, con vistas a fortalecer los factores protectores de la lactancia materna y erradicar el motivo más frecuente del destete precoz.

**Palabras Claves:** Lactancia materna exclusiva. Abandono.

INDICE	PÁG
1.-RESUMEN	
2.-INDICE	
3.-INTRODUCCIÓN.....	1
4.-MARCO TEÓRICO.....	3
5.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
6.-PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	17
7.-JUSTIFICACIÓN.....	18
8.-HIPOTESIS DE TRABAJO.....	20
9.-OBJETIVO GENERAL.....	21
9.1.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
10.-METODOLOGIA.....	22
10.1.-TIPO DE ESTUDIO.....	22
10.2.-POBLACIÓN, LUGAR, TIPO DE ESTUDIO.....	22
10.3.-TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE MUESTRA.....	22
10.4.-CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	22
10.4.1.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	22
10.4.2.-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	22
10.5.3.-CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	22
10.6.-INFORMACIÓN Y VARIABLES A RECOLECTAR.....	23
11.-MÉTODO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.....	27
12.-CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	28
13.-RESULTADOS.....	29
14.-DISCUSIÓN.....	49
15.-CONCLUSIONES.....	51
16.-REFERENCIAS.....	53
17.-ANEXO 1.....	56
18.-ANEXO 2.....	57
19.-ANEXO 3.....	58
20.-ANEXO 4.....	59
21.-ANEXO 5.....	62

## **INTRODUCCIÓN**

La lactancia se ha consolidado como el método óptimo para asegurar una nutrición infantil saludable. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que las mujeres lacten a sus hijos durante los primeros seis meses de vida y de modo complementario hasta los 24 meses. 1,4.

La práctica de la lactancia materna se remonta a los inicios del mundo, desde los mamíferos más simples hasta los más desarrollados como el hombre. Desde siempre se ha sabido que la alimentación perfecta e ideal es la Lactancia materna.2

Los beneficios de la lactancia materna sobre la salud infantil son amplios, destacándose la participación importante que este tipo de alimentación ha tenido en la disminución de la mortalidad infantil, y algunas enfermedades. 3

La práctica de la lactancia materna tiene diferentes efectos positivos sobre el binomio madre-niño. Así, sobre la madre favorece el espaciamiento entre nacimientos, ayuda a reducir el peso corporal y a prevenir el cáncer de seno y de ovario; sobre el lactante la leche materna disminuye el riesgo de diarrea, infecciones respiratorias, otitis media, proporciona los nutrientes necesarios para un óptimo crecimiento y desarrollo y previene el desarrollo de enfermedades crónicas, entre otros múltiples beneficios biológicos y psicológicos. Además, la práctica de la lactancia también genera beneficios económicos a las familias y la sociedad, debido al menor gasto en alimentación y en servicios de salud del infante.4

El abandono de la lactancia exclusiva, además de aumentar el riesgo de enfermedades a los infantes, genera costos adicionales a los sistemas de salud e incrementa los costos a las familias, debido a la compra de leches artificiales y de los elementos necesarios para brindar el alimento sustituto al bebé; se ha



documentado que dichos costos son mayores a los que asumen las mujeres que practican la LE.4

La disminución de la lactancia materna se ha asociado con factores como la publicidad de un gran número de alimentos infantiles, a cambios en el estilo de vida y en los roles asumidos por la mujer, y la falta de apoyo para desarrollar exitosamente la práctica del amamantamiento. 5

En resumen podemos mencionar que la leche materna es el alimento más completo que los infantes pueden recibir, ya que incluye todos los nutrientes que éstos necesitan en los primeros meses de vida y está exenta de contaminación. Además, este alimento es un medio de transmisión de anticuerpos que contribuyen al mecanismo de defensa inmunológica.6

En México, la prevalencia de lactancia materna se encuentra por debajo de lo logrado en otros países de América Latina.7

## MARCO TEÓRICO

La OMS define como lactancia materna exclusiva (LME) la alimentación del lactante con leche materna de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye el agua. En el 2002 durante la 55ª Asamblea Mundial de Salud conocida como «Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño» realizada en Ginebra, se recomendó que la LME deba realizarse durante los primeros seis meses de vida, y continuar posteriormente con alimentos complementarios, hasta los 2 años como mínimo.

Lactancia materna predominante: es la alimentación con leche materna o de otra mujer, más líquidos, infusiones y vitaminas.

Lactancia materna complementaria: es la alimentación con leche materna, incluidos sólidos o semisólidos y leche no humana.<sup>7</sup>

Producción de la leche humana.

La secreción láctea se lleva a cabo en las células epiteliales de los alvéolos de la glándula mamaria. En éstas existen células madre y células alveolares secretoras, las primeras son estimuladas por la hormona del crecimiento y la insulina. Las células alveolares secretoras son estimuladas por la prolactina.<sup>7</sup>

Elaboración celular de la leche.

La leche humana se sintetiza en las células mamarias y algunos compuestos se transportan desde el plasma hasta esas células. En el núcleo de la célula secretora tiene lugar la síntesis del ADN y ARN, encargados de regular el metabolismo celular y el perfil enzimático. En el citoplasma se lleva a cabo la oxidación de la glucosa, la síntesis de los ácidos grasos y la activación de los aminoácidos para la síntesis de proteínas.

Las mitocondrias obtienen energía (ATP) y son precursoras de los aminoácidos no esenciales y de los ácidos grasos. En el aparato de Golgi se agrupan aminoácidos, glucosa y ácidos grasos en los principios inmediatos (proteínas, grasas y carbohidratos), los cuales intervienen en la síntesis de lactosa. En el

retículo endoplásmico se lleva a cabo la síntesis de las proteínas, los triglicéridos y los fosfolípidos, así como la saturación de los ácidos grasos.<sup>7</sup>

Mecanismo de la secreción celular

Difusión. Las membranas de las células alveolares difunden hacia el lumen alveolar iones monovalentes como Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup> y agua.

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.

Secreción apocrina: La célula cede una parte de su membrana y su citoplasma al secretar partículas grasas.

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.

Vía paracelular: A través de soluciones de continuidad intercelulares se eliminan abundantes células en el calostro y en menor cantidad en la leche madura.<sup>7</sup>

Lactogénesis

Estadio I. Comienzo en el embarazo: Los estrógenos y la progesterona secretados por la placenta, son hormonas esenciales para el desarrollo físico de las mamas durante el embarazo, pero inhiben la secreción de leche, la hormona prolactina estimula esta secreción y su concentración en sangre se eleva constantemente desde la quinta semana del embarazo hasta el nacimiento del niño.

También la placenta secreta grandes cantidades de somatomatotropina coriónica humana que coadyuva la acción de la prolactina y posee una pequeña actividad lactogénica. Por esta razón, a pesar de los efectos inhibidores de los estrógenos y la progesterona, la glándula mamaria secreta un compuesto llamado calostro entre 10 y 12 semanas antes del parto.<sup>7</sup>

Estadio II. Comienzo de la secreción láctea: Ocurre inmediatamente después del parto, ante el descenso brusco de los estrógenos y la progesterona y aumento de los niveles de prolactina, que asume su papel estimulador de producción de leche. Las mamas comienzan a secretar grandes cantidades de leche en lugar del calostro, de 30 a 150 mL por día hasta alcanzar los 300 ml entre el quinto y sexto día posparto, asociado a los cambios en su composición.

Esta secreción láctea requiere del estímulo de otras hormonas como la del crecimiento, el cortisol, la hormona paratiroidea y la insulina, necesarias porque proporcionan sustratos para la formación de leche (aminoácidos, ácidos grasos, glucosa y calcio). Algunas situaciones retrasan la producción de leche como la retención placentaria ante la liberación de progesterona y la hemorragia posparto.<sup>7</sup>

Estadio III. Galactopoyesis, establecimiento y mantenimiento de la secreción láctea madura:

El mecanismo se inicia con el reflejo de succión del bebé al estimular los receptores sensitivos del pezón, lo que produce un reflejo neural aferente, vía médula espinal al mesencéfalo y de ahí al hipotálamo, desencadenando la secreción de prolactina de la hipófisis anterior y oxitocina de la hipófisis posterior. La prolactina estimula la síntesis y producción de leche y cada vez que la madre amamanta al bebé se produce una oleada, cuya secreción aumenta de 10-20 veces sobre los niveles basales, efecto que dura aproximadamente una hora. La cantidad secretada es proporcional a las veces que se estimula el pezón, además los niveles son mayores por la noche. La oxitocina estimula la contracción de las células mioepiteliales que cubren los alvéolos, y estimula el vaciamiento hacia los conductos galactóforos y finalmente hacia el pezón (reflejo de eyección). Los fármacos que suprimen la secreción de prolactina son el citrato de clomifeno, la piridoxina, los IMAO y las prostaglandinas. La dopamina puede actuar sobre la hipófisis e inhibirla, porque al parecer actúa como hormona inhibidora de la prolactina.

Por el contrario puede estimularse por la actividad sexual, metoclopramida, fenotiacinas, acetilcolina, neurolépticos. La liberación de oxitocina disminuye con la ingesta de alcohol, el estrés de la madre y el hijo.<sup>7</sup>

Se reconoce que la leche materna cubre satisfactoriamente los requerimientos del lactante hasta el cuarto mes en 95%, y disminuye a 80% durante el sexto mes, a 60% el noveno y 32.5% a los 12 meses; motivo por el cual se recomienda el inicio de la ablactación al sexto mes.<sup>8</sup>

Los diferentes tipos de leche que se producen en la glándula mamaria son: precalostro, calostro, leche de transición, leche madura y de pretérmino.

a.- Precalostro: Acumulado en los alvéolos durante el último trimestre de la gestación. Composición: exudado plasmático, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbumina, cloro, sodio y lactosa.

b.- Calostro: Se produce durante los 4 días siguientes al parto, es de escaso volumen y alta densidad (2-20 ml/toma). En relación a la leche madura, tiene menos contenido energético, lactosa, lípidos, glucosa, úrea, vitaminas hidrosolubles y nucleótidos. Tiene más proteínas, ácido siálico, vitaminas lipo-solubles E, A, K y carotenos; también es superior el contenido de minerales, sodio, cinc, hierro, azufre, potasio, selenio y manganeso. La proporción de proteínas séricas/caseína es de 80/20. Su contenido de ácidos grasos se relaciona con la dieta materna. En el calostro el colesterol está más elevado y los triglicéridos más bajos que en la leche madura. El contenido de inmuno-globulinas en el calostro es muy elevado (especialmente IgA, lactoferrina y células), lo cual protege al recién nacido y favorece la maduración de su sistema defensivo. El escaso volumen del calostro es ideal, ya que los riñones

inmaduros del recién nacido no pueden manejar grandes cantidades de líquidos. Además, hace más fácil la expulsión del meconio. Sus enzimas facilitan la digestión del bebé, debido a que la lactasa y otras enzimas intestinales están

inmaduras; sus inmunoglobulinas cubren el endotelio del tubo digestivo y así evitan la adherencia de los patógenos.

El calostro favorece la colonización del intestino por lactobacilos bifidus, a través de un carbohidrato nitrogenado llamado factor bifido, contiene antioxidantes y quinonas que previenen del daño oxidativo y es rico en factores de crecimiento, que estimulan la maduración del tubo digestivo y sus sistemas de defensa.

c- Leche de Transición: Se produce entre 4-15 días luego del parto, hacia el quinto día hay un aumento brusco de su producción y va incrementando su volumen hasta llegar a 700 ml/día aproximadamente entre los 15-30 días posparto. Su composición varía hasta llegar a la de la leche madura.

d.- Leche Madura: El volumen aproximado es de 700 -900 ml/día durante los 6 primeros meses posparto. Al involucionar la lactancia, antes de desaparecer la secreción láctea, regresa a su fase calostrada. Las grasas, proteínas y carbohidratos, unidos a las enzimas que contiene la leche humana, son de fácil digestión y absorción, lo cual hace seguro el aprovechamiento de todos los nutrientes y permite la formación de un sistema inmunitario efectivo y eficiente que garantiza la salud infantil. Las proteínas de la leche humana se sintetizan en la glándula mamaria, excepto la seroalbumina que procede de la circulación materna, y juegan un papel muy importante, puesto que sus aminoácidos ayudan al crecimiento acelerado de los recién nacidos, maduran su sistema inmunológico, los defienden contra patógenos y favorecen el desarrollo de su intestino. Entre los 3 y 4 meses de nacido, el bebé requiere 1,1 g de proteína kg/día y la leche madura es suficiente para cubrir estos requerimientos. Algunas proteínas tienen capacidad funcional (hormonas, enzimas o inmunoglobulinas). La caseína está formada, sobre todo, por beta-caseína. En la leche madura, la proporción proteína sérica/caseína es 60/40.

e.- Leche Pretérmino: Está presente en mujeres que han tenido parto prematuro. Es diferente. Durante un mes aproximadamente, se adapta a las características del bebe pretérmino, con niveles superiores de vitaminas liposolubles, lactoferrina e IgA, y deficiente en lactosa y Vitamina C. Tiene más proteínas, grasas, calorías y cloruro sódico. 9

La leche materna contiene grandes cantidades de componentes inmunológicos que le permiten ejercer una función protectora contra virus, bacterias y parásitos, causantes de diarrea aguda. Estos factores se agrupan en:

Factores Constitutivos: Quelantes, enzimas y factores antiinfecciosos.

Factores Inducidos: Células específicas y células inmunocompetentes específicas.

I.- Factores Constitutivos:

a.- Quelantes: proteínas con propiedades de fijar y transportar micronutrientes necesarios para el metabolismo bacteriano.

Actúan como bacteriostáticos.

-Lactoferrina: es la más importante del grupo de quelantes, su concentración es variable dependiendo del momento de la lactancia, nutrición de la madre y nivel socioeconómico. Su principal función es la captación del hierro exógeno, a través de las células intestinales (una elevada proporción del hierro de la leche está unida a la lactoferrina). Posee acción bacteriostática contra *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Vibrio cholerae*.

La lactoferrina de la leche humana, presente en cantidad de 1-3g/L, quela el hierro libre. Se debe recordar que el hierro no "enlazado" es un nutriente para muchas bacterias, por lo tanto cuando la lactoferrina lo quela, se convierte en un agente bacteriostático. También estimula la fagocitosis de patógenos por los macrófagos e inhibe virus (citomegalovirus, herpes y VIH).

La estimulación del crecimiento intestinal neonatal, la síntesis hepática de proteínas, la recuperación intestinal de lesiones y la estimulación del crecimiento de bacterias intestinales probióticas son mecanismos adicionales, mediados por la lactoferrina que reducen las infecciones intestinales.

- Proteína fijadora de Vitamina B12 (Haptocorrina): es una glicoproteína presente en la leche humana en forma insaturada, con capacidad de ligar la vitamina B12, necesaria para el crecimiento de numerosas bacterias (*E. coli*, *Proteus*, *Salmonella*, Bacteroides). Ejerce una acción bacteriostática.

- Proteína fijadora de Ácido Fólico: actúa como secuestrador de folato, por lo tanto impide el crecimiento bacterias intestinales dependientes de folato.

b.- Enzimas: pueden tener efecto bactericida o bacteriostático:

-Lactoperoxidasa: es producida por los macrófagos de la leche, ejerce una acción bactericida sobre *E. coli* y *Salmonella* spp.

-Lisozima: su mecanismo de acción es la digestión de peptidoglicanos de la pared bacteriana, en presencia de IgA secretora, tiene acción bactericida contra *E. coli* y *Salmonella* spp.

c- Factores antiinfecciosos: están determinados por diversos elementos, tales como:

-Factor Bífido (N-acetil-glucosamina): es un estimulador de crecimiento de las bacterias bifidas y lactobacilos. Las bifidobacterias mantienen un pH ácido en el intestino, que en unión a IgA y lisozimas, antagonizan con la implantación y desarrollo de gérmenes intestinales como *E. coli*, *Shigella*, amebas y otros. El incremento de la colonización por bifidobacterias y lactobacilos en el tubo digestivo de los lactantes, a largo plazo, origina la formación de un ecosistema



estable y favorece el mutualismo con anaerobios, a la vez que inhibe la colonización por patógenos entéricos, con lo cual los protege de enfermedades diarreicas.

-Factor de crecimiento epidérmico y factor estimulante de fibroblastos: estimulan el crecimiento y maduración del tubo digestivo. Se encuentran en mayor concentración en el calostro que en la leche madura.

-Gangliósidos: se han detectado pequeñas cantidades de gangliósidos GMI con actividad inhibitoria sobre enterotoxinas en la leche materna. Actúan como receptores análogos a los de la superficie de las células epiteliales, ejercen acción antiadherente y favorecen la proliferación de bifidobacterias que compiten con la *E. coli* en la colonización intestinal. .

-Oligosacáridos: inhiben la unión del *Campylobacter Jejuni* y de la enterotoxina de la *Escherichia coli* a las células del huésped, con lo cual evitan su proliferación y, en consecuencia, protegen al recién nacido y al lactante de enfermedades causadas por dichos gérmenes.

-Lactadherina: Es una glicoproteína que se une en forma específica al Rotavirus e impide su replicación, con lo cual previene las diarreas causadas por este virus.

-Factor de resistencia antiestafilococo: ácido graso libre distinto al ácido linoleico, que en combinación con otros factores inhibe el crecimiento de los estafilococos.

## II. Factores Inducidos

La actividad antiinfecciosa de estos factores es específica en la leche de cada mujer, inducidos por antígenos presentes en su tubo digestivo, así como en el árbol bronquial. Los leucocitos se encuentran en concentraciones variables procedentes del torrente circulatorio materno.

a.- Células no específicas: representan un gran porcentaje y, en su mayoría son macrófagos, cuya función en la leche materna es la fagocitosis de microorganismos, muerte de bacterias y producción de los componentes del complemento C3 y C4, lisozimas y lactoferrina. Los macrófagos participan en la biosíntesis y excreción de Lactoperoxidasa y de factores de crecimiento celular, que aumentan el crecimiento del epitelio intestinal y maduración de enzimas del borde en cepillo del intestino.

Además, están envueltos en IgA, los cuales contribuyen a proteger contra hongos, virus, bacterias y protozoarios.

b.- Células inmunocompetentes específicas: representan menor porcentaje y son los linfocitos T y B. Los linfocitos T representan una subpoblación materna que ejercen funciones de defensa mientras las células del neonato adquieren su propia capacidad funcional. Los linfocitos B tienen una función defensiva más específica; una vez transformados en células plasmáticas, producen Inmunoglobulina A secretora (IgAs) en mayor porcentaje, así como IgG e IgM.

La IgAs tiene una estructura bioquímica especial que la hace resistente a la acción de enzimas proteolíticas presentes en el tubo digestivo. Ejerce una acción antiinfecciosa, porque impide la adhesión de las bacterias a las superficies mucosas y neutraliza las toxinas de microorganismos.<sup>1,2,8</sup> Al inicio de la lactancia, las concentraciones de IgAs son elevadas (1 a 2 g/L) y se mantienen entre 0,5 y 1 g/L hasta por 2 años. La inmunidad de la madre contra algunos patógenos, se trasmite al niño a través de la IgAs (por el eje entero-mamario).

Los anticuerpos específicos de la IgAs incluyen anticuerpos antibacterianos contra *Clostridium Difficile*, *Vibrio cholerae* y *E. coli*, y somáticos contra poliovirus tipos 1,2,3, virus *ECHO*, *Coxsackie*, *Influenza*, *Togavirus* y *Sincitial Respiratorio* (6).

-k-caseína (<100mg/dl): es una proteína de la leche materna altamente glícósilada, la cual inhibe la adherencia de *Helicobacter pylori* a la mucosa gástrica humana. El producto de la proteólisis terminal (macropéptido de la caseína) es un factor potente que promueve el crecimiento de *Bifidobacterium bifidum*, un anaerobio productor de ácido que reduce el crecimiento de microorganismos patógenos intestinales en lactantes que reciben lactancia materna.<sup>9</sup>

#### LACTANCIA EN LA PRIMERA HORA

Existe suficiente evidencia que apoya la importancia de este contacto inicial piel-piel y el amamantamiento durante la primera hora. Se sabe que garantiza la temperatura del recién nacido, lo tranquiliza, le permite una respiración más regular y ofrece la posibilidad de que las bacterias maternas colonicen su piel e intestinos sin causar enfermedad, pues al iniciar el amamantamiento la leche de la madre le ofrece elementos protectores frente a estas bacterias.<sup>9</sup>

#### EPIDEMIOLOGÍA

La UNICEF, en fechas recientes ha reportado que las tasas de lactancia materna han aumentado en los países en desarrollo en 15% entre los niños menores de cuatro meses (de 46% a un 53%) y entre los de menos de seis meses de edad (de 34 a 39%), así mismo menciona que en algunos países esta tasa se ha cuadruplicado.<sup>10</sup>

El impacto de los diferentes esfuerzos por promover la lactancia materna y la lactancia materna exclusiva en México, ya sea a través de los sistemas de salud o de organizaciones privadas, no ha sido sistemáticamente documentado. En una encuesta relativa a niños menores de dos años atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social, la prevalencia de lactancia materna exclusiva a los cuatro meses de edad fue de 23.8 % para el régimen obligatorio y de 46.2 % en IMSS Solidaridad. A los seis meses estas prevalencias se redujeron a 18.3 y 23.8 %, respectivamente.<sup>11</sup>

En un estudio en áreas semirurales de México se encontraron prevalencias mucho más altas (32 % al mes, 14 % a los tres meses y 0.8 % a los seis meses), pero éstas no responden a ninguno de los programas de promoción de la lactancia, sino a la conservación de la tradición local y a la baja exposición de esas poblaciones a los sucedáneos de leche materna.<sup>11</sup>

La LME puede evitar un 13% de todas las muertes de menores de cinco años en los países en desarrollo, lo cual indica que constituye la práctica preventiva más eficaz para salvar las vidas de los niños.<sup>12</sup>

Los estudios de prevalencia de lactancia materna exclusiva, en las diferentes regiones de Europa y Latinoamérica, muestran un amplio rango, que va desde el 25%, un grupo más homogéneo entre 40% y 60% hasta 91%, todos ellos bajo su propio enfoque. Debido a que los factores que se han asociado al abandono temprano de la lactancia materna son diversos y difieren con el perfil poblacional, el sitio de residencia, las características socio-demográficas; la consulta de expertos de la OMS recomendó, desde 2001, que entre las áreas de investigación prioritaria estuviera la identificación de los obstáculos tanto biológicos como sociales, en los diferentes entornos geográficos y culturales, con la finalidad de desarrollar intervenciones apropiadas y efectivas para trabajar estas barreras y sus consecuencias.<sup>13</sup>

Se mencionan existen riesgo de Lactancia materna artificial en comparación de la Lactancia materna exclusiva, tanto para el lactante como para la madre, como lo es peor adaptación gastrointestinal, mayor duración de procesos infecciosos, mayor riesgo de obesidad, riesgo de enfermedades alérgicas. En tanto en la madre, existe una involución uterina mas lenta, la recuperación de peso es mas difícil, mayor riesgo de cáncer de mama.<sup>14</sup>

La duración de la lactancia materna se ha visto asociado a la edad, a su educación, antecedentes de la experiencia, bajo peso al nacer, enfermedades de

la madre y regreso de la madre al trabajo.<sup>15</sup> Otras razones que afectan el curso natural de la LME, son las costumbres familiares, y el medio de desenvolvimiento social y económico de la madre. <sup>16</sup>

Un estudio venezolano en el 2008, encontró en su investigación que la mayoría de las madres no amamanta a sus hijos por tener que trabajar. <sup>16</sup>

Uno de los factores que aumenta la duración de la LME es su promoción activa por parte del personal de salud; no obstante, no es infrecuente la indicación de sustitutos de leche materna (SLM) u otros líquidos. <sup>17</sup>

En un estudio cubano en el 2010, reporto que el desconocimiento de la madre adolescente sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva y las ventajas de la misma sobre la salud materno-infantil se reveló como una de las principales causas para el abandono de esta práctica. <sup>18</sup>

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) podrían salvarse en el mundo, más de 1 millón de vidas infantiles al año si las madres alimentaran exclusivamente con leche materna a sus hijos, durante los primeros 4 meses de vida. <sup>19</sup>

La lactancia no es sólo instintiva, también es una conducta adquirida por lo que en la actitud hacia ella influyen la observación durante la niñez, el medio familiar y social y la información que el personal de la salud trasmite a las mujeres principalmente durante el embarazo. En esta etapa, las mujeres son muy receptivas a todo aquello que sea mejor para su hijo, afortunadamente durante la atención prenatal se proporcionan orientaciones que le permite a la embarazada tomar una decisión ponderada sobre el tipo de lactancia que realizará.<sup>20</sup>

El porcentaje de LM exclusiva en menores de seis meses (LME<6m) bajó entre el 2006 y 2012, de 22.3% a 14.5%, y fue dramático en medio rural, donde descendió

a la mitad (36.9% a 18.5%). Similarmente, la lactancia continua al año y a los dos años disminuyó. El 5% más de niños menores de seis meses consumen fórmula y aumentó el porcentaje de niños que además de leche materna consumen innecesariamente agua.<sup>21</sup>

Las madres que nunca dieron pecho a sus hijos mencionan como razones causas que sugieren desconocimiento o poco apoyo antes y alrededor del parto, para iniciar y establecer la lactancia.<sup>21</sup>

Se aprecia en la ENSANUT 2012 que las prácticas de lactancia están muy por debajo de la recomendación de la OMS. Poco más de un tercio de los niños son puestos al seno en la primera hora de vida, y se observa un porcentaje sumamente bajo de niños de seis meses que reciben lactancia materna exclusiva (LME<6m) (14.4%).<sup>21</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En la UMF4, es frecuente encontrar que la madre del lactante abandone tempranamente la práctica de la lactancia materna, por múltiples factores y secundario a este abandono se desarrollan varios problemas, como lo son:

1. Mayor riesgo de enfermedades en el lactante.
2. Riesgos de cáncer en la madre.
3. Mayor gasto en la institución y en la economía familiar en adquirir leches artificiales.

En la actualidad aunque el médico familiar tiene un lugar privilegiado para poder promocionar los beneficios de la lactancia materna exclusiva, tal parece que no se realiza o bien no ha dado los resultados esperados según las últimas estadísticas en la Encuesta Nacional de Salud 2012, en México. Observando que el abandono temprano de la LME, expone al lactante a desarrollar enfermedades, a corto como largo plazo.

Por lo anterior, debe dársele mayor importancia, tanto a la promoción y la estimulación de la madre para que practique la lactancia materna, por lo menos 6 meses posteriores al nacimiento del lactante. Así, surge el interés de realizar este trabajo de investigación desde el punto de vista del médico familiar, en quien podría señalarse como un elemento, primordial para involucrar a la madre, a su pareja y el resto de la familia en fomentar la lactancia materna, informando sobre los beneficios que tiene la lactancia tanto para el lactante, como para la madre. Y sugiriendo alternativas, para que las familias jóvenes, que se encuentran en etapa de extensión, puedan llevar a cabo la lactancia materna exclusiva en forma satisfactoria. Lo que nos daría como resultados no solo mejorar las estadísticas, sino mantener el perfecto equilibrio de la salud familiar.

En la segunda mitad de la década de los ochenta y primera de los noventa la lactancia tuvo un impulso importante en las instituciones públicas de salud, a través de la estrategia de certificación de unidades médicas como "Hospitales

Amigos del Niño y de la Madre”, lo que incrementó sustancialmente el número de niños amamantados. Dicha certificación buscó incorporar la cultura de la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida, mediante información-consejería en las unidades de primer nivel de atención. Dando así, participación al médico familiar, como el primer contacto para abordar el tema de lactancia materna.<sup>22</sup>

### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los factores de abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en las madres de la UMF # 4 IMSS, Chihuahua?



## JUSTIFICACIÓN

Actualmente es más común observar en la consulta externa que las madres abandonan en forma temprana la lactancia materna, por muchos motivos, de los cuales algunos no se justifican para que hubiesen abandonado la lactancia materna, entre los cuales se mencionan los siguientes: el Recién Nacido no acepto el seno materno, no produjo suficiente leche, había dolor, resfrió común, regreso a laborar, etc.

En lo investigado el porcentaje de niños que inició el proceso de amamantamiento muestran una incidencia de 85.7 en Chihuahua, comparada con 90.0 por ciento del ámbito nacional, según la ENADID 1997. Y se observa que dicha incidencia se mantuvo alta, de acuerdo a la ENADID, 2009, con cifras mayores a 82 por ciento o más en todos los grupos poblacionales.<sup>22</sup>

Doce años después, el porcentaje que inicia la lactancia se incrementa en Chihuahua, con 85.9 por ciento según la ENADID 2009, tal incidencia sigue siendo menor al dato nacional de 90.8.

Condiciones socioeconómicas menos favorables marca una diferencia en Chihuahua entre áreas rurales y urbanas; en este sentido, para las áreas rurales el valor en 2009 fue de 90.3 por ciento, dato que es mayor al 85.2 por ciento de las urbanas.

En el estado se observa un aumento en el tiempo de lactancia: el tiempo medio pasó de 5.2 a 5.5 meses y la mediana de 2.8 a 3.1 entre 1997 y 2009.

Estos datos están muy por debajo de los observados a nivel nacional donde la media en 2009 fue de 8.3 y la mediana de 6.2. <sup>22</sup>

En base a las estadísticas anteriores, la sociedad se enfrenta a mayores problemas de salud, que afortunadamente pueden ser prevenibles, con tan solo llevar a cabo la LME. Un ejemplo, es la obesidad infantil, la cual se puede combatir practicando la LME. Es por ello que instituciones de salud, le han dado mayor importancia a la promoción de la LME, al visualizar la magnitud del problema del abandono temprano y las repercusiones que puede tener en la salud.

El problema puede ser resuelto, ya que la población en riesgo, puede ser captada durante el embarazo, momento desde el cual se puede abordar a la mujer gestante y su familia, capacitando en LME y dando continuidad durante el puerperio y control del niño sano.

Todo esto puede ser factible, mediante la intervención del Médico Familiar, en coordinación el personal de enfermería, área de materno infantil y trabajo social.

Desde el punto de vista familiar, se debe buscar el apoyo de pareja para que se lleve a cabo la LME. Informando los múltiples beneficios tanto para el lactante como para la madre.

Finalmente el mayor problema es la privación temprana de los beneficios de la lactancia materna, a los lactantes, que los hacen más susceptibles a corto o largo plazo en la prevención y desarrollo de enfermedades. Y no se olvide también de la privación del vínculo afectivo que proporciona la lactancia materna.

## **HIPÓTESIS DE TRABAJO**

La falta de orientación sobre lactancia materna en la UMF #4 IMSS, en las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia contribuye en el abandono de la lactancia materna exclusiva.

### **OBJETIVO GENERAL.**

Determinar cuáles son los factores de abandono de la lactancia materna exclusiva en la UMF #4 IMSS, Chihuahua.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

Identificar cual factor influye más en el abandono de la lactancia materna exclusiva:

1. Comprobar si el regreso de la madre a laborar o a la escuela influyó en el abandono de la LME.
2. Conocer si la enfermedad de la madre o el hijo, contribuyó en el abandono de la LME.
3. Detectar si la falta de información sobre lactancia materna exclusiva, es determinante en el abandono de la LME.

## **METODOLOGÍA**

### **TIPO DE ESTUDIO**

Se realizó un estudio descriptivo transversal, para encontrar los factores que contribuyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva.

### **POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO**

La población estudiada fueron madres con hijos entre 6 y 24 meses de edad, que ya no estaban lactando, derechohabientes de la UMF # 4 del IMSS de la Cd. Chihuahua, México. En el periodo comprendido entre enero y diciembre del 2013.

### **TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

La muestra fue seleccionada por conveniencia, mediante método no probabilístico, y se incluyeron 164 participantes en el periodo comprendido entre enero – diciembre 2013.

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN (INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN)**

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Se consideraran criterios de inclusión al binomio madre-lactante de 6 a 24 meses de edad, que ya no estén lactando y que hubieran proporcionado al menos un día de lactancia materna exclusiva.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Criterios de exclusión madres que no aceptaran la entrevista.

Madres que aun estén lactando.

#### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

Encuestas incompletas.

## INFORMACIÓN A RECOLECTAR Y VARIABLES A RECOLECTAR

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	TIPO VARIABLE	INDICADOR
<b>LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA</b>	La alimentación del lactante con leche materna de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye el agua	La alimentación del lactante con leche materna de la madre y otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido. No se considerará el agua.	dicotómica	categórica	si y no
<b>ABANDONO</b>	Hace referencia al acto de dejar de lado o descuidar cualquier elemento, persona o derecho que se considere posesión	Se consideró abandono de la LE cuando el Lactante recibió alimentos diferentes a la leche materna, sólidos o semi-sólidos. Datos obtenidos por cuestionario	dicotómica	categórica	si y no
<b>EDAD</b>	Tiempo que ha vivido una persona desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista	dicotómica	numérica de intervalo	menor a 19 años y mayor o igual a 19 años
<b>GENERO</b>	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres	Clasificación de acuerdo a sus características fenotípicas.	dicotómica	nominal	femenino/masculino

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	TIPO VARIABLE	INDICADOR
ORIENTACIÓN	Vinculado al verbo orientar. Esta acción hace referencia a situar una cosa en una posición, a comunicar a una persona aquello que no sabe y que pretende conocer o guiar a un sujeto hacia un objetivo.	Personas que recibieron información sobre lactancia materna antes, durante y posterior al embarazo. Da	dicotómica	categórica	si y no
RELIGION	Creencia o preferencia espiritual que declare la población, sin tener en cuenta si está representada o no por un grupo organizado.	Si tiene alguna creencia o no	dicotómica	categórica	si y no
ESTADO CIVIL	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicos reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto	Si tiene relación personal con la que instituya una familia	dicotómica	categórica	si y no

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	TIPO VARIABLE	INDICADOR
NACIMIENTO	Expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o esté unido a la placenta y que sea de 21 o más semanas de gestación.	Si nació por parto o cesárea	dicotómica	nominal	parto / cesárea
CONTROL	Control, a la aplicación de medidas para la disminución de la incidencia, en casos de enfermedad.	Mujeres que acudieron a consulta en forma mensual para el monitoreo de su embarazo.	dicotómica	categoría	si y no
ESCOLARIDAD	Grado de estudio más alto aprobado por la población de 5 y más años de edad en cualquiera de los niveles del Sistema Educativo Nacional o su equivalente en el caso de estudios en el extranjero. Los niveles son: preescolar o kínder, primaria, secundaria, preparatoria o bachillerato, normal básica, carrera técnica o comercial, profesional y maestría o doctorado	Años aprobados que recibió título		nominal	a. Analfabeta b. Primaria c. Secundaria d. Preparatoria e. Técnica f. Profesional



VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	TIPO VARIABLE	INDICADOR
OCUPACION	Ocupación o Trabajo. Realización de una actividad económica, ya sea de manera independiente o subordinada.	Actividad que realiza la persona a pesar que no reciba dinero a cambio de ello.	dicotómica	nominal	a. Hogar o Ama de Casa b. labora c. Estudia d. Desempleo
EDAD GESTACIONAL	Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio	Duración del embarazo desde la última menstruación hasta el nacimiento		nominal	a. Antes de la Semana 38 de gestación. B. Entre la semana 38 y 42 de gestación.
GUARDERIA	Guardería, al establecimiento que durante la jornada laboral de los padres o tutores proporciona atención integral a niños desde los 43 días de nacido hasta los 6 años de edad.	Lugar donde se cuida a su hijo durante jornada laboral, incluye guardería, casa de familiar, casa de cuidado diario.	dicotómica	categorica	si y no

## **MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.**

Para obtener la información, el autor se encargó de aplicar los cuestionarios sobre lactancia materna, en la sala de espera de la unidad de medicina familiar numero 4, del Instituto Mexicano del Seguro Social en el estado de Chihuahua.

A cada madre se le informó del propósito de la investigación y los beneficios que se pueden obtener de dicha información, así como también se le explicó sobre el consentimiento informado y la confidencialidad de las respuestas que proporcionó.

El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario de 16 preguntas de opción múltiple y dicotómicas, y se marcaron con una pluma la respuesta más adecuada. Dicho cuestionario se aplicó mediante entrevista persona bajo previa autorización, a las madres que contaran con criterios de inclusión y que acudieron a consulta en la Unidad Médica Familiar #4 del IMSS, y que se encontraban en sala de espera o que entraron a consulta.

Previa capacitación se contó con el apoyo de la Asistente médica en algunos casos para realizar dicha entrevista.

Los datos se analizaron en el programa estadístico STATA 9.0 para Windows, (Stata Corp. Stata Statistical Software. Release 9.0 College Station , Tx: stata).

Se realizará un análisis exploratorio para evaluar la cantidad de los registros, posteriormente un análisis univariado y bivariado.

Para las variable medidas de forma cuantitativa se utilizará la prueba de t de Student, para evaluar las diferencias en las variables cualitativas se utilizará la prueba de chi2 o exacta de FISHER.

Se aceptará un valor significativo de p sea menor a 0.05.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

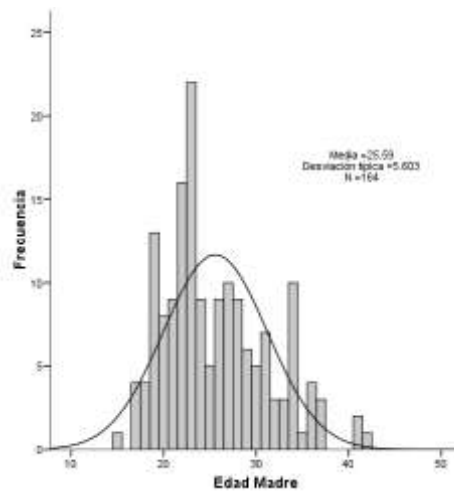
Declaración de Helsinki (1975). En Medicina el consentimiento informado es el procedimiento médico formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente.

## RESULTADOS

En este estudio se investigaron mediante un cuestionario a 164 pacientes que habían dejado la lactancia materna exclusiva y que sus hijos tuvieran entre 6 y 23 meses de edad.

De las pacientes estudiadas la edad mínima fue de 15 años y la máxima de 42 años, con una media, mediana y moda de 25.59, 24 y 23 años respectivamente (Ver Gráfica 1). Esto nos habla de que la mayoría de las pacientes se encuentran en edades apropiadas para su embarazo, pero con los cambios en los estilos de vida las madres ya no tienen tanta disponibilidad para continuar la lactancia.

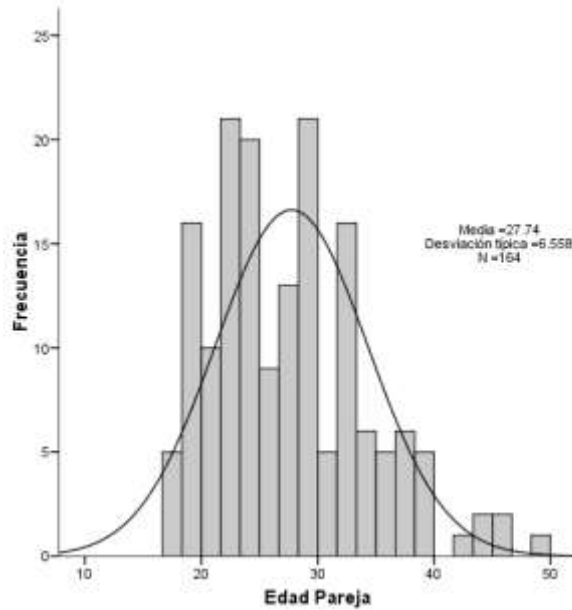
### GRÁFICA 1. HISTOGRAMA PARA EDAD DE MADRES CON ABANDONO DE LACTANCIA ENCUESTADAS



**FUENTE.** Cuestionarios sobre lactancia materna de la UMF #4.

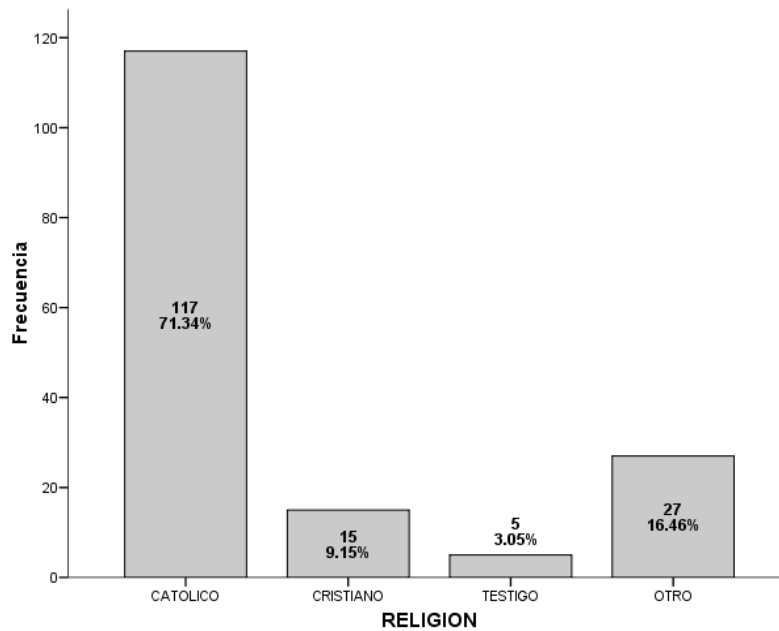
Con respecto a la edad de las parejas de las pacientes, la edad mínima fue de 17 y la máxima de 49 años, con una media, mediana y moda de 27.74, 27 y 25 años respectivamente (Ver gráfica 2).

**GRÁFICA 2. HISTOGRAMA PARA EDAD DE PAREJAS DE MADRES QUE ABANDONARON LACTANCIA MATERNA**



**FUENTE.** Cuestionarios sobre lactancia materna de la UMF #4.

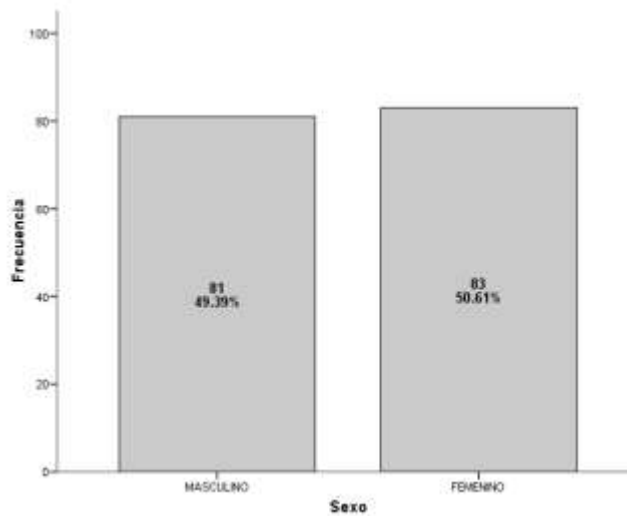
**GRÁFICA 3. RELIGIÓN PACIENTES CON ABANDONO LACTANCIA MATERNA.**



**FUENTE.** Cuestionarios sobre lactancia materna de la UMF #4.

En cuanto a la religión de la persona que contestó el cuestionario, se encontró que 117 (71.34%) eran católicos y 15 (9.15%) cristianos, 5 (3.05%) Testigos de Jehová y 27 (16.46%) de otra religión (Ver gráfica 3).

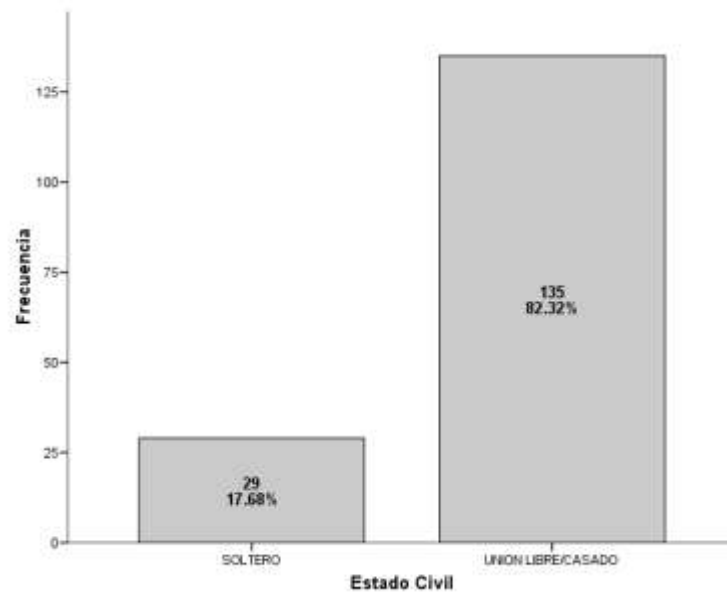
**GRÁFICA 4. SEXO DE LOS HIJOS DE LAS MADRES QUE CONTESTARON CUESTIONARIO.**



**FUENTE.** Cuestionarios sobre lactancia materna de la UMF #4.

También se investigó el sexo de los hijos de las madres que contestaron el cuestionario, encontrándose que 81 (49.39%) fueron hombres y 83 (50.61%) mujeres.

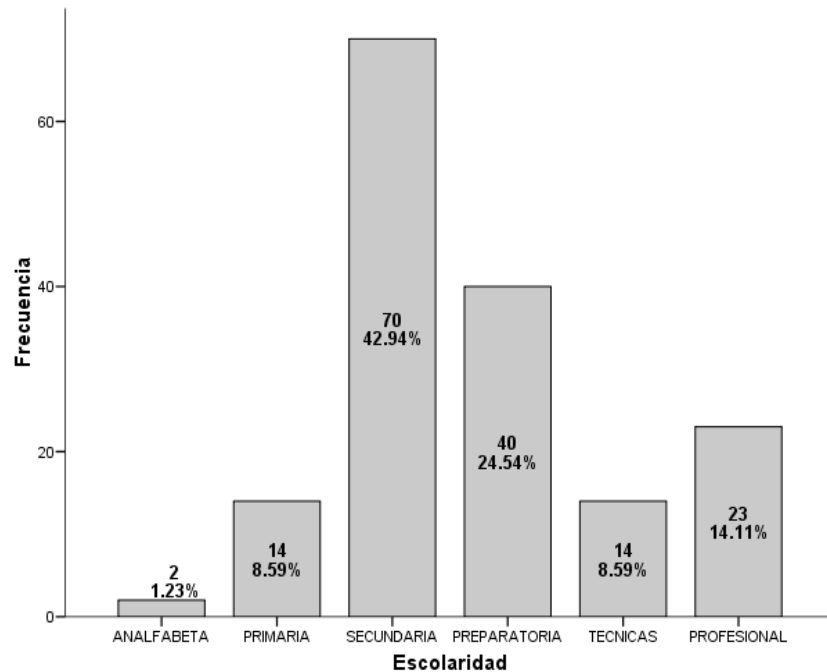
### GRÁFICA 5. ESTADO CIVIL DE LOS PADRES ENCUESTADOS



**FUENTE.** Cuestionarios sobre lactancia materna de la UMF #4.

Se investigo el estado civil de los padres encuestados, encontrándose que 135 (82.32%) estaban casados o vivían en unión libre y 29 (17.68%) solteros (Ver gráfica 5).

## GRÁFICA 6. ESCOLARIDAD PADRES ENCUESTADOS.

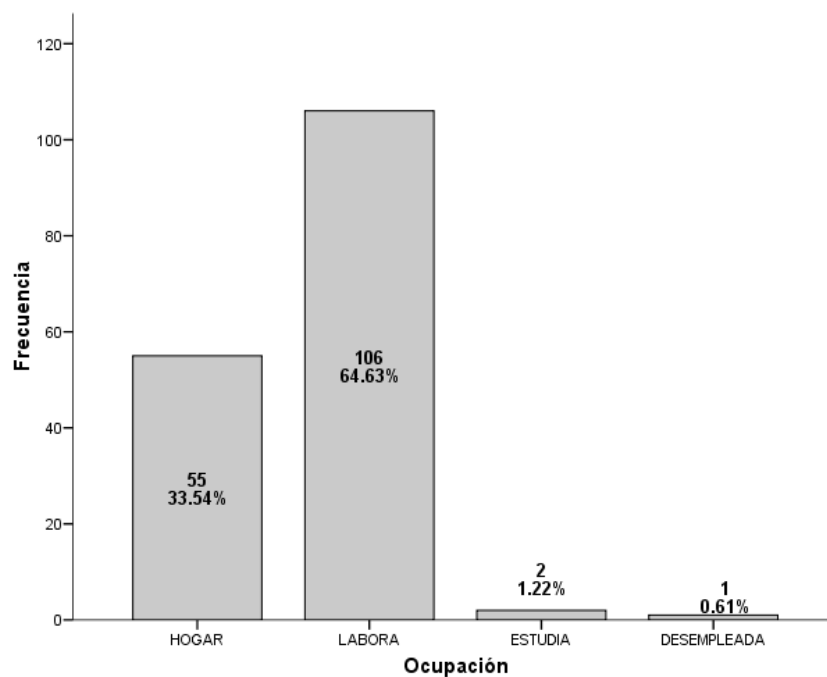


**FUENTE.** Cuestionarios sobre lactancia materna de la UMF #4.

De acuerdo a la persona que fue entrevistada, 70 (42.94%) pacientes terminaron la secundaria, 40 (24.54%) la preparatoria, 23 (14.11%) profesional, llamando la atención que 2 (1.23%) eran analfabetas (Ver gráfica 6). Este es un punto importante ya que como todos tienes grado escolar bajo tienes mayor riesgo de abandono de la lactancia. **Gráfica 6.**



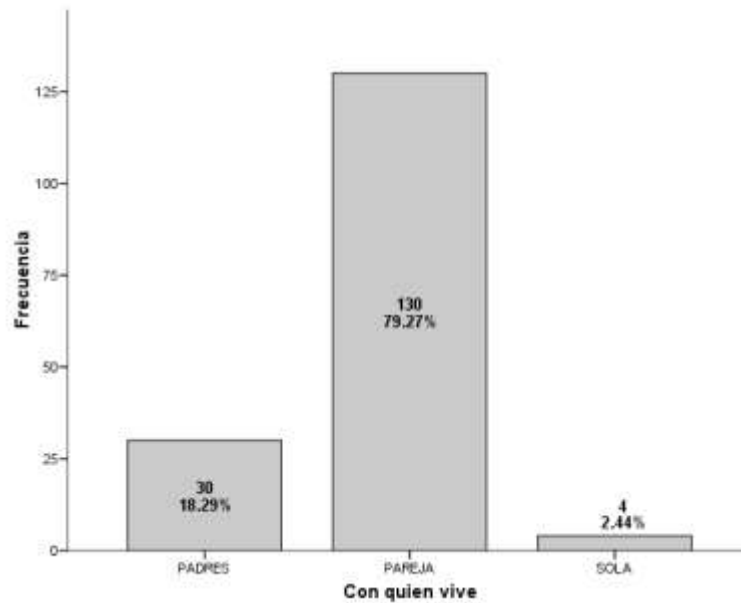
### GRÁFICA 7. OCUPACIÓN PADRES ENCUESTADOS.



**FUENTE.** Cuestionarios sobre lactancia materna de la UMF #4.

En cuanto a la ocupación, encontramos que 106 (64.63%) trabajaban, 55 (33.54%) de los encuestados se dedicaban al hogar, 2 (1.22%) estudiaban y 1 (0.61%) estaban desempleados. Gráfica 7.

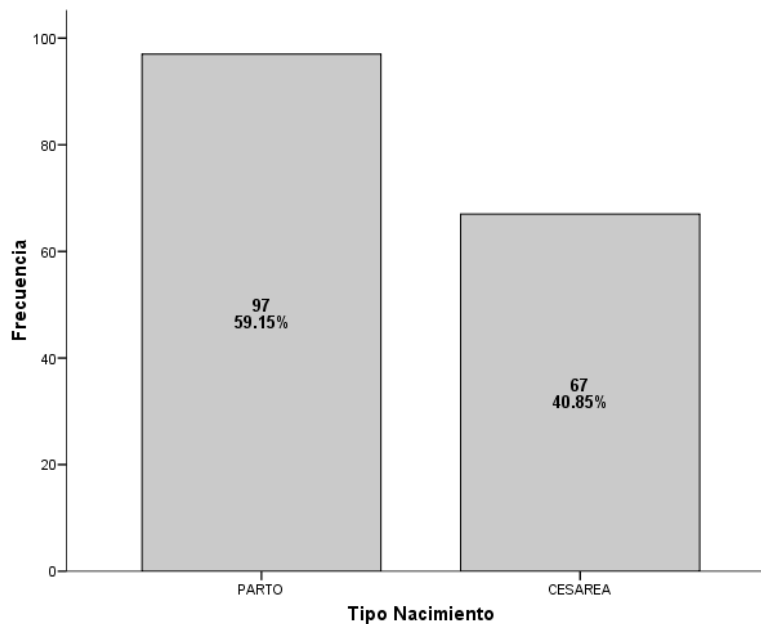
### GRÁFICA 8. MADRE ENCUESTADA CON QUIEN VIVE.



**FUENTE.** Cuestionarios sobre lactancia materna de la UMF #4.

En el cuestionario se investigó con quien vivía la madre, encontrándose que 130 (79.27%) de las pacientes vivían con su pareja, 30 (18.29%) con sus padres y 4 (2.44%) solas (Ver gráfica 8).

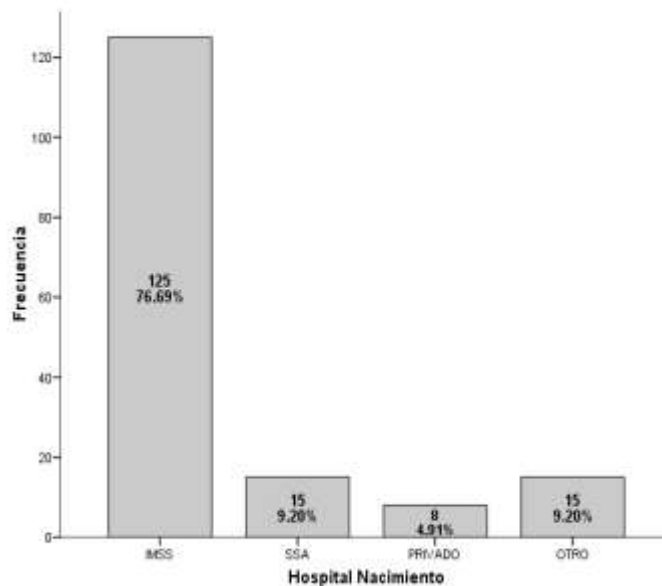
### GRÁFICA 9. TIPO NACIMIENTO PRODUCTO



**FUENTE.** Cuestionarios sobre lactancia materna de la UMF #4.

En cuanto al tipo de nacimiento 97 (59.15%) pacientes tuvieron parto natural, mientras que 67 (40.85%) por cesárea (Ver gráfica9).

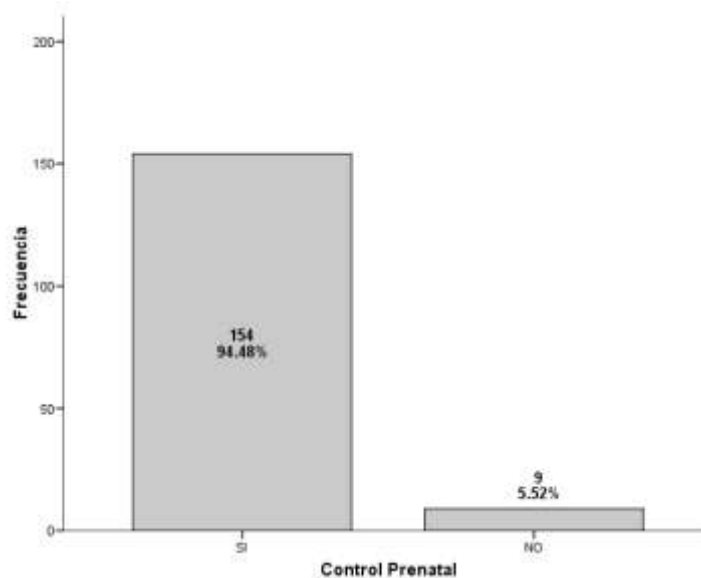
### GRÁFICA 10. HOSPITAL DONDE FUERON ATENDIDAS LAS PACIENTES.



**FUENTE.** Cuestionarios sobre lactancia materna de la UMF #4.

De acuerdo al hospital de nacimiento, 125 (76.69%) de los pacientes fueron atendidas en el IMSS (Ver gráfica 10).

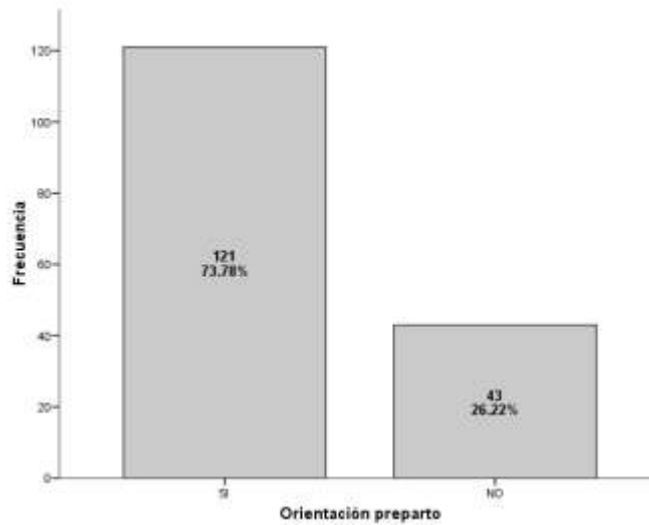
### GRÁFICA 11. CONTROL PRENATAL DE LAS PACIENTES CON ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA.



**FUENTE.** Cuestionarios sobre lactancia materna de la UMF #4.

Las pacientes la mayoría cumplieron con su control prenatal con un 94.48% de las pacientes (Ver gráfica 11).

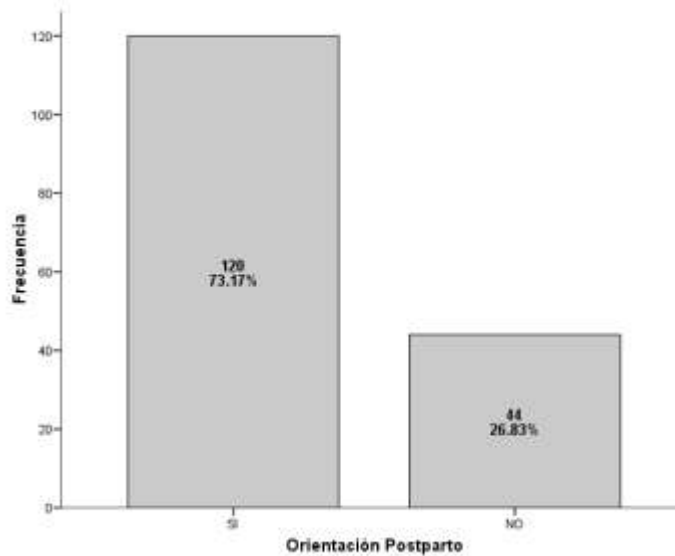
### GRÁFICA 12. MADRES QUE RECIBIERON ORIENTACIÓN PREPARTO.



**FUENTE.** Cuestionarios sobre lactancia materna de la UMF #4.

En cuanto a la orientación preparto que se le dio a las pacientes, se encontró que a 121 (73.78%) de los pacientes si se les dio orientación, y únicamente a 43 (26.22%) no se le dio orientación antes del parto (Ver gráfica 12).

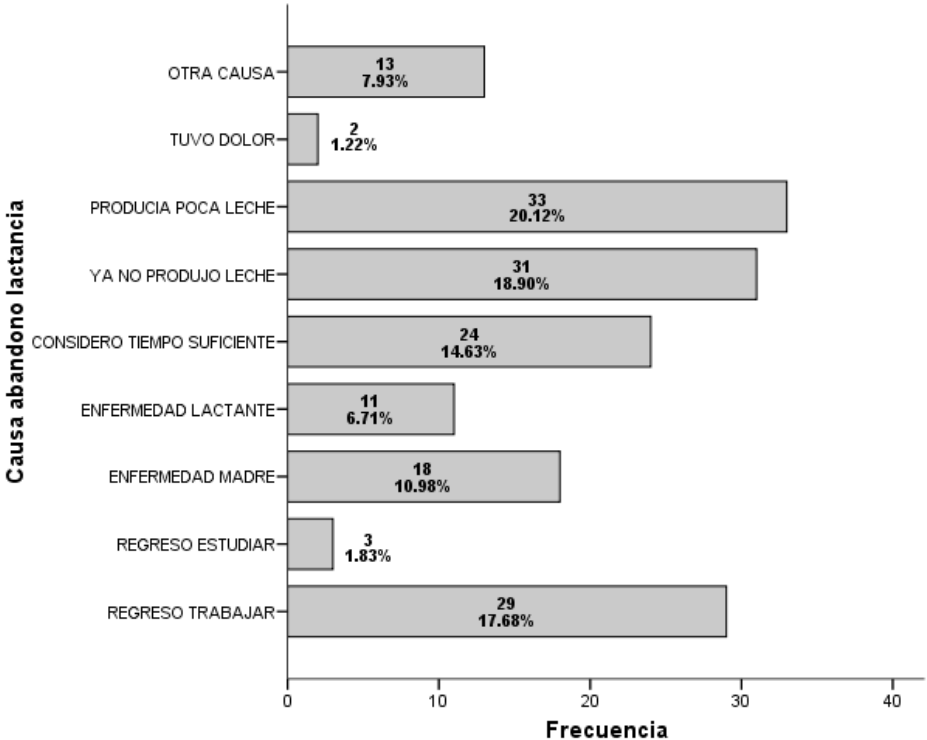
### GRÁFICA 13. MADRE RECIBIÓ ORIENTACIÓN POSTPARTO.



**FUENTE.** Cuestionarios sobre lactancia materna de la UMF #4.

En cuanto a la orientación postparto de las madres, a 120 (73.17%) pacientes se les dio orientación, y a 44 (26.83%) no se les había dado orientación después del parto (Ver gráfica 13).

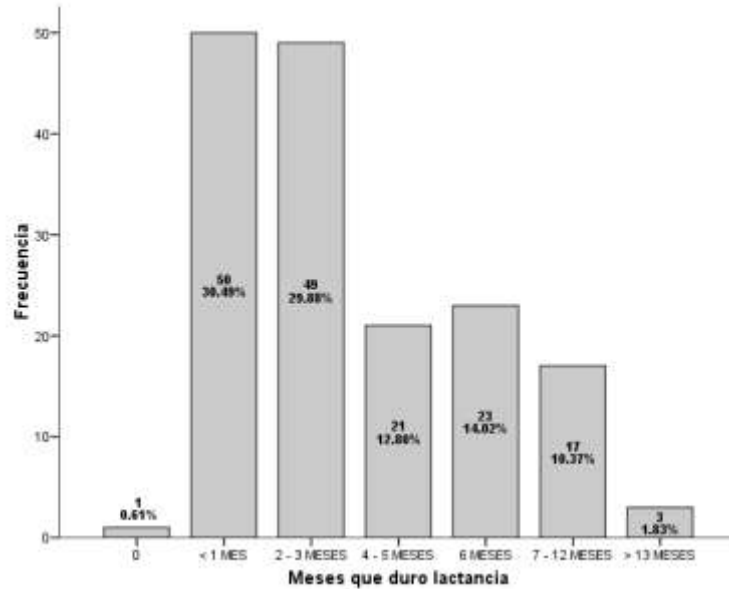
**GRÁFICA 14. CAUSAS DE ABANDONO LACTANCIA**



**FUENTE.** Cuestionarios sobre lactancia materna de la UMF #4.

Se investigaron las causas de abandono de la lactancia en estas pacientes, en las cuales 33 (20.12%) de las pacientes refieren que era por que producían poca leche, 31 (18.90%) por que ya no produjo leche, 29 (17.68%) por que regresaron a trabajar; 18 (10.98%) pacientes dejaron de lactar por que la madre se encontraba enferma. Esta información nos da a conocer que la mayoría de las ocasiones fueron por problemas en la producción de leche o enfermedad tanto de la madre como del lactante representando al 56.71% de la población (Ver gráfica 14)

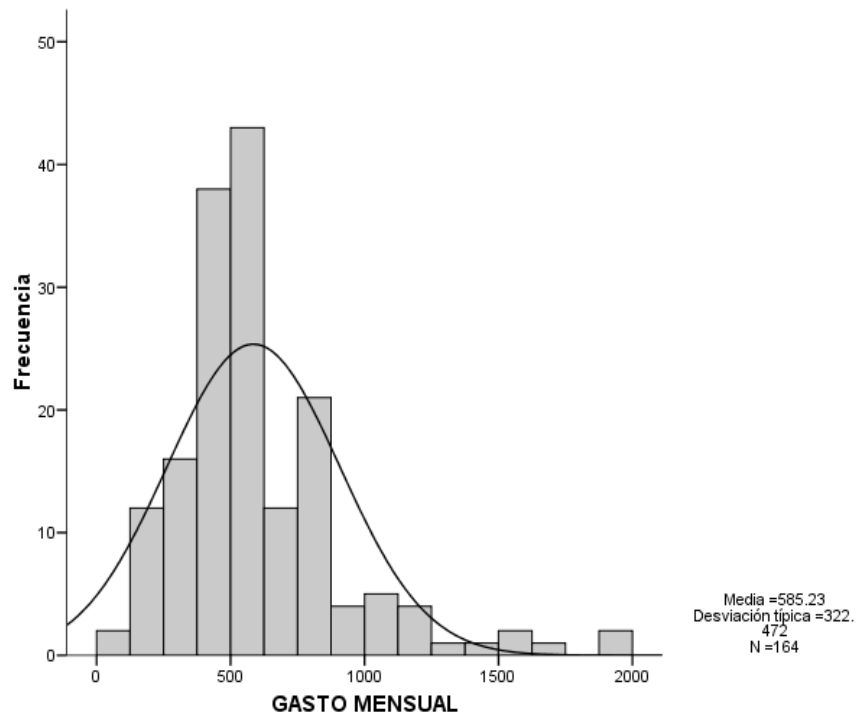
### GRÁFICA 15. MESES QUE MADRE DURO DANDO LACTANCIA



**FUENTE.** Cuestionarios sobre lactancia materna de la UMF #4.

Un dato importante es el tiempo en que se dio lactancia materna, se encontró que 73.38% de las pacientes dieron lactancia por menos de 6 meses, que no es lo adecuado para las madres, ya que se recomienda que mínimo deben de ser 6 meses de lactancia (Ver gráfica 15). Esta información nos da una ventana de oportunidad con el hecho de que puede capacitarse aún más a la madre y fomentar la continuación de la lactancia materna.

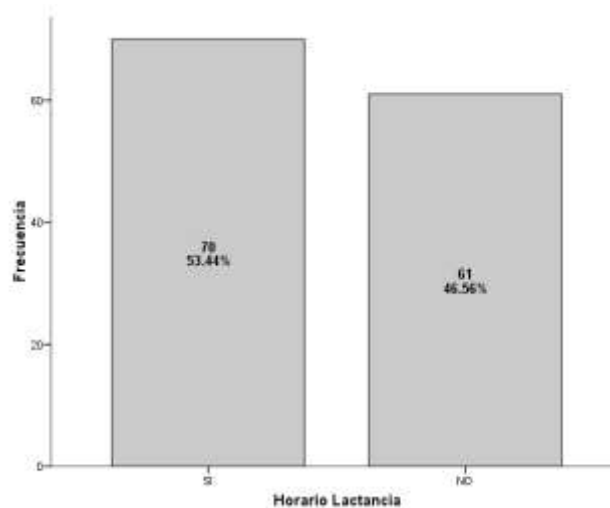
## GRÁFICA 16. HISTOGRAMA DE GASTO MENSUAL PACIENTES



**FUENTE.** Cuestionarios sobre lactancia materna de la UMF #4.

El gasto mensual mínimo fue de 100 pesos y el máximo de 2000, con una media, mediana y moda de 585.23, 500 y 400 pesos respectivamente (gráfica 16).

## GRÁFICA 17. PACIENTES CON HORARIO DE LACTANCIA ESTABLECIDO



**FUENTE.** Cuestionarios sobre lactancia materna de la UMF #4.



Se investigo si las pacientes tienen un horario establecido de lactancia, encontrándose que 70 (53.44%) tienen horario establecido, que es un punto que ayuda a propiciar la lactancia materna (Ver gráfica 17).

<b>FACTOR DE RIESGO</b>	<b>LME &lt; 6 MESES n, (%)</b>	<b>LME &gt;6 MESES n, (%)</b>	<b>Chi cuadrado (p)</b>	<b>RMP, (IC95%)</b>
<b>ESTADO CIVIL</b> Soltera Casada/Unión libre	22, (18.2) 99, (81.8)	7, (16.3) 36, (83.7)	0.079, (0.779)	1.14, (0.45-2.9) 1
<b>ESCOLARIDAD</b> Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Técnica Profesional	1, (0.8) 11, (9.2) 50, (41.7) 30, (25) 12, (10) 16, (13.3)	1, (2.3) 3, (7) 20, (46.5) 10, (23.3) 2, (4.7) 7, (16.3)	2.20, (0.82)	0.72, (0.18-2.95) 1.13, (0.77-1.66) 1.03, (0.75-1.40) 1.08, (0.78-1.49) 1.23, (0.87-1.74) 1
<b>OCUPACIÓN</b> Ama de casa Labora Estudia Desempleada	41, (33.9) 77, (63.6) 2, (1.7) 1, (0.8)	14, (32.6) 29, (67.4) 0, (0) 0, (0)	1.147, (0.766)	0.97, (0.80-1.18) 1.34, (1.15-1.57) 1.34, (1.15-1.57) 1
<b>NACIO EN</b> IMSS SSA Priv/Otro	91, (75.8) 12, (10) 17, (14.2)	34, (79.1) 3, (7) 6, (13.9)	0.357, (0.837)	1.10, (0.83-1.45) 1.02, (0.78-1.32) 1

**Tabla 1.** Análisis bivariado de Factores de Riesgo asociadas con el tiempo de lactancia materna exclusiva.

En el estudio se encontró que de las que tienen LME < 6 meses 81.8% y de las que tenían LME > 6 meses 83.7% eran casadas o en unión libre. Las mujeres solteras tienen 14% más riesgo de lactar menos de seis meses que las casadas, no siendo esta asociación estadísticamente significativa, con intervalos de confianza imprecisos ya que atraviesan la unidad (Ver tabla 1 y gráfica 18).

De las que tuvieron LME < 6 meses el 41.7% y de las que tuvieron LME > 6 el 46.5% estudiaron hasta secundaria. El ser analfabeta es un factor protector para no amamantar al lactante, las madres que solo estudiaron primaria tienen 13% riesgo de LME menos de 6 meses, las que estudiaron secundaria 3% más riesgo, prepa 8% más riesgo y técnica 23% más riesgo de LME (Ver tabla 1 y gráfica 19).

Los que laboran tienen factor protector para amamantar por < 6 meses, las pacientes que estudian y desempleadas tienen 34% riesgo de amamantar < 6 meses, no siendo esta asociación estadísticamente significativa (Ver tabla 1).

De las que tuvieron LME < 6 meses el 75.8% y de las que tuvieron LME > 6 el 79.1% sus hijos nacieron en el IMSS. Las pacientes que sus hijos nacieron en SSA tienen 10% más riesgo de amamantar < 6 meses que las que nacieron en el IMSS, mientras que los que nacieron en hospital privado y otros tienen 2% riesgo en comparación con los que nacieron en IMSS; no siendo esta asociación estadísticamente significativa (Ver Tabla 1 y gráfica 20).

CARACTERÍSTICAS	LME < 6 MESES n, (%)	LME > 6 MESES n, (%)	Chi cuadrado (p)	RMP, (IC95%)
<b>CONTROL PRENATAL</b>				
Si	113, (94.2)	41, (95.3)	0.085, (0.771)	1 0.79, (0.16-3.95)
No	7, (5.8)	2, (4.7)		
<b>ORIENTACIÓN LME PRENATAL</b>				
Si	88, (72.7)	33, (76.7)	0.265, (0.607)	1 0.81, (0.36-1.82)
No	33, (27.3)	10, (23.3)		
<b>ORIENTACIÓN LME POSNATAL</b>				
Si	86, (71.1)	34, (79.1)	1.033, (0.309)	1 0.65, (0.28-1.50)
No	35, (28.9)	9, (20.9)		

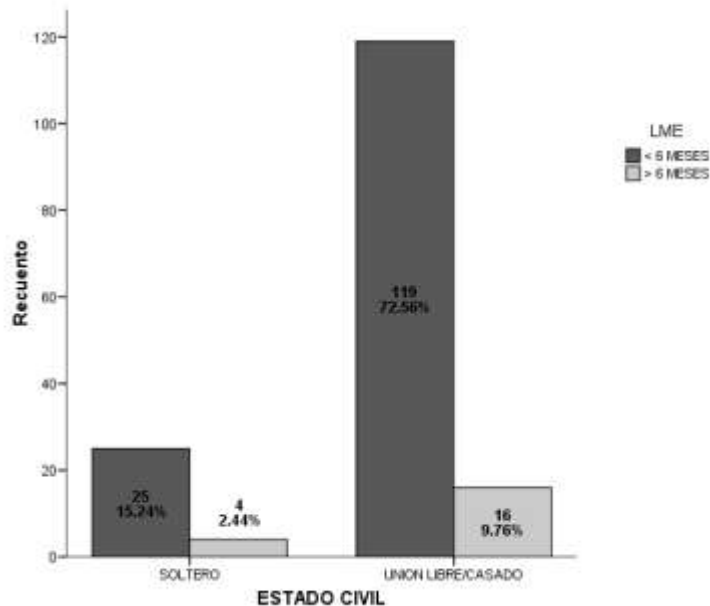
**Tabla 2.** Análisis bivariado de control prenatal y orientación LME asociadas con el tiempo de lactancia materna exclusiva.

De las que tuvieron LME < 6 meses el 94.2% y de las que tuvieron LME > 6 el 95.3% tuvieron control prenatal. De las que tuvieron LME < 6 meses el 72.7% y de las que tuvieron LME > 6 el 76.7% tuvieron orientación LME prenatal. De las que tuvieron LME < 6 meses el 71.1% y de las que tuvieron LME > 6 el 79.1% tuvieron orientación LME postnatal (Ver gráfica 21, 22 y 23).

Las pacientes sin control prenatal tienen un factor protector para LME <6 meses esto es explicado por el tamaño de la muestra. Las pacientes sin orientación prenatal dice que es protector, al igual que en el anterior, se explica lo mismo aumentar tamaño muestra (Ver Tabla 2).

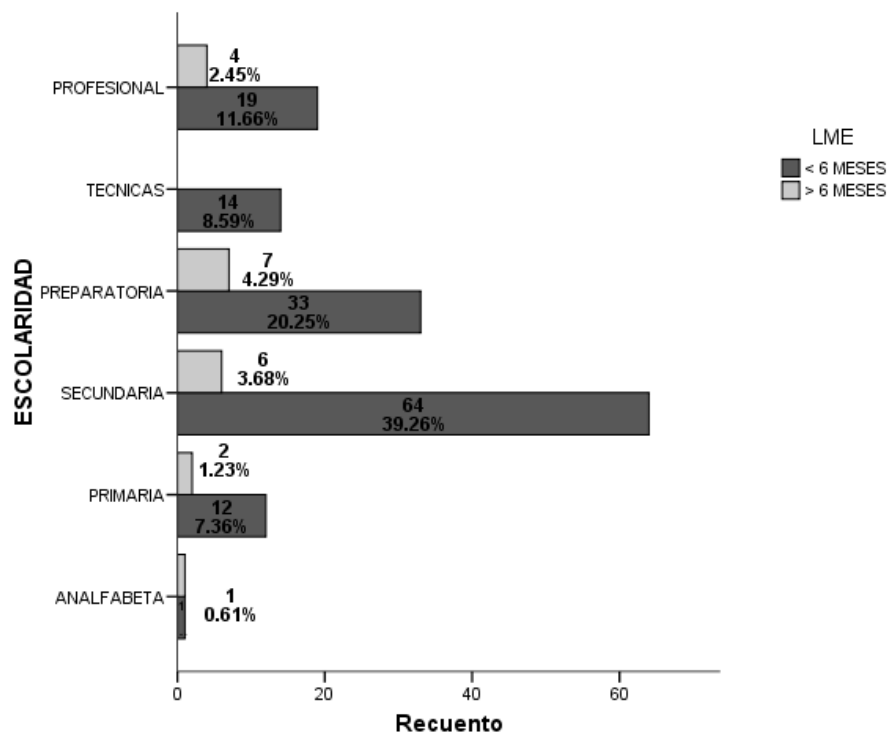
Las pacientes que tienen orientación posnatal es protectora para LME < 6 meses, se explica lo mismo que en el anterior (Ver Tabla 2).

**GRÁFICA 18. ASOCIACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL Y LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.**



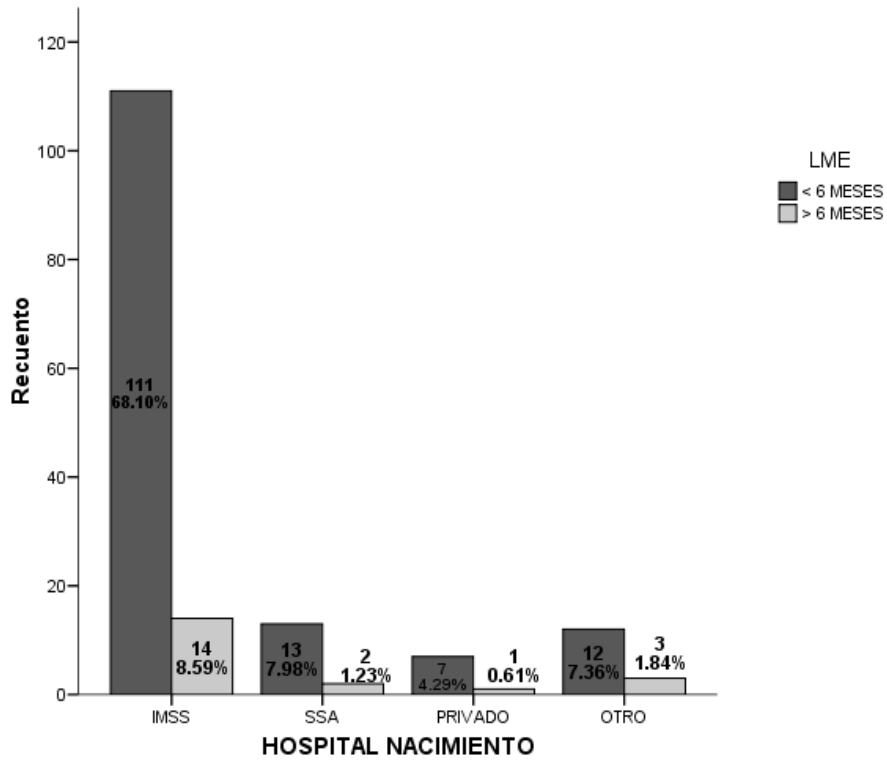
**FUENTE.** Cuestionarios sobre lactancia materna de la UMF #4.

**GRÁFICA 19. ASOCIACIÓN ENTRE ESCOLARIDAD Y LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.**



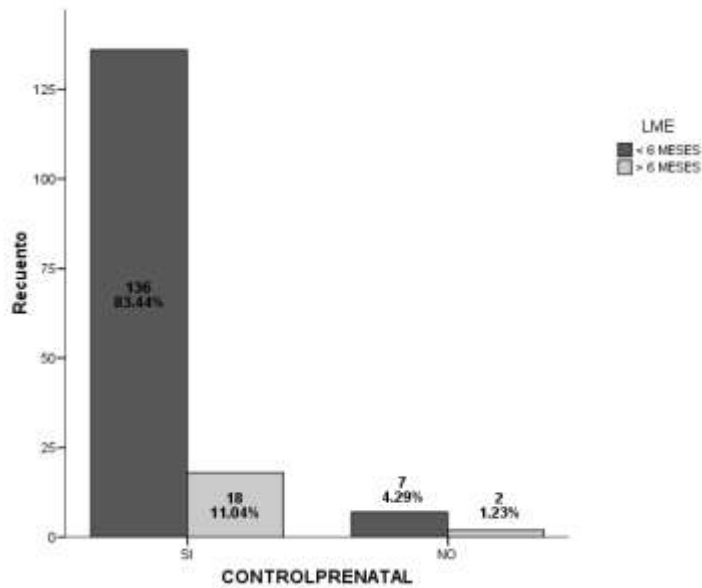
**FUENTE.** Cuestionarios sobre lactancia materna de la UMF #4.

**GRÁFICA 20. ASOCIACIÓN ENTRE HOSPITAL DE NACIMIENTO Y LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA**



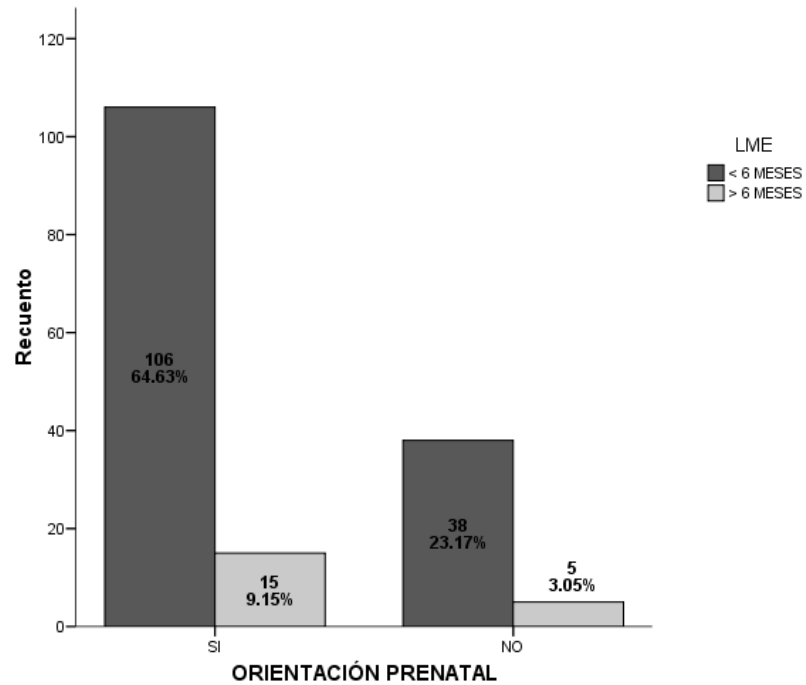
**FUENTE.** Cuestionarios sobre lactancia materna de la UMF #4.

**GRÁFICA 21. ASOCIACIÓN ENTRE CONTROL PRENATAL Y LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.**



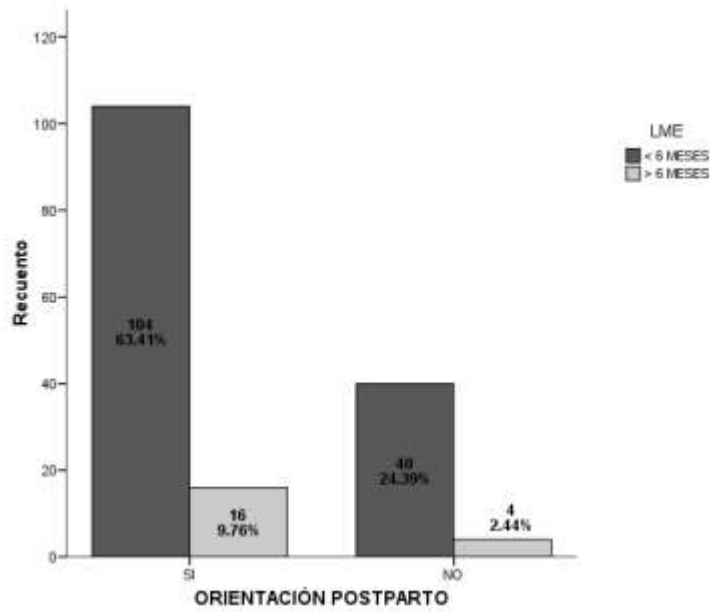
**FUENTE.** Cuestionarios sobre lactancia materna de la UMF #4.

**GRÁFICA 22. ASOCIACIÓN ENTRE ORIENTACION PRENATAL Y LACTANCIA MATERNA**



**FUENTE.** Cuestionarios sobre lactancia materna de la UMF #4.

**GRÁFICA 23. ASOCIACIÓN ENTRE ORIENTACION POSPARTO Y LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA**



**FUENTE.** Cuestionarios sobre lactancia materna de la UMF #4.

## **DISCUSIÓN.**

México tiene una tasa de lactancia exclusiva de 33.6%.

Delgado et al. (2006)<sup>8</sup> en su estudio encontraron que tener control prenatal es un factor protector para el abandono de la LME con intervalos imprecisos, lo que concuerda con nuestro estudio. Igualmente Flores et al (2006)<sup>13</sup> en su estudio encontraron la misma información. Los resultados de este estudio corroboran los beneficios de proporcionar una información formal sobre lactancia materna.

Tomando en cuenta que el eje del estudio fue la duración de la lactancia materna, se identificaron dos grupos de lactantes, aquellos a los que se suspendió en forma temprana la lactancia materna (5 meses y menos) y a los que se proporcionó por 6 meses y más.

Flores et al. (2006)<sup>13</sup>, en su estudio encontraron que la ocupación de la madre en labores del hogar, resultó ser un factor protector de la lactancia materna, lo que en nuestro estudio investigamos como referencia y se demostró que el estar desempleada y ser estudiante nos da un 34% riesgo de abandono LME. Aun cuando el presente estudio pudiera tener la limitante de haber interrogado únicamente a las madres que acudieron a consulta y por lo tanto haber dejado fuera a aquellas madres trabajadoras que no hubieran podido traer personalmente a sus hijos a la consulta de medicina familiar, este resultado se ve apoyado por investigaciones realizadas en México por Salazar et al (2009)<sup>9</sup>.

Avalos (2011)<sup>19</sup>, en su estudio, las madres con un nivel de preuniversitario o técnico medio, influyeron de forma positiva en la lactancia, ya que dicho nivel cultural le facilita a la madre una mayor comprensión de la necesidad de mantener una lactancia materna prolongada para el bienestar de su hijo. Sin dudas cualquier actividad de promoción de salud, incluidas aquellas en relación con la lactancia, tienen un terreno más fértil en aquellas madres que tienen mayor nivel cultural. Lo que corresponde con este estudio en el que mientras más grado de estudio más apego a la LME.



A pesar de que hace años se aplican programas con el objetivo de promover la LME, como la implantación de la iniciativa "Hospitales Amigos de la Madre, el Niño y la Niña", que estimulan la lactancia desde el control prenatal y la atención hospitalaria, hasta el fomento y la protección del amamantamiento en los consultorios de atención primaria, donde se continúa el cuidado del binomio madre-hijo, estos no resultan suficientes.

Según la ENSANUT 2012, en México, los 3 principales motivos para nunca amamantar en las mujeres de 12 a 49 años, madres de niños menores de 24 meses fueron: 1) No tuve leche. 2) Madre enferma 3) El bebé no quiso. Encontrando en nuestro trabajo resultados muy similares. 21

El médico familiar debe involucrarse más afondo en la capacitación de la lactancia materna exclusiva, principalmente en aquellas nuevas familias que están en la etapa de expansión.

Es importante que el médico familiar le dé continuidad, al fomento de la LME, posterior al término de la gestación, durante las etapas de puerperio y control del niño sano, ya que tiene la oportunidad de reforzar, esta beneficiosa práctica y así proteger la salud, durante esta primera etapa.

También dentro de las instituciones buscar apoyo, con áreas como enfermería, trabajo social, y materno infantil.

## CONCLUSIONES.

La hipótesis es contundente en cuando que la orientación sobre lactancia materna en la UMF #4 IMSS, influye en el abandono o persistencia de la lactancia materna.

Las mujeres solteras tienen 14% más riesgo de lactar menos de seis meses que las casadas. Los que laboran tienen factor protector para amamantar por < 6 meses, las pacientes que estudian y desempleadas tienen 34% riesgo de amamantar < 6 meses.

Las pacientes que tienen orientación posnatal es protectora para LME < 6 meses, se explica lo mismo que en el anterior.

Las pacientes que sus hijos nacieron en SSA tienen 10% más riesgo de amamantar < 6 meses que las que nacieron en el IMSS, mientras que los que nacieron en privado y otros tienen 2% riesgo en comparación con los que nacieron en IMSS.

Los resultados de este estudio revelaron, que predominaron las madres que lactaron menos de 6 meses, por lo que es necesario incrementar las acciones de salud que refuercen la confianza en las madres y las familias en la lactancia, con vistas a fortalecer los factores protectores de la lactancia materna y erradicar el motivo más frecuente del destete precoz sustentado por el criterio de las madres: que era insuficiente la producción y obtención de leche.

Importante mencionar que en la actualidad la mujer también trabaja, y fue el tercer factor por lo cual se abandona la lactancia materna tempranamente, a pesar que reúnan las demás condiciones favorables para amamantar.

Se recomienda que el médico familiar, intervenga en forma temprana en la capacitación sobre lactancia materna, y sugiera el uso de las redes de apoyo,

que le permitan llevar a cabo una lactancia materna, en forma saludable y satisfactoria, tanto para la madre y su hijo, y en consecuencia para la familia. Es así, que el contar con una lactancia materna durante más de 6 meses, favorece a un mejor costo beneficio, disminuyendo la morbimortalidad.

Los hallazgos de este trabajo no solo se recomiendan para el área de Medicina familiar, sino también para especialidades fuera del primer nivel de atención, como lo son: Ginecología, Epidemiología, Pediatría, entre otras, y que en conjunto intervienen estratégicamente, para el fomento de la LME.

## REFERENCIAS

1. Quezada-Salazar C, Delgado-Becerra A, Arroyo-Cabrales L, Díaz-García M. Prevalencia de lactancia y factores sociodemográficos asociados en madres adolescentes. *Boletín Médico Del Hospital Infantil De México* 2008 Enero; 65(1): 19-25.
2. Situación de la Lactancia Materna. Factores Condicionantes. *Informe Medico* 2006 Noviembre; 8(11): 525-533.
3. Alzate-Meza M, Arango C, Castaño-Castrillón J, Henao-Hurtado A, Lozano-Acosta M, Vallejo-Chávez S, et al. Lactancia materna como factor protector para enfermedades prevalentes en niños hasta de 5 años de edad en algunas instituciones educativas de Colombia 2009. Estudio de corte transversal. *Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecología*. 2011 Enero; 62(1): 57-63.
4. Girón-Vargas S, Mateus-Solarte J, Cabrera-Arana G. Costos Familiares de Mantener y Abandonar la Lactancia Exclusiva en el Primer Mes Posparto. *Revista De Salud Pública*. 2009 Junio; 11(3): 395-405.
5. Rodríguez-García J, Acosta-Ramírez N. Factores Asociados a la Lactancia Materna Exclusiva en Población de Áreas Urbanas de Colombia. *Revista De Salud Pública*. 2008 Enero; 10(1): 71-84.
6. Diaz S, Aparicio M. Conocimientos y prácticas que poseen las madres sobre la lactancia materna exclusiva y el destete temprano en menores de seis meses. *Crea Ciencia* 2005 Junio; 16-19.
7. Palafox M, Ortega M. Lactancia materna exclusiva. *Revista De La Facultad De Medicina De La UNAM*. 2007 Julio; 50(4): 174-178.
8. Delgado-Becerra A, Arroyo-Cabrales L, Díaz-García M, Quezada-Salazar C. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. *Boletín Médico Del Hospital Infantil De México*. 2006 Enero; 63(1): 31-39.
9. Salazar S, Chávez M, Delgado X, Pacheco T, Rubio E. Lactancia materna. *Archivos Venezolanos De Puericultura Y Pediatría*. 2009, Octubre; 72(4): 163-166.

10. Hurtado-Valenzuela J, Sotelo-Cruz N, Williams-Lara C, García-Bojorquez M. Lactancia Materna Exclusiva. Encuesta a 400 madres en el Hospital Infantil del Estado de Sonora. Boletín Clínico Hospital Infantil Del Estado De Sonora. 2006, Abril; 23(1): 15-19.
11. Turnbull-Plaza B, Escalante-Izeta É, Klunder-Klunder M. Papel de las redes sociales en la lactancia materna exclusiva.: Una primera exploración. Revista Médica Del IMSS. 2006 Marzo; 44(2): 97-104.
12. Liliana Londoño Franco Á, Shirley Mejía López M. Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico bajo. Calarcá-Colombia. Revista Gerencia Y Políticas De Salud. 2010 Julio; 9(19): 124-137.
13. Flores-Díaz A, Bustos-Valdés M, González-Solís R, Mendoza- Sánchez H. Factores relacionados con la duración de la lactancia materna en un grupo de niños mexicanos. Archivos En Medicina Familiar. 2006 Enero; 8(1): 33-39.
14. Maldonado J, Pitz P. Lactancia materna. Actualización En Medicina De Familia. 2009 Marzo; 5(3): 159-167.
15. Roig A, Martínez M, García J, Hoyos S, Navidad G, González R, et al. Factors Associated To Breastfeeding Cessation Before 6 Months. Revista Latino-Americana De Enfermagem. 2010 Mayo; 18(3): 373-380.
16. Salazar K, Schwarts J, Pontiles M, Guevara H. Causas del Abandono de la Lactancia Materna. Informe Medico. 2008 Noviembre; 10(11): 35-41.
17. Cardoso K. I, Toso M. P, Valdés L. V, Cerda L. J, Manríquez T. V, Paiva C. G. Introducción Precoz de Sustitutos de Lactancia Materna e Incidencia de Lactancia Materna Exclusiva al Mes de Vida. Revista Chilena De Pediatría. 2010 Julio; 81(4): 326-332.
18. Perpiñán M, Coquet N, Losada A, Falcón T. ¿Por qué las madres adolescentes abandonan la lactancia materna exclusiva? Revista Cubana De Alimentación Y Nutrición. 2010 Julio; 20(2): 280-286.

19. Avalos González M. Comportamiento de algunos factores biosociales en la lactancia materna en los menores de un año. *Revista De General*. 2011 Julio; 27(3): 323-331.
20. Suárez L, Cosme B. Intervención de enfermería para la capacitación sobre lactancia materna. *Revista Cubana De Enfermería*. 2004 Enero; 20(1): 1.
21. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012. 135-138.
22. Villagómez Ornelas P, Mendoza Victorino D, Valencia Rodríguez JA. Perfiles de Salud Reproductiva Chihuahua. Consejo Nacional de Población. 2011; 61-64.

ANEXO 1

AVANCE (PRIMER AÑO) 2012-2013	MES											
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Pregunta de investigación		X										
Marco teórico			X	X								
Planteamiento del problema					X							
Objetivos, Justificación, hipótesis y diseño						X						
Material y métodos							X					
Planteamiento del análisis estadístico								X				
Bibliografía y anexos								X				
Registro en SIRELCIS y envío al CLIS									X			
Realización de modificaciones										X		
Terminar modificaciones y re-envío al CLIS										X		
Autorización del protocolo por el CLIS											X	
Protocolo autorizado por el CLIS												x

ANEXO 2

AVANCE (SEGUNDO AÑO) 2013-2014	MES											
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Recopilación de datos (12.5 %)		X										
Recopilación de datos (25.0 %)			X									
Recopilación de datos (37.5 %)				X								
Recopilación de datos (50.0 %)					X							
Recopilación de datos (62.5 %)						X						
Recopilación de datos (75.0 %)							X					
Recopilación de datos (87.5 %)								X				
Recopilación de datos (100.0%)										X		
Elaboración de base de datos										X		
Análisis estadístico												X
Interpretación de resultados y conclusiones												X



ANEXO 3

AVANCE (TERCER AÑO) 2014-2015	MES											
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Redacción de la tesis (12.5 %)	X											
Redacción de la tesis (25.0 %)		X										
Redacción de la tesis (37.5 %)			X									
Redacción de la tesis (50.0 %)				X								
Redacción de la tesis (62.5 %)					X							
Redacción de la tesis (75.0 %)						X						
Redacción de la tesis (100 %)							X					
Envío de la tesis a la UNAM									X			
Realización de modificaciones											X	
Envío de tesis modificada a la UNAM												X
Aceptación por la Universidad												x

ANEXO 4



CUESTIONARIO SOBRE LACTANCIA MATERNA UMF 4.

NOMBRE MADRE \_\_\_\_\_ EDAD MADRE \_\_\_\_\_  
EDAD PADRE \_\_\_\_\_ RELIGIÓN \_\_\_\_\_  
FECHA NACIMIENTO DEL LACTANTE \_\_\_\_\_  
GENERO LACTANTE (M) (F) \_\_\_\_\_  
TELEFONO O CELULAR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_.

ELIJA LA OPCIÓN ADECUADA CON UNA CRUZ

1. Estado civil
  - a. Soltera
  - b. Casada o Unión libre.
2. Vive con :
  - a. Padres
  - b. Pareja
  - c. Sola
3. Qué tipo de nacimiento tuvo:
  - a) Parto
  - b) Césarea
4. Nació en:
  - a. Hospital IMMS
  - b. Hospital de SSA
  - c. Hospital privado
  - d. Otro-----Cual \_\_\_\_\_
5. Llevó control prenatal:
  - a. Si
  - b. No.
6. A las cuantas semanas de embarazo (edad gestacional) nació su hijo:
  - a. Antes de la Semana 38 de gestación.
  - b. Entre la semana 38 y 42 de gestación.
7. Escolaridad
  - a. Analfabeta
  - b. Primaria
  - c. Secundaria
  - d. Preparatoria o Bachillerato
  - e. Técnica
  - f. Profesional.
8. Ocupación

- a. Hogar o Ama de Casa
  - b. Labora
  - c. Estudia
  - d. Desempleada
9. Recibió orientación sobre lactancia materna exclusiva durante su embarazo
- a. Si
  - b. No
10. Recibió orientación sobre lactancia materna exclusiva inmediatamente después del parto
- a. Si
  - b. No
11. Su hijo (a) asiste a guardería, estancia infantil.
- a. Si
  - b. No
12. Cuál fue la causa o factor por el cual dejó de practicar la lactancia materna exclusivamente:
- a. Regreso a trabajar
  - b. Regreso a estudiar
  - c. Enfermedad de la madre
  - d. Enfermedad del lactante
  - e. Considero tiempo suficiente de lactancia
  - f. Ya no produjo nada de leche
  - g. Producía muy poca leche y ya no llenaba al lactante
  - h. Tuvo dolor
  - i. Su pareja ya no le dejó dar leche materna
  - j. Para evitar deformación de los senos.
  - k. Falta de orientación.
  - l. Otra causa... Cual \_\_\_\_\_
13. Si labora, en su trabajo le dan horario especial para que practique la lactancia materna
- a. Si
  - b. No
14. Si ya no está lactando, cuánto gasta al mes en comprar formulas complementarias, aproximadamente \_\_\_\_\_.
15. A los cuantos meses alimento exclusivamente con seno materno
- a. Menos de 1 mes
  - b. De 2 a 3 meses
  - c. De 4 a 5 meses
  - d. De 6 meses
  - e. De 7 a 12 meses
  - f. De más 13 meses.
16. Hasta que edad le hubiese gustado alimentar con seno materno a su hijo (a)
- a. Menos de 3 meses

- b. De 3 a 6 meses
- c. De 6 meses a 9 meses
- d. 9 a 12 meses
- e. Hasta los 2 años.



ANEXO 5



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN  
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.

Lugar y fecha:\_\_\_\_\_.

Por medio de la presente yo:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ autorizo y accedo a  
participar en el protocolo de investigación titulado: **FACTORES DE ABANDONO  
DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LA UMF #4 IMSS,  
CHIHUAHUA.**

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el  
número:\_\_\_\_\_.

El objetivo del estudio es Investigar: Determinar cuáles son los factores de  
abandono de la lactancia materna exclusiva en la UMF #4 IMSS, Chihuahua.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: contestar un cuestionario.

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

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna  
sobre cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le planteo acerca del  
cuestionario y de los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la  
investigación.

Entiendo que tengo el derecho de no contestar el cuestionario en cualquier  
momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica  
que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me  
identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y  
de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma  
confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información  
actualizada que se obtenga durante el estudio.

---

Nombre y firma del paciente  
Dr. Julio Cervantes Nevárez. Investigador responsable del estudio.  
Ced. Prof. 4273268  
Dudas al Celular 6141787729