



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**Predicción de la lactancia materna
con base en el control conductual
percibido.**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Alondra Huerta Ibáñez

JURADO DEL EXAMEN

Directora: Mtra. Karina Serrano Alvarado

Comité: Dra. Ma del Refugio Cuevas Martínez
Dr. Mario Enrique Rojas Russell
Mtro. Ángel Francisco García Pacheco
Lic. Enriqueta Cecilia Rueda Bolaños

Proyecto financiado por PAPIIT IN307916

Ciudad de México

Mayo, 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.

***“Dulce es el fruto de la adversidad,
que, como un sapo feo y venenoso,
lleva en la cabeza una preciosa joya”.***
William Shakespeare.

Agradecimientos

A mi mamá, Paty: Por estar en los días buenos y malos, y en los malos, siempre recibirme en casa con mi comida favorita, extendiendo tus brazos, por apoyarme en las locuras que hago, por darme la vida, por creer en mi cuando ni yo misma lo hacía, mis éxitos te los debo a ti.

A mi papá, Armando: Este éxito es gracias al cariño y a todo el trabajo duro que has realizado para que nada nos faltara, eres la razón por la que siempre he salido del promedio, impulsándome a hacer bien las cosas, a ser responsable, a salir de mi zona de confort, por confiar en mis capacidades y llevarme al límite para ser de las mejores.

A mi hermana, Almendra: Por caminar a mi lado estos años, por defenderme de las personas que me han querido hacer daño, por exigirme ser de las mejores, te quiero.

A mi hermano, Yohan: Gracias por llenar nuestras vidas de alegría, por consolarme cuando tengo un mal día. Puedes hacer cosas maravillosas, eres ese milagro que nos “cayó del cielo”.

A Mario Rojas: Por darme la oportunidad de pertenecer a su equipo de trabajo, por todo lo que me enseñó en mi formación académica, por mostrarme, lo que será, mi área de trabajo, en definitiva, ha sido mi mayor ejemplo a seguir como profesionalista, toda mi admiración y respeto.

A Karina: Por todo lo que me enseñaste durante el proceso, por la paciencia, por dar parte de tu vida a nuestra formación profesional, por las pláticas y el tiempo invertido a este proyecto.

A Sol: Por apoyarme en mi educación, por fortalecer mi amor por los libros, por motivarme a seguir estudiando.

A LuisMi: Por ser mi compañero y amigo, por motivarme y no permitir que las malas experiencias impidieran que pudiera llegar a este momento, por los consejos, por aguantarme en los días malos y darme tu amor, comprensión y ternura, por hacerme ser la mejor versión de mí misma, por la competencia para presionar mi titulación, por acompañarme en los trámites administrativos y, lo más importante, por creer en mi.

A Beto: Desde el día en que te conocí en el cubículo te convertiste en mi guía, gracias por ayudarme desde el día uno, por escucharme y aconsejarme, por tu amistad, y por tener la paciencia para explicarme y hacerme mejor profesionista.

A Fer Castillo: Por acompañarme desde la prepa, por ser mi amiga incondicional, por escucharme y no dejar que nada me detuviera para llegar a este momento.

Al team lactancia: por hacer divertida mi estancia en el proyecto y por crecer académicamente juntos.

A Refugio Cuevas, Ángel García y Enriqueta Rueda: por el tiempo y dedicación que invirtieron en mi tesis para mejorarla.

Al proyecto PAPIIT, la UNAM y la FES Zaragoza.

RESUMEN	5
CAPÍTULO 1. LACTANCIA MATERNA.....	6
1.1 EPIDEMIOLOGÍA EN MÉXICO	6
1.2 DEFINICIÓN DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.....	7
1.3 COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA	7
1.4 BENEFICIOS DE LA LME.....	8
1.4.1 <i>Beneficios de la LME para el niño</i>	9
1.4.2 <i>Beneficios de la LME en la madre</i>	10
1.5 MODELO DE DETERMINANTES DE LA LACTANCIA MATERNA.....	11
1.6 DETERMINANTES CULTURALES DE LA LACTANCIA MATERNA.....	13
CAPÍTULO 2. BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA LACTANCIA MATERNA.....	14
3.1 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	14
3.2 FACTORES BIOFÍSICOS	16
3.3 FACTORES PSICOSOCIALES.....	17
CAPÍTULO 3. TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANEADA	22
4. CONTROL CONDUCTUAL PERCIBIDO Y LACTANCIA MATERNA	26
CAPÍTULO 5. JUSTIFICACIÓN.....	29
CAPÍTULO 6. MÉTODO.....	33
6.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	33
6.2 PARTICIPANTES.....	33
6.3 ESCENARIO.....	33
6.4 VARIABLES DE ESTUDIO	34
6.4.1 <i>Definición conceptual</i>	34
6.4.2 <i>Definición operacional</i>	35
6.5 INSTRUMENTOS.....	35
6.6 PROCEDIMIENTO	36
6.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	37
CAPÍTULO 7. RESULTADOS.....	39
CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	45
FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL ESTUDIO.....	48
7.1 CONCLUSIONES	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXO 1.....	61
ANEXO 2.....	62
ANEXO 3.....	63
ANEXO 4.....	64
ANEXO 5.....	66
.....	66

Predicción de la lactancia materna con base en el control conductual percibido.

Resumen

Objetivo: Analizar el control conductual percibido durante el embarazo como predictor del tipo de alimentación en una muestra de mujeres embarazadas participantes en una cohorte de estudio.

Método: Se utilizó un diseño longitudinal. La muestra fue de 137 mujeres, usuarias de dos centros de salud de la Ciudad de México. Se aplicaron instrumentos para medir las variables de interés durante el embarazo, y se diseñó un cuestionario ex-profeso para la evaluación de seguimiento una vez ocurrido el parto. La variable dependiente fue el tipo de alimentación, la variable independiente fue el control conductual percibido, por último, se consideraron como variables confusoras los factores biofísicos, sociodemográficos y psicosociales. **Resultados:** Se identificó mediante un análisis de mediación con ecuaciones estructurales, asociaciones significativas entre el tipo de alimentación y la dificultad para amamantar en público y las complicaciones del bebé secundarias al parto. **Conclusiones:** La dificultad para amamantar y la complicación médica del bebé secundaria al parto, pueden ser predictores del tipo de alimentación que eligen las madres. Los resultados son de utilidad para el diseño de intervenciones dirigidas a la promoción de la lactancia materna.

Capítulo 1. Lactancia materna

1.1 Epidemiología en México

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), indica que las prácticas de lactancia están muy debajo de los seis meses de lactancia materna exclusiva recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Poco más de un tercio de los niños son puestos al seno en la primera hora de vida, y solamente el 14.4% de los niños de seis meses reciben lactancia materna exclusiva. Se observa un importante decremento en la práctica de la lactancia materna en el medio rural ya que del 2006 al 2012 bajó de 36.9% a 18.5%.

De entre las naciones integradas al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), México es la segunda nación del mundo, donde cada vez un menor número de mujeres alimentan a sus hijos del pecho y sólo dos de cada diez menores de seis meses tienen, como alimentación exclusiva, la leche materna; así mismo México presenta el menor índice de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida con el 14%, en comparación de países como Perú con 68%, Bolivia con 60% y Uruguay con 57% (OPS-OMS, 2014).

Según la Organización Mundial de la Salud (2017), en México por término medio sólo aproximadamente un 36% de los lactantes de 0 a 6 meses recibieron lactancia exclusivamente materna durante el periodo de 2007-2014.

1.2 Definición de Lactancia Materna Exclusiva

La Organización Mundial de la Salud (2016) define la lactancia materna exclusiva (LME), como la alimentación del lactante únicamente con leche materna; ya sea de la madre o de una nodriza, sin líquidos ni sólidos. Se recomienda que los lactantes deben recibir lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos.

La OMS y el UNICEF (Organización Mundial de la Salud, 2017) recomiendan:

- Inicio inmediato de la lactancia materna en la primera hora de vida;
- Lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida;
- Introducción de alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados a partir de los seis meses, continuando la lactancia materna hasta los dos años o más.

1.3 Composición de la leche materna

La leche materna contiene todos los nutrimentos indispensables para el bebé, es decir, proteínas, grasas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales. Es la continuación natural de la alimentación que el bebé recibió en el vientre materno, y por lo tanto, no representa un cambio drástico en la dieta del niño (Amador, 2004).

Durante la lactancia, la leche materna sufre transformaciones, existen tres tipos de leche: calostro, leche inicial y leche madura.

En la etapa final del embarazo y en los primeros días después del parto se produce el calostro es un líquido de alta densidad y bajo volumen, con un adecuado aporte de nutrientes. Es de color amarillo y

espeso, rico en anticuerpos, vitamina A, proteínas y enzimas. Es purgante y protege al recién nacido contra infecciones y alergias. Asimismo, ayuda a madurar el intestino del bebé y previene enfermedades oculares. A esta leche inicial le sigue una de transición, rica en proteínas, minerales, lactosa y grasas. Por último, aparece la leche definitiva o madura, que se produce aproximadamente en la tercera semana después del parto, posee un mayor contenido de lactosa y grasa y es baja en concentración de proteínas (UNICEF, 2005).

Se sabe que la producción de leche se inicia durante la gestación, bajo la influencia hormonal (lactogénesis I), pero esta frenada por la presencia de la progesterona. El descenso de esta tras la expulsión de la placenta y la presencia de altos niveles de prolactina hace que se desencadene la producción de la leche (lactogénesis II). Es necesario extraer el calostro para que la abundante producción de leche comience entre las 36 a 48 horas posparto (Basso & Jezabel, 2016).

La producción de leche materna es influenciada por las exigencias de su bebé, cuya succión estimula la secreción de la leche. Mientras más succiona el bebé, mayor cantidad de leche producirá la madre (Latham, 2002).

1.4 Beneficios de la LME

Según la UNICEF (2005) la leche materna es considerada el alimento más completo desde el punto de vista bioquímico, ya que tiene todos los nutrientes indispensables, para suplir los requerimientos necesarios para el crecimiento y la energía, además de tener múltiples beneficios tanto para el bebé como para la madre.

1.4.1 Beneficios de la LME para el niño

Beneficios para la salud: Los beneficios más importantes y visibles de la lactancia materna consisten en la inmediata salud y supervivencia del lactante (León-Cava, Lutter, Ross, & Martin, 2002). La LME puede prevenir más de un millón de muertes infantiles por año, lo que equivale a la prevención de la mortalidad infantil en un 13% (Brahm & Valdés, 2017). La leche materna es fundamental para compensar los retrasos en el desarrollo de la función inmune y es responsable de reducir la permeabilidad del intestino y prepararlo para la vida extrauterina (Dieterich, Felice, O'Sullivan, & Rasmussen, 2012). Previene algunas enfermedades crónicas degenerativas como el sobrepeso y obesidad infantil (Sandoval, Jiménez, Olivares, & De la Cruz Olvera, 2016) así como la diabetes tipo 1 (Cabrera & Díaz, 2009; Libman, 2009). Además brinda protección para infecciones gastrointestinales como diarrea, rotavirus, así como infección por Giardia, entre otras (Brahm & Valdés, 2017; Daza, Dadan, & Higuera, 2017).

Beneficios psicológicos: las acciones que rodean a la lactancia materna como son el contacto físico con la madre, la estimulación visual, la identificación de olores, texturas y sonidos, pueden tener repercusiones sobre el desarrollo neuronal, psicológico y cognitivo del recién nacido (Martínez, 2014). La lactancia materna exclusiva también se ha asociado con un mayor rendimiento en el desarrollo de habilidades psicomotrices en la primera infancia y con un mejor rendimiento intelectual en etapas posteriores de la vida (Brahm & Valdés, 2017; Perroni et al., 2003).

1.4.2 Beneficios de la LME en la madre

La lactancia materna tiene efectos positivos en la salud inmediata y a largo plazo de las mujeres. Entre los beneficios inmediatos se encuentra la reducción de hemorragia posparto, ya que al succionar el bebé estimula la producción de oxitocina, provocando la salida de la leche y la contracción del útero (Aguilar & Aspilcueta, 2013).

Se ha comprobado que la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida tiene un efecto protector para la mujer contra el cáncer de mama y cáncer de ovario (Becerra Bulla, 2015; González-Jiménez, García, Aguilar, Padilla, & Álvarez, 2016). Las mujeres que no amamantan tienen un riesgo 4% mayor de padecer cáncer de mama y 27% mayor de padecer cáncer ovárico, así como un riesgo incrementado de padecer hipertensión y enfermedades cardiovasculares en años posteriores (OPS-OMS, 2014).

La LME previene la obesidad, diabetes tipo 2 y depresión posparto (Hutly, Barros, Victora, Beria, & Vaughan, 1990). Además, las enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide, aparece con menor frecuencia entre las madres que amamantaron alguna vez en comparación con las que no amamantaron (Adab et al., 2014). El estrógeno juega un papel clave en el desarrollo de enfermedades autoinmunes, que son más comunes entre las mujeres que entre los hombres. La lactancia, reduce los niveles de estrógeno, lo que espera que dé como resultado la inmunomodulación, que reduce el riesgo de artritis reumatoide entre las madres que amamantaron (Natland et al., 2013).

Casi todas las mujeres son biológicamente capaces de amamantar, sin embargo, las prácticas de lactancia materna se ven afectadas por una amplia gama de factores históricos, socioeconómicos, culturales e individuales (Cattaneo, 2012).

A pesar de los múltiples beneficios reportados de la LME, existen factores estructurales, individuales y de entorno que pueden incrementar la probabilidad de ocurrencia de esta conducta, o, por el contrario, disminuirla.

1.5 Modelo de determinantes de la lactancia materna

La lactancia materna a menudo se presenta como lo ideal para los bebés. Sin embargo, en algunos escenarios las mujeres que desean amamantar en público experimentan reacciones negativas (Acker, 2009; Hannan, Li, Benton-Davis, & Grummer-Strawn, 2005).

El modelo conceptual (figura 1) incluye los determinantes que operan en múltiples niveles y afectan las decisiones y conductas de la lactancia materna a lo largo del tiempo. La revisión de literatura muestra que la protección, promoción y apoyo exitoso de la lactancia materna requiere medidas en muchos niveles empezando por el estructural, de entorno e individual (Rollins et al., 2016).

El nivel estructural se refiere a los factores sociales que afectan a toda la población. Para los determinantes, estos factores incluyen tendencias sociales, publicidad, y productos disponibles en las tiendas (Rollins et al., 2016). En el sistema sanitario, el personal de salud influye y apoya las decisiones de alimentación en momentos claves antes y después del nacimiento, y cuando ocurren situaciones que desafían el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva, sin embargo, se han detectado deficiencias en el conocimiento y las habilidades para apoyar la lactancia materna en todas

las jerarquías del personal de salud (Leviniené, Pretrauskiené, Tamulevičienė, Kudzytė, & Labanauskas, 2009; McAllister, Bradshaw, & Ross-Adjie, 2009).

En el nivel del entorno, las familias, las prácticas y las experiencias de las parientes afectan la incidencia y duración de la lactancia materna (Fuller & White, 1998; Meyerink & Marquis, 2002).

En el nivel individual, el comportamiento de la lactancia materna está influenciado por atributos personales como su edad, peso, educación y por atributos personales de su bebé como el sexo, bienestar y temperamento (Rollins et al., 2016).

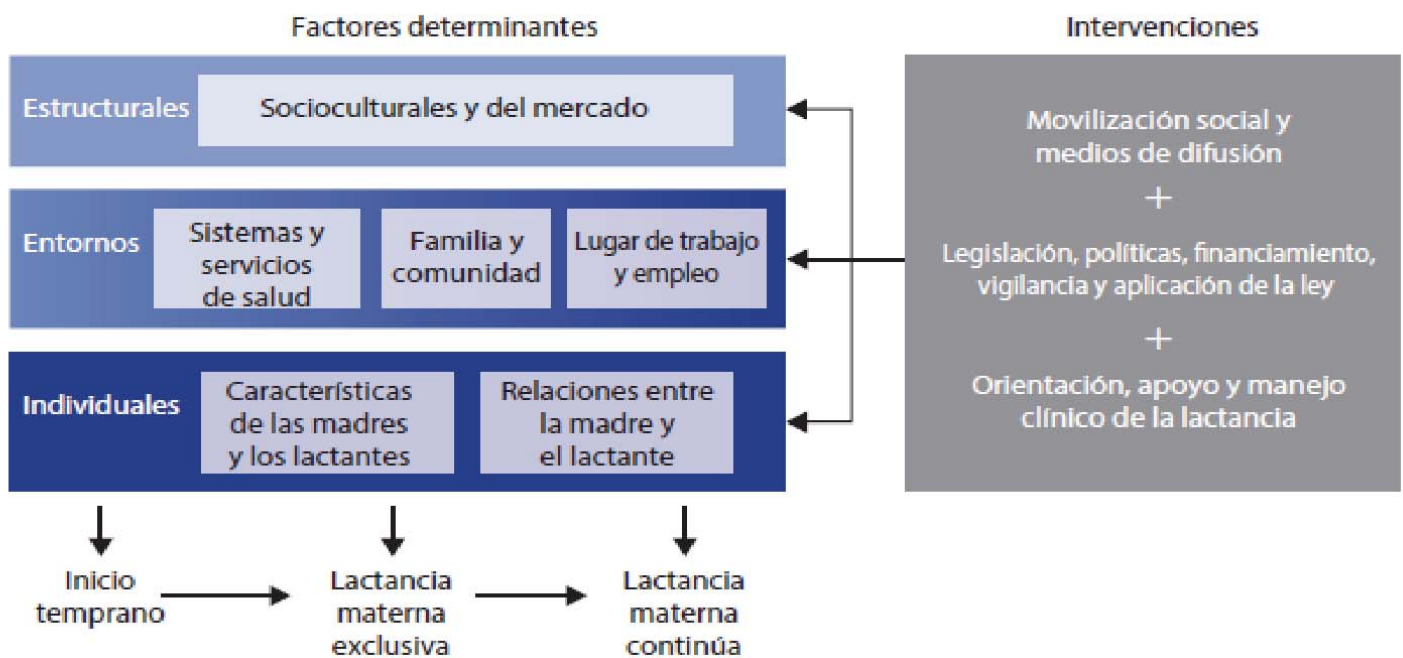


Figura 1. Modelo de determinantes de la lactancia, traducido de Rollins et al., (2016)

1.6 Determinantes culturales de la lactancia materna

La lactancia materna, además de ser un acontecimiento biológico es un hecho geográfico, que se encuentra ligado a las creencias y cultura de las mujeres, que incluyen: experiencias previas, cambios físicos, aparición de nuevos sentimientos, sensaciones, deseos y problemas (Puig & Sancho, 2012).

La lactancia depende del aprendizaje y está influenciado por factores culturales y sociales. A pesar de su base fisiológica, el significado de la lactancia y la forma en la que se integra en los contextos culturales varía globalmente. El nivel social y cultural se refiere a factores vinculados al contexto más general, relativos a la estructura de la sociedad, que influyen en la aceptabilidad y expectativas sobre la lactancia (Van, 1996).

Las diferencias en la exclusividad y duración de la lactancia depende de gran medida del conocimiento de la mujer sobre la producción de leche y de las creencias culturales (Yngve & Sjöström, 2001). Las creencias culturales afectan a los valores, actitudes y creencias sobre la lactancia materna, y el modo en que se alimenta a los niños, así como las expectativas asociadas a este comportamiento. Estas creencias pueden tener más peso que las recomendaciones de los profesionales de la salud e incluyen: el tipo de interacción entre madres y bebés, la forma en que se adapta la lactancia a las rutinas familiares, cómo se lleva a cabo el amamantamiento, las nociones sobre lo que es ser “buena madre” y la relación de la lactancia con tendencias y modas (Bailey, Pain, & Aarvold, 2004; Van, 1996).

El entorno social y familiar de la madre es trascendental para el éxito de la lactancia materna, ya que por el tipo de país en donde vivimos es una influencia cultural y una fuente de apoyo potencial para

la toma de decisiones con respecto a la forma de alimentación que ella considerará como adecuada para su hijo (Becerra, 2015).

Capítulo 2. Barreras y facilitadores para la lactancia materna

Es importante comprender los factores asociados al inicio de la lactancia materna y las barreras y facilitadores existentes para la iniciación temprana a fin de diseñar y proporcionar estrategias efectivas para mejorar la práctica.

Moreno & Gil, (2003) definen los facilitadores como las creencias que tiene el sujeto, respecto a la efectividad relativa que las diferentes conductas disponibles en su repertorio pueden tener a la hora de enfrentarse con la conducta. Así mismo, las barreras percibidas se refieren a aquellas creencias que se oponen a la ejecución de la conducta en cuestión.

Se han identificado tres grupos principales de factores maternos que están implicados en la lactancia materna (Fu et al., 2014; Meedy, Fahy, & Kable, 2010; Waits, Guo, & Chien, 2018):

1. Factores sociodemográficos: características del estilo de vida de la madre.
2. Biofísicos: factores relacionados con la salud materno-infantil
3. Psicosociales: factores relacionados con la cognición y creencias de la madre.

3.1 Factores sociodemográficos

Existe evidencia de que, las mujeres con mayor edad, casadas, con un nivel de educación y un nivel socioeconómico alto está asociado con una mayor duración de la lactancia materna (Espinoza, Zamorano, Graham, & Orozco, 2014). En entornos de nivel socioeconómico alto, las madres que

amamantan tienen mayor probabilidad de estar conscientes de la salud, por lo tanto, también es más probable que promueva hábitos saludables para sus bebés, incluida la prevención de la obesidad, promoción de la actividad física y estimulación intelectual (Drake & Reynolds, 2010).

Hutly, Barros, Victora, Beria, & Vaughan, (1990) realizaron un estudio longitudinal con madres brasileñas, y encontraron que las mujeres de familias con un nivel socioeconómico alto (> \$50 US por mes) y/o con educación superior (>4 años de escolaridad) tuvieron significativamente más probabilidades de informar una duración más larga de LME en comparación con sus respuestas del primer seguimiento ($p < 0,001$) con un promedio de duración de la LME de 5 meses. Louis-Jaques & Stuebe (2018), reportan que las madres que son casadas, con mayor educación, de nivel socioeconómico alto tienen mayor probabilidad de amamantar comparadas con las mujeres que no amamantan.

En un estudio longitudinal encontraron que, las mujeres con nivel bajo de educación (OR= 1.83, IC95%= 1.30, 2.58) , multíparas (OR= 1.54, IC95%=1.20, 1.99) , que desempeñaban un trabajo manual (OR=1.43, IC95%= 1.11, 1.83), con un menor nivel de actividad física (OR=1.43, IC95%=1.01, 2.03) y fumadoras (OR= 1.74, IC95%= 1.27, 2.84) tienen mayor riesgo de no iniciar ni mantener la lactancia materna (Villar et al., 2018).

Esto es consistente con los estudios de Insaf et al., (2011) y Scott, Binnins, Oddy, & Graham, (2006), donde reportan que existen factores sociodemográficos relacionados con la lactancia materna prolongada, como mayor edad y la educación superior, mientras que el nivel socioeconómico bajo, tabaquismo, problemas previos con la lactancia materna, regreso al trabajo y bajo apoyo social se asocian negativamente con las prácticas de LME.

Así mismo, se ha reportado que el regreso temprano al trabajo, especialmente dentro de los 6 meses posteriores al parto, es una barrera para la iniciación y continuación de la lactancia materna (Chuang et al., 2010; L. Dennis, 2001; Tang, Lee, & Binns, 2014).

El trabajo de las mujeres es una de las principales razones para que las madres no amamenten o haya un destete temprano. Su efecto es multidimensional, incluyendo la fatiga y poca practicidad para amamantar en su trabajo (Roe, Whittington, Fein, & Teisl, 1999). La mayoría de los estudios informan efectos negativos del trabajo sobre la lactancia materna; las mujeres que planean volver a trabajar después del parto tienen menos probabilidades de comenzar o continuar con la lactancia materna (Mirkovic, Perrine, Scanlon, & Grummer-Strawn, 2014; Ogbuanu, Glover, Probst, Liu, & Hussey, 2011; Ong, Yap, Li, & Choo, 2005). La baja por licencia de maternidad (<6 semanas) aumenta cuatro veces la probabilidad de no establecer o cesar prematuramente la lactancia materna (Guendelman et al., 2009).

3.2 Factores biofísicos

Sharma & Bryne (2016) realizaron una revisión sistemática de 25 artículos publicados entre 1990 y 2013, en donde encontraron que las condiciones de salud de la madre y el estado fisiológico del recién nacido (bebés prematuros, bajo peso al nacer o con alguna enfermedad) y las complicaciones relacionadas con el parto, pueden ser barreras para la lactancia materna temprana.

Las mujeres cuyos bebés se encuentran en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) se encuentran con barreras para iniciar y mantener la lactancia materna, tales como la falta de conocimiento sobre la leche humana, el sufrimiento emocional, la separación física de sus bebés al

encontrarse en diferentes zonas del hospital, y el ambiente estresante de la UCIN, pueden crear múltiples problemas de lactancia materna (González et al., 2008). Las dificultades de la lactancia pueden ocurrir como resultado del nacimiento prematuro o nacimiento de un bebé grande (Rasmussen, 2007).

Con mucha frecuencia, las mujeres asumen que la lactancia materna es una habilidad innata y están sorprendidas por el dolor y la dificultad asociada a la lactancia materna (Gatrell, 2007). En diversos estudios las mujeres han reportado que la incomodidad y la interrupción causadas por dolor en los pezones, mastitis y los conductos obstruidos son razones para iniciar el destete (Simard et al., 2005; Wambach et al., 2005).

Dennis (2003) realizó un estudio longitudinal en Vancouver con 491 madres lactantes que tenían al menos 18 años de edad, realizando seguimientos en las semanas: 1, 4 y 8 después del parto. Encontró que las madres que habían tenido parto vaginal tuvieron significativamente mayor probabilidad ($p < .01$) de alimentar a sus hijos con LME comparadas con las que tuvieron parto por cesárea. Una investigación realizada con 400 mujeres casadas, halló que las mujeres que dieron a luz por cesárea tuvieron menor probabilidad de mantener la LME que aquellas que tuvieron parto por vía vaginal (OR = 1.9, IC 95% = 1.3, 2.8, $p = 0.001$) (Shawky & Abalkhail, 2003).

3.3 Factores psicosociales

Hinson, Cockrell, Hassmiller, & Spatz (2018) reportaron que el sentimiento de vergüenza y estigma son una barrera para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna; las mujeres informaron que se

sentían cohibidas por “enseñar partes de su cuerpo en lugares públicos” y por la incomodidad de amamantar frente a otras personas.

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS, 2014), con motivo de la semana mundial de la lactancia materna indica que un obstáculo social está ligado a las presiones, tanto explícitas como implícitas, que imponen que no se debe amamantar en público. Muchas mujeres no se sienten cómodas para amamantar en público debido al rechazo social que surge con demasiada frecuencia cuando lo hacen.

La lactancia materna es la única conducta que, además de tener una influencia biológica, tiene una influencia emocional, lo cual está afectado por aspectos psicológicos (deseos, motivaciones e inhibiciones) y por el entorno social (presión social) (Valado & Orozco, 2018).

Como otra barrera reportada, además del sentimiento de vergüenza asociado a lactar en público se encuentra que la percepción de baja producción de leche materna es la razón principal de la interrupción de la lactancia materna a nivel mundial, generalmente inicia en las primeras 1 a 2 semanas del posparto (Brown, Doods, Legge, Bryanton, & Semenic, 2014; Camurdan et al., 2008; Hauck, Fenwick, Dhaliwal, & Butt, 2011). La irritabilidad, el llanto infantil y la percepción del escaso aumento de peso de los bebés, son los síntomas más comunes de la percepción de baja producción de leche (Huang, Lee, & Huang, 2009; Sacco, Caulfield, Gittelsohn, & Martínez, 2006; Segura-Millan, Dewey, & Pérez-Escamilla, 1994). Estos grupos de síntomas parecen hacer que las madres tengan dudas sobre si tienen un suministro de leche adecuado para amamantar a sus bebés y, posteriormente, tienden a complementar con fórmula para compensar la baja producción láctea

(Chantry, Dewey, Peerson, Wagner, & Nommsen-Rivers, 2014; Flaherman, Hicks, Cabana, & Lee, 2012; Tang, Binns, & Lee, 2015).

Sin embargo, los suplementos de fórmula interfieren con el suministro de leche materna porque disminuyen las oportunidades de amamantar a los bebés y reducen la extracción y succión de leche materna, que es un requisito previo para que ocurra la etapa II de la lactogénesis que es cuando se produce un volumen abundante de leche (Scott, Binns, & Oddy, 2007). Por lo tanto, parece que muchas madres pueden no darse cuenta de que la lactancia materna es una relación entre la oferta y la demanda: cuando la lactancia disminuye, el suministro de leche materna no aumenta, lo que resulta en la incapacidad de establecer la lactancia materna exclusiva directamente del pecho. La investigación también reveló que la baja producción láctea está asociada con baja autoeficacia para amamantar (Hill & Aldag, 1991; Otsuka, Dennis, Tatsuoka, & Jimba, 2008).

En un estudio realizado con mujeres inmigrantes de Guam se reportó que las madres, cuando experimentaron problemas como la percepción de baja producción de leche, o que la lactancia materna les provocaba dolor en los pezones, o que el bebé no se podía enganchar bien, hubo poco o ningún apoyo del personal médico para abordar estos problemas (Wood & Qureshi, 2017).

Losa-Iglesias, Rodríguez-Vázquez, & Becerro (2013) encontraron que el 86% de un grupo de madres en Estados Unidos consideraron a su familia como fuente de apoyo para la lactancia, este porcentaje superó al que obtuvieron los profesionales de la salud que correspondió al 14%.

En un estudio realizado en Estados Unidos con madres trabajadoras, reportan que un compañero, familiar y/o amigo que las alentaran a seguir practicando la lactancia, las animó a continuar amamantando aunque tuvieran que trabajar (Johnston & Esposito, 2007).

Thelma, Marais, Bell, & Muangpin (2018) reportan que las participantes que alimentaban con lactancia materna exclusiva sugirieron que el conocimiento sobre las ventajas de la leche materna, incluida la reducción de la susceptibilidad de los infantes a la infección, su rico contenido en nutrientes y el bajo costo económico, podría facilitar la LME durante 6 meses.

Hinson et al., (2018) en un estudio realizado con 34 mujeres afroamericanas nacidas en Estados Unidos de América, con bebés nacidos a término, encontraron que la experiencia previa positiva con la lactancia materna en hijos anteriores participó como un facilitador para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.

Como se ha visto, la LME es abordada desde la perspectiva biológica y social, sin embargo, también se puede incluir en el espectro de las conductas relacionadas con la salud, que se refieren a aquellas que están dentro del proceso de salud-enfermedad (Morales, 1997) estas conductas pueden definirse como un comportamiento específico en pro de la salud, el cual se adquiere y se aprende; la salud como proceso implica identificación, atención, adquisición, práctica, mantenimiento y desarrollo (Cortés, Ramírez, Olvera, & Arriaga, 2009).

La decisión de las personas para comportarse de un modo saludable y mantener estas conductas, se encuentra relacionada con múltiples factores donde se ve interrelacionado el contexto ambiental con variables individuales (Martín, 2003). Existe evidencia de que la salud de los seres humanos se

encuentra influenciada por la conducta, pensamientos y relaciones sociales. Los estados psicológicos influyen en nuestra salud. Los sentimientos y emociones pueden tener efectos positivos o negativos en nuestro bienestar físico (Oblitas, 2008).

Entre los distintos modelos que intentan explicar las evaluaciones cognitivas que anticipan a la realización de la conducta de salud, destaca la Teoría de la Conducta Planeada, el cual es uno de los modelos psicológicos más utilizados para estudiar la influencia de factores psicológicos en la intención de realizar conductas saludables (Neipp, Quiles, León, Tirado, & Rodríguez-Marín, 2015).

Capítulo 3. Teoría de la conducta planeada

La teoría de la conducta planeada (TCP) es un modelo que se enfoca en los factores cognitivos relacionados con el comportamiento, y que se ha utilizado para estudiar las variables que se encuentran implicadas en la conducta de la lactancia materna.

De acuerdo con la teoría, el comportamiento humano se guía por tres tipos de consideraciones: creencias sobre las posibles consecuencias u otros atributos del comportamiento (creencias de comportamiento), creencias sobre las expectativas normativas de otras personas (creencias normativas) y creencias sobre la presencia de factores que pueden favorecer o dificultar el desempeño del comportamiento (creencias de control) (Ajzen, 2005). En sus respectivos agregados, las creencias de comportamiento producen una actitud favorable o desfavorable hacia el comportamiento, las creencias normativas resultan en presión social percibida o norma subjetiva; y las creencias de control dan lugar al control conductual percibido, a la facilidad o dificultad percibida para realizar la conducta. En combinación, la actitud hacia el comportamiento, la norma subjetiva y la percepción de control conducen a la formación de una intención conductual (Ajzen, 2002).

En general, se conocen las acciones necesarias para alcanzar un objetivo determinado. Al configurar esta actividad como objetivo, anticipamos la necesidad de crear pasos para llegar a la meta. Las acciones, están controladas por intenciones, pero no todas las intenciones se llevan a cabo; algunas se abandonan desde el inicio, mientras que otros se revisan para adaptarse a las circunstancias del medio para evaluar si se realiza o no la conducta (Ajzen, 1985).

Se asume que la intención es el antecedente inmediato del comportamiento. La intención predice si una persona intenta realizar el comportamiento, pero no logra predecir el logro del objetivo conductual, es probable que factores que se encuentran fuera del control de la persona impidan que la persona lleve a cabo la conducta (Ajzen, 1985).

Como regla general, cuanto más fuerte sea la intención de participar en un comportamiento, más probable es que se ejecute (Ajzen, 1991).

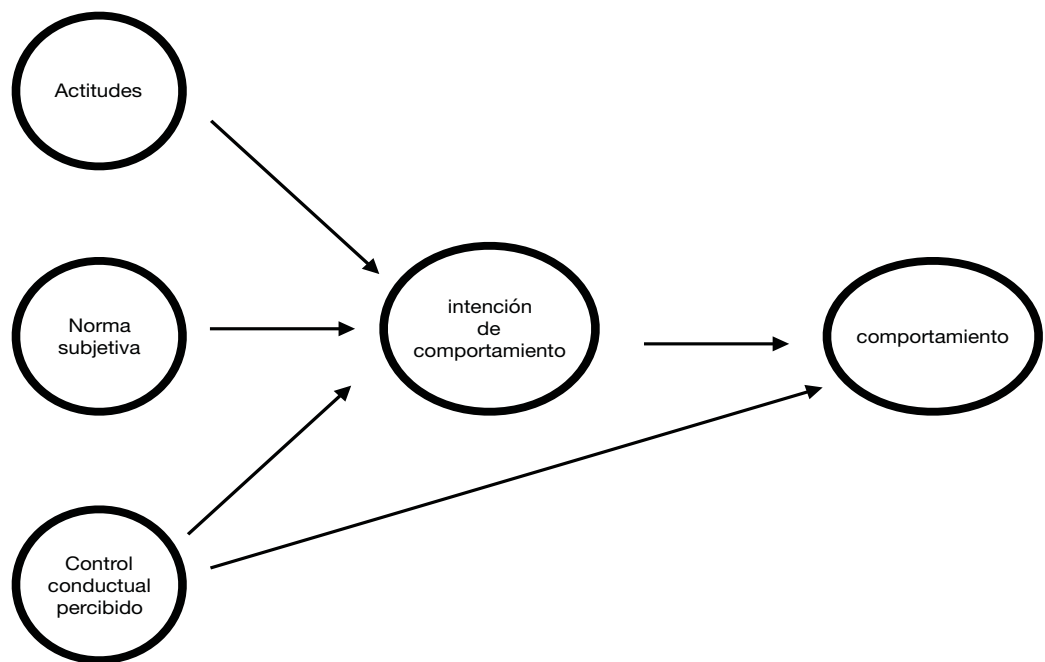


Figura 2. Modelo de la teoría de la conducta planeada traducido de Ajzen (2005)

- I. El primer constructo de la TCP se refiere a las actitudes que se definen como creencias espontáneas e inconscientes sobre un comportamiento particular (Fishbein & Ajzen, 2010), las cuales están determinadas por las expectativas de consecuencias, creencias sobre el comportamiento y las evaluaciones correspondientes de estas consecuencias (de Vries, Dijkstra, & Kuhlman, 1988).

- II. El siguiente constructo que aborda la TCP es la norma subjetiva que es la influencia percibida de un individuo por otros individuos o grupos que son importantes o cercanos a él (como amigos, compañeros, vecinos, familia) (Fishbein & Ajzen, 1975), la cuál está determinada por las expectativa de las opiniones de personas importantes, las creencias normativas y el grado en que un individuo está inclinado a estar de acuerdo con estas opiniones, y las motivaciones para cumplir (de Vries et al., 1988).

- III. Por último el control conductual percibido (CCP) que se refiere a facilidad o dificultad percibida para realizar el comportamiento (Ajzen, 2002); la importancia del control real del comportamiento es evidente: los recursos y oportunidades disponibles para una persona que deben, en cierta medida, dictar la probabilidad de un logro en el comportamiento (Ajzen, 1991).

A diferencia de los constructos anteriores, la TCP plantea que el CCP no sólo influye en la intención, además tiene un efecto directo sobre la conducta y puede mediar la relación entre la intención y la acción (Ajzen, 1991) (véase figura 2). En este sentido pueden ocurrir dos escenarios, por ejemplo, si dos individuos tienen una fuerte intención de ir al trabajo en bicicleta, y ambos intentan hacerlo, la

persona que confía en que puede dominar la actividad tiene más probabilidad de perseverar que la persona que duda de sus recursos.

Existen diversas investigaciones que han abordado la duración y mantenimiento de la lactancia materna desde la TCP (Giles et al., 2007; Lawton, Ashley, Dawson, Waiblinger, & Conner, 2012) en donde se ha encontrado que los constructos de la TCP son eficaces para predecir la intención y ocurrencia de este comportamiento.

La actitud de la lactancia materna está relacionada con el conocimiento de la importancia y el beneficio de la lactancia materna exclusiva. A mayor conciencia de la importancia de la lactancia materna, la actitud es más positiva hacia ella. La norma subjetiva es un concepto abstracto que se refiere a la percepción subjetiva sobre el reconocimiento y apoyo de personas significativas hacia la lactancia materna, como su pareja u abuela. Su apoyo o oposición hace una diferencia en la madre. El control conductual percibido (CCP) hacia la lactancia materna se refiere a la confianza y la capacidad de la madre para practicar la lactancia materna. Las mujeres con mayor nivel de CCP de la lactancia materna, tiene más probabilidades de practicarla (Zhu, Zhang, Ling, & Hongwei, 2017).

4. Control conductual percibido y lactancia materna

Como se ha revisado en los capítulos anteriores, la LME esta influenciada por las barreras y facilitadores que se evalúan al momento de realizar la conducta, esta evaluación depende en gran medida de las creencias que tenga la madre respecto a este comportamiento de salud; las creencias de control propuestas en la TCP como se verá en el presente capítulo se han asociado a una mayor probabilidad de amamantar.

En un estudio realizado en Hong-Kong con 209 mujeres primíparas en donde se propuso el CCP como un factor mediador que vincula las variables de la TCP para la lactancia materna con la intención de amamantar y el comportamiento de la lactancia materna, indica que el CCP tuvo un efecto directo sobre la duración ($r=0.40$) y una influencia indirecta sobre la intención de la duración de la lactancia materna ($r=0.43$). Además, de tener un papel mediador entre los otros constructos de la TCP y la duración de la LM (GFI= 0.94) (RMSR=0.007) (Dodgson, Henly, Duckett, & Tarrant, 2003).

Una investigación transversal realizada con 400 mujeres primíparas de Bushehr, Irán, encontró que el CCP es el predictor más fuerte de la intención ($p<0.001$, $B=0.636$) de los constructos de la TCP. También el CCP tuvo un impacto significativo en el comportamiento de la LME ($p=.0.00$, $B=0.191$) (Jamehei, Ostovar, & Javadzade, 2017).

Rahimi, Dehdari, Faryabi, & Ghazvinian (2015), realizaron una investigación con 240 mujeres embarazadas, los resultados de la regresión logística mostraron que el control conductual percibido tuvo impacto significativo en el comportamiento de la LME ($r=0.66$, $p<0.00$).

Esto concuerda con la investigación realizada por Avery, Duckett, Dodgson, Savik, & Henly (1998), quienes hicieron un estudio longitudinal de 12 meses postparto a 84 mujeres primíparas, evaluándolas a los 1, 3, 6, 9 y 12 meses para valorar las dificultades de la lactancia experimentadas durante el primer mes y determinar la duración de la lactancia materna, los resultados indican que el control conductual percibido explicó el 25.3% de la varianza en la intención de alimentar al bebe con LME.

Rempel (2004), ejecutó un estudio longitudinal en Canadá, la evaluación basal se realizó con 317 mujeres, las evaluaciones de seguimiento se llevaron a cabo en los meses 1, 2, 4, 6, 9 y al mes 12 la muestra final se conformó por 80 participantes, en donde encontró que el CCP explicó las intenciones de la lactancia materna tanto prenatal ($r=0.38$, $p<0.001$) como a los 9 meses ($r=0.26$, $p=0.02$), es decir, las mujeres con mayor CCP puntuaron que tenían intención de alimentar a su bebé durante los 12 meses, y fueron las que amamantaron por más tiempo.

Un estudio cualitativo realizado con 20 mujeres usuarias de clínicas en Estados Unidos entrevistadas a las 2 semanas y 6 meses después del parto, reportaron que el nivel bajo de CCP tenía asociación con la percepción de insuficiente leche materna (PIM); específicamente, las madres que expresaron una percepción de falta de control sobre la lactancia materna debido a la baja producción de leche materna, que las llevó al cese temprano de la LM (Peacock-Chambers, Dicks, Sarathy, Brown, & Boyton-Jarret, 2017).

En un meta-análisis de 10 estudios entre 1990 y 2013, se encontró que el control conductual percibido se asoció significativamente con la intención de amamantar ($r=0.53$, $IC95\%=0.50-0.56$). En

el análisis de ecuaciones estructurales el control conductual percibido fue un predictor significativo de la intención de amamantar, pero no un predictor significativo de la lactancia materna, con una significancia marginal ($p=0.05$). Sin embargo, los resultados de la prueba de sensibilidad revelaron una influencia significativamente directa del control conductual percibido en la lactancia materna (estimación=0.21, $p=0.002$) (Guo, Wang, Liao, & Huang, 2016).

Un estudio de cohorte realizado con 210 mujeres de Malasia, reclutadas durante el embarazo y seguidas mediante entrevistas directas, visitas domiciliarias o entrevistas telefónicas hasta los 6 meses postparto, encontró que el CCP predice la intención de amamantar después del parto ($B=0.73$, $p<0.001$) (Tengku, Wan, & Bakar, 2016).

Zhang, Zhu, Zhang, & Wan, (2018) realizaron una investigación con diseño transversal, con 272 madres primíparas entrevistadas a los 4 meses después del parto, se encontró que niveles altos de control conductual percibido se asociaron con tasas más altas de LME ($OR=1.11$, $IC95\%= 1.02-1.20$)

Capítulo 5. Justificación

En América Latina 54% de los niños inician la lactancia materna dentro de la primera hora de vida, solo 38% son alimentados con leche materna de manera exclusiva hasta los 6 meses de edad, y 32% continua con lactancia materna por dos años (Organización Panamericana de la salud & Organización Mundial de la Salud, 2018). Si las tasas de lactancia materna a nivel mundial fueran las recomendadas, se estima que cada año se podrían prevenir un estimado de 823,000 muertes infantiles y 20,000 muertes por cáncer de mama (Victora et al., 2016).

En México, la Estrategia Nacional de Lactancia Materna (2018) tiene como objetivo incrementar el número de niñas y niños que son alimentados del seno materno desde su nacimiento y hasta los dos años. Específicamente, pretende fortalecer las competencias institucionales para la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna y esto se pretende lograr estableciendo una Red Nacional de Bancos de Leche Humana; disminuyendo el uso rutinario de sucedáneos de leche materna en unidades médicas del Sistema Nacional de Salud; fortaleciendo la atención de la niña y del niño recién nacido prematuro con el método de la madre canguro que corresponde al contacto piel a piel entre el pecho de la madre y el cuerpo del niño, esta técnica se utiliza como una alternativa que humaniza el cuidado del niño prematuro, ya que favorece el vínculo biológico entre madre e hijo y promueve la lactancia materna; entre los principales beneficios de esta técnica se encuentran: la regularización de la temperatura del recién nacido; normalización de la frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria; la disminución en la estancia hospitalaria y el favorecimiento de un adecuado desarrollo neurológico y psicomotor (Charpak & Barragán, 2016). Así mismo se aspira a capacitar el

personal de salud, estudiantes universitarios de áreas médicas y afines, así como a la población en general (Secretaría de salud, 2018).

La LM entendida como un comportamiento de salud, puede explicarse a partir de diferentes modelos psicosociales que identifican variables y constructos relacionados tanto con la intención conductual, como con el comportamiento mismo. Dichos modelos consideran a la conducta como consecuencia de una serie de evaluaciones cognitivas, que tienen como propósito estimular la motivación para el cambio, bajo la premisa de que el comportamiento complejo es intencional -no debido al azar-, es decir, las personas “deciden” iniciar, mantener o eliminar un comportamiento cuando realizan una evaluación de los aspectos -sociales, personales, de salud y/o económicos- como valiosos y necesarios.

La Teoría de la Conducta Planeada (TCP), identifica los factores que están asociados con la intención y la conducta de lactar de manera óptima. De acuerdo con ello, la actitud, la norma subjetiva y el control conductual percibido tendrían una relación significativa con la intención de realizar la lactancia; y el control conductual percibido, a su vez, estaría directamente relacionado con la conducta de lactar (Dodgson et al., 2003; Guo et al., 2016; Jamehei et al., 2017; McMillan et al., 2008; Rahimi et al., 2015; Rempel, 2004). Numerosos estudios han empleado el modelo de la TCP en la predicción de comportamientos relacionados con la salud, sin embargo, en el caso de la LM, los resultados no son concluyentes y se tiene poca información de la forma en cómo operan las variables que lo componen en población mexicana (Giles et al., 2007; Lawton et al., 2012).

Por lo que se espera que la presente investigación sea de utilidad para explorar la relación entre las variables de interés de forma longitudinal, es decir, si el CCP en el embarazo es predictor de la LM una vez ocurrido el parto.

Pregunta de investigación

¿El control conductual percibido durante el embarazo es predictor del tipo de alimentación infantil elegida una vez ocurrido el parto?

Hipótesis

Las participantes con mayor percepción de control para la lactancia tendrán mayor probabilidad de amamantar de forma exclusiva, comparadas con las que reportan menores puntajes de control conductual percibido (véase figura 3).

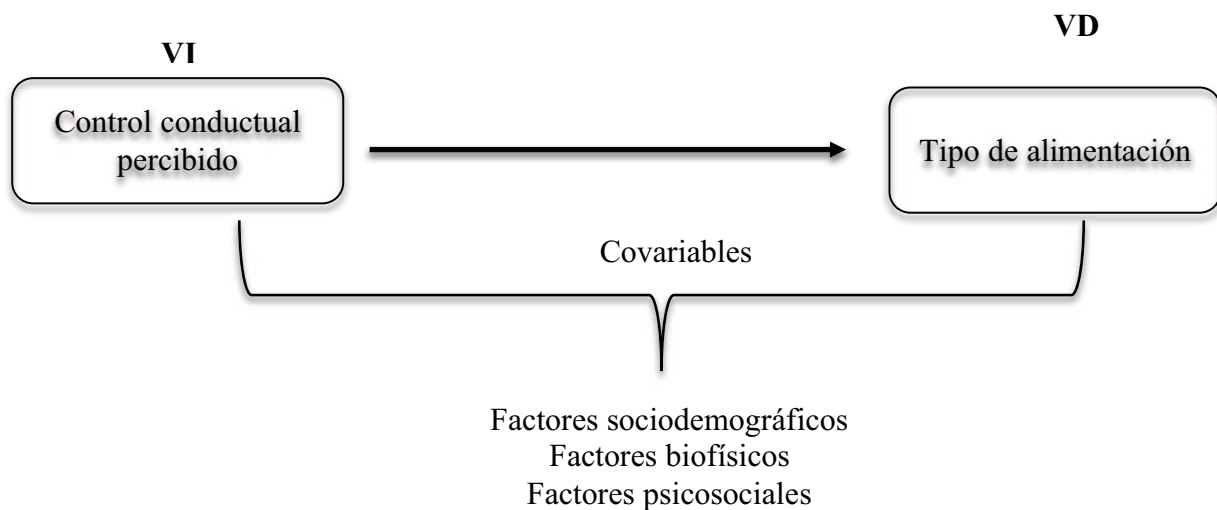


Figura 3. Modelo conceptual del control conductual percibido en la lactancia materna. Fuente: elaboración propia

Objetivo general

Analizar el control conductual percibido durante el embarazo como predictor de la lactancia materna en una muestra de mujeres embarazadas participantes de una cohorte de estudio.

Objetivos específicos

1. Describir los niveles de control conductual percibido para lactar en una cohorte de mujeres embarazadas.
2. Documentar el tipo de alimentación dividida en lactancia materna exclusiva y mixta o fórmula láctea
3. Describir variables que pueden operar como barreras o facilitadores para amamantar
4. Identificar la relación entre el control conductual percibido y la percepción de barreras y facilitadores una vez nacido en bebé.
5. Identificar la relación entre la percepción de barreras y facilitadores y el tipo de alimentación durante el primer año de vida.
6. Identificar la relación entre el control conductual percibido en el embarazo y el tipo de alimentación durante el primer año de vida.

Capítulo 6. Método

6.1 Diseño de investigación

Se realizó un diseño longitudinal, los cuales recolectan datos en diferentes momentos o periodos para hacer inferencias respecto al cambio, sus determinantes y consecuencias (Sampieri, 2014).

6.2 Participantes

Para la evaluación basal participaron una cohorte de mujeres embarazadas de la Ciudad de México usuarias de dos centros de salud de primer nivel de atención seleccionadas mediante un muestreo intencional no probabilístico. Se utilizaron como criterios de inclusión mujeres alfabetas, en cualquier trimestre del embarazo y que fueran usuarias de los centros de salud participantes. Se excluyeron mujeres que tuvieran alguna condición farmacológica o de salud que contraindicara la lactancia.

Para la evaluación de seguimiento se aplicó un cuestionario, dirigido a conocer datos antropométricos del bebé; el estado de salud; la forma de alimentación, y barreras y facilitadores percibidos para la lactancia materna.

6.3 Escenario

La aplicación de la evaluación basal se realizó en las salas de espera de los centros de salud de primer nivel de atención “Dr. Manuel Pesqueira” y “Lic. Gabriel Ramos Millán”, ubicados al Oriente de la Ciudad de México.

La evaluación de seguimiento se registró con un cuestionario diseñado ex profeso mediante una entrevista vía telefónica.

6.4 Variables de estudio

6.4.1 Definición conceptual

Variable dependiente

Tipo de alimentación: Clasificada en fórmula láctea y mixta o lactancia materna exclusiva, con el objetivo de incidir en la predicción de la LME.

Variable independiente

Control conductual percibido. - Creencias sobre la presencia o ausencia de factores que faciliten, compliquen o impidan la realización de un comportamiento particular. En su totalidad estas creencias conducen a la percepción de tener o no la capacidad de llevar a cabo el comportamiento, en este caso la lactancia materna exclusiva (Ajzen, 2005)

Variables confusoras

Factores sociodemográficos: características del estilo de vida de la madre.

Edad: Número de años cumplidos desde el nacimiento.

Estado civil: Tipo de relación sentimental reportada al momento del estudio

Escolaridad: Último nivel académico reportado al momento del estudio

Paridad: Reporte de embarazos a término previos.

Biofísicos: factores relacionados con la salud materno-infantil

Tipo de nacimiento: dividido en prematuro (aquellos bebés que nacieron antes de las 37 semanas de gestación) y a término (aquellos bebés que nacieron de las 37 a 40 semanas)

Complicación del bebé secundaria al parto: condición médica después del parto, que ponga en riesgo la vida del bebé o afecte su salud.

Complicación médica de la madre después del parto: condición médica después del parto que ponga en riesgo la vida de la madre o afecte su salud.

Tipo de alimentación: dividida en LME y Mixta o fórmula láctea.

Psicosociales: factores relacionados con la cognición y creencias de la madre.

Experiencia previa: madres que con anterioridad practicaron cualquier tipo de lactancia con hijos previos.

Intención: hace referencia a la probabilidad subjetiva individual de realizar un comportamiento específico (Ajzen, 1991).

Asesoría sobre lactancia materna: información recibida respecto a la lactancia materna.

6.4.2 Definición operacional

Las variables dependientes e independiente fueron medidas con 3 instrumentos que se describen en el siguiente punto.

6.5 Instrumentos

Para medir las variables de interés se diseñó un conjunto de instrumentos ex profeso que se describen a continuación:

1. Cuestionario de control conductual percibido hacia la lactancia materna (Alva, Gómez, Rojas, Serrano, & Juárez, 2017) se utilizó una escala que evalúa situaciones que pueden facilitar o dificultar la práctica de la lactancia materna. Contiene 24 reactivos tipo Likert, que van desde completamente en desacuerdo a completamente de acuerdo, agrupados en tres factores que explican 81% de la varianza; 11 reactivos se refieren a la comodidad y tranquilidad ($\alpha = .88$);

8 reactivos que evalúan la tensión emocional y falta de tiempo ($\alpha = .84$) y 5 reactivos se relacionan con situaciones en el ámbito público ($\alpha = .82$). Estos últimos factores atienden a la dimensión de barreras de control conductual percibido. Los puntajes mínimos y máximos para cada factor fueron de 0 a 33, de 0 a 24 y de 0 a 15 respectivamente (anexo 3).

2. Intención para lactar exclusivamente con leche materna por 6 meses (Gómez, Rojas, Serrano, & Juárez, 2017): Se midió con una escala de 0 a 10, en donde 10 significaba que la participante estaba totalmente segura de alimentar exclusivamente con leche materna y 0 nada seguras (anexo 2).
3. Cuestionario de seguimiento de factores psicosociales asociados a la lactancia materna, realizado ex-profeso: factores relacionados con el parto, la salud materno-infantil, factores psicosociales y factores sociodemográficos (anexo 5).
4. Cuestionario de datos generales y gineco-obstétricos, como la edad, escolaridad, nivel socioeconómico, ocupación, semana de gestación, si ha acudido a pláticas o asesorías sobre lactancia materna, número de consultas prenatales, fecha probable del parto, número de embarazos previos y tipo de alimentación de los niños previos (anexo 4).

6.6 Procedimiento

En la evaluación basal se entrevistó a mujeres usuarias de los centros de salud, y se les invitó a participar en la investigación. Se les explicaron los objetivos del proyecto, la confidencialidad de la información que nos proporcionaron, y en qué consistía su participación, posterior a ello, se pidió su autorización para hacerles una entrevista telefónica una vez ocurrido el parto, para conocer datos respecto a la salud y alimentación del bebé. Se les entregó un consentimiento informado y se les pedía que lo leyeran con atención y si estaban de acuerdo, firmaran. Una vez firmado el

consentimiento informado, se les entregaba el instrumento y el cuestionario de datos sociodemográficos. La duración promedio aproximada fue de 20 minutos.

En el seguimiento se revisaron los datos gineco-obstétricos de las mujeres, y se les llamó a aquellas que, de acuerdo con la fecha estimada del parto, ya hubieran parido. Al inicio de la entrevista telefónica, se les preguntó si recordaban el cuestionario de lactancia materna que habían contestado durante su embarazo, y si tenían tiempo para contestar algunas preguntas respecto a la salud y alimentación del bebé, posteriormente se comenzaba el cuestionario. Cada entrevista telefónica tenía una duración aproximada de 15 minutos.

6.7 Análisis estadístico

Los instrumentos de la primera medición se capturaron en una hoja de cálculo y se exportaron al programa STATA v. 13. Se identificaron y eliminaron datos atípicos en todas las variables. Para la segunda medición se realizó un cuestionario *on-line*, los datos se vaciaron en una hoja de cálculo y se codificaron para su posterior análisis. Se utilizó estadística descriptiva bivariada entre las VI y las VD, y multivariada para los datos.

Dado que más del 75% de las mujeres puntuaban con intención alta para lactar por 6 meses, se tomó la decisión de dicotomizar la variable, asignando el valor de 0 (intención baja o moderada) a los puntajes iguales o menores a 9, y de 1 (intención alta) al valor de 10, con el supuesto que las mujeres que calificaban menor o igual a 9 no tenían una intención absoluta para lactar.

A consecuencia que el tipo de alimentación se dividía en: LME, mixta y FL, se decidió transformar la variable en dicotómica, asignando el valor de 0 a la FL y alimentación mixta, y 1 a la LME para poder realizar análisis de regresión logística simple.

Se realizaron análisis de regresión logística simple utilizando el control conductual percibido como variable independiente; las barreras y facilitadores percibidos para amamantar (divididos en factores biofísicos, psicosociales y sociodemográficos) como variables modificadoras, y el tipo de alimentación como variable dependiente.

Se creó un modelo multivariado en el que se solo se incluyó las sub-escalas del CCP que se asociaron con el tipo de alimentación en los análisis bivariados, el modelo se ajustó por aquellos factores sociodemográficos, biofísicos y psicosociales que resultaron significativos en los análisis bivariados. Por último, se realizó un análisis de mediación con ecuaciones estructurales en donde se introdujeron las variables que salieron significativas en el modelo multivariado y las variables que tuvieran sustento teórico.

Capítulo 7. Resultados

7.1 Descripción de la muestra

Participaron 137 mujeres embarazadas, de entre 16 y 40 años ($\bar{x}=25.2$, d.e= 5.9). La media del nivel socioeconómico autorreportado fue de 4.9 (d.e= 1.5) en un rango de 1 a 10. El 73% de las participantes mencionaron estar casadas o en unión libre; más del 80 % mencionó ser ama de casa. El 42.3% reportó tener un nivel educativo de primaria y secundaria concluida, el 43.8% bachillerato y sólo el 13.1% la licenciatura. El 57.3% fueron primíparas (Tabla 1).

Tabla 1

Descripción de los factores sociodemográficos, biofísicos y psicosociales de la muestra de estudio

Factores sociodemográficos		Factores biofísicos		Factores psicosociales	
Variable	n%	Variable	n%	Variable	n%
Edad (años)		Nacimiento		Experiencia previa	
16-19	30 (21.9)	Prematuro <=37 semanas	27 (19.7)	LME	39 (53.4)
20-34	97 (70.3)	A término >37	110 (80.3)	Mixta y FL	34 (46.6)
34-40	10 (7.3)				
Estado civil		Tipo de parto		Intención de lactar exclusivamente	
Casada	100 (73)	Vaginal	82 (59.8)	Baja	42 (30.6)
Soltera	37 (27)	Cesárea	55 (40.2)	Alta	95 (69.3)
Escolaridad		Complicación médica del bebé durante el parto	24 (17.5)	Asesoría antes del parto	40 (29.2)
Primaria	8 (5.8)				
Secundaria	50 (36.5)	Complicación de la madre durante el parto	23 (16.79)	Asesoría después del parto	21 (15.3)
Bachillerato	60 (43.8)	Complicación médica del bebé secundaria al parto	14 (37.8)	Asesoría antes y después del parto	47 (34.30)
Licenciatura	18 (13.4)	La madre ha acudido a consultas médicas			
Posgrado	1 (0.7)	No	41 (29.9)		
Paridad		Si	96 (70.1)		
Primípara	78 (57.3)	Tipo de Alimentación			
Múltipara	58 (43.6)	LME	84 (61.3)		
		FL	14 (10.2)		
		Mixta	39 (28.5)		

Se realizaron pruebas para calcular el alpha de cronbach del instrumento de control conductual percibido en donde se obtuvieron valores adecuados de consistencia interna: comodidad y tranquilidad $\alpha=.87$; tensión emocional y falta de tiempo $\alpha=.87$ y amamantar en público $\alpha=.89$ (Tabla 2)

Tabla 2
Distribución de las puntuaciones de las subescalas de CCP

Variab	Media	RIC*	Min/Máx.	α
Comodidad y tranquilidad	25.92	8	12/33	.87
Tensión emocional y falta de tiempo	10.23	5	0/24	.87
Dificultad para amamantar en público	6.43	4	0/15	.89

*RIC=Rango intercuartílico

7.2 Análisis bivariado

Se realizó una regresión logística simple para obtener la relación entre la variable dependiente (tipo de alimentación: leche materna y fórmula láctea), tomando como referencia la FL, y las subescalas de control conductual percibido y los factores biofísicos (Tabla 3).

Tabla 3.
Análisis de regresión logística bivariada entre el tipo de alimentación por las subescalas de CCP y factores biofísicos*

Subescala CCP	OR	IC 95%	p
Tensión emocional y falta de tiempo	.93	.86-.99	0.06
Dificultad para amamantar en público	.85	.76-.94	0.00
Comodidad y tranquilidad	.94	.87-1.02	0.13
Factores biofísicos			
Nacimiento prematuro (<37 semanas)	1.96	.83-1.59	0.12
Tipo de parto	.71	.35-1.42	0.33
Complicación médica del bebé durante el parto	1.06	.42-1.64	0.89
Complicación médica de la madre durante el parto	.33	.13-.84	0.02
Complicación médica del bebé secundaria al parto	.21	.64-.73	0.013

*VD: FL y mixta vs LME

Se encontró que por cada unidad de cambio en la subescala de tensión emocional y falta de tiempo existía 7% menos posibilidad de alimentar al bebé con LME (OR=.93, IC 95%=.86-.99). Por su parte, por cada incremento en un punto en la escala de dificultad para amamantar en público la posibilidad de alimentar con leche materna se reducía en 15% (OR=.85, IC 95%=.76-.94).

A su vez, si la madre presentó alguna complicación durante el parto, la posibilidad de posibilidad de alimentar a su hijo con LME se reducía en 67% en comparación con las que no tuvieron complicaciones (OR= .33, IC 95%= .13-.84); de igual forma si el bebé tuvo alguna complicación médica secundaria al parto la posibilidad de que alimenten a su hijo con LME se reducía en 79% (OR=.21, IC 95% .64-.73).

No se encontró diferencia significativa entre los factores psicosociales (experiencia previa; intención; asesoría antes del parto; asesoría después del parto y asesoría antes y después del parto) y el tipo de alimentación.

En los factores sociodemográficos solamente la ocupación tuvo una asociación significativa, si la madre trabaja, por cada unidad de cambio existe 66% menos posibilidad de alimentar al bebé con LME (OR=.34, IC 95%) (Tabla 4)

Tabla 4.
Análisis de regresión logística bivariada entre el tipo de alimentación*
por las subescalas de CCP y factores psicosociales

Variables confusoras	OR	IC 95%	p
Factores sociodemográficos			
Ocupación (Trabaja o no)	.34	.13-.82	0.017
Grupo de edad	.65	.32-1.27	0.21
Estado civil	.69	.31-1.53	0.36
Escolaridad	1.01	.66-1.55	0.96
Nivel socioeconómico	.45	.10-2.11	0.31
Paridad	.95	.47-1.91	0.89

* VD: FL y mixta vs LME

7.3 Análisis multivariado

Se realizó una regresión logística multivariada para obtener la relación entre el tipo de alimentación con las subescalas del control conductual percibido que resultaron significativas en los análisis bivariados (Tabla 6).

Tabla 5.
Análisis multivariado entre el tipo de alimentación y las subescalas de CCP
(Regresión logística múltiple)

Tipo de alimentación	OR	IC 95%	p
Dificultad para amamantar en público	.84	.75-.94	0.003
Complicación médica del bebé secundaria al parto	.17	.05-.66	0.010
Ocupación	.39	.15-1.01	0.053

* VD: FL y mixta vs LME

En el modelo de regresión múltiple sólo las subescalas correspondientes a CCP: dificultad de amamantar el público (OR= .84, IC 95%=.75-.94); la complicación médica del bebé secundaria al parto (OR= .17, IC 95%= .05-.66) y la ocupación de la madre (OR= .39, IC 95%= .15-1.01) parecen predecir el tipo de alimentación. De tal manera que por cada unidad de cambio en las dos variables la posibilidad de que las participantes alimenten a sus bebés con LME disminuye en un 16%, 83% y 61% respectivamente.

7.4. Análisis de mediación con ecuaciones estructurales

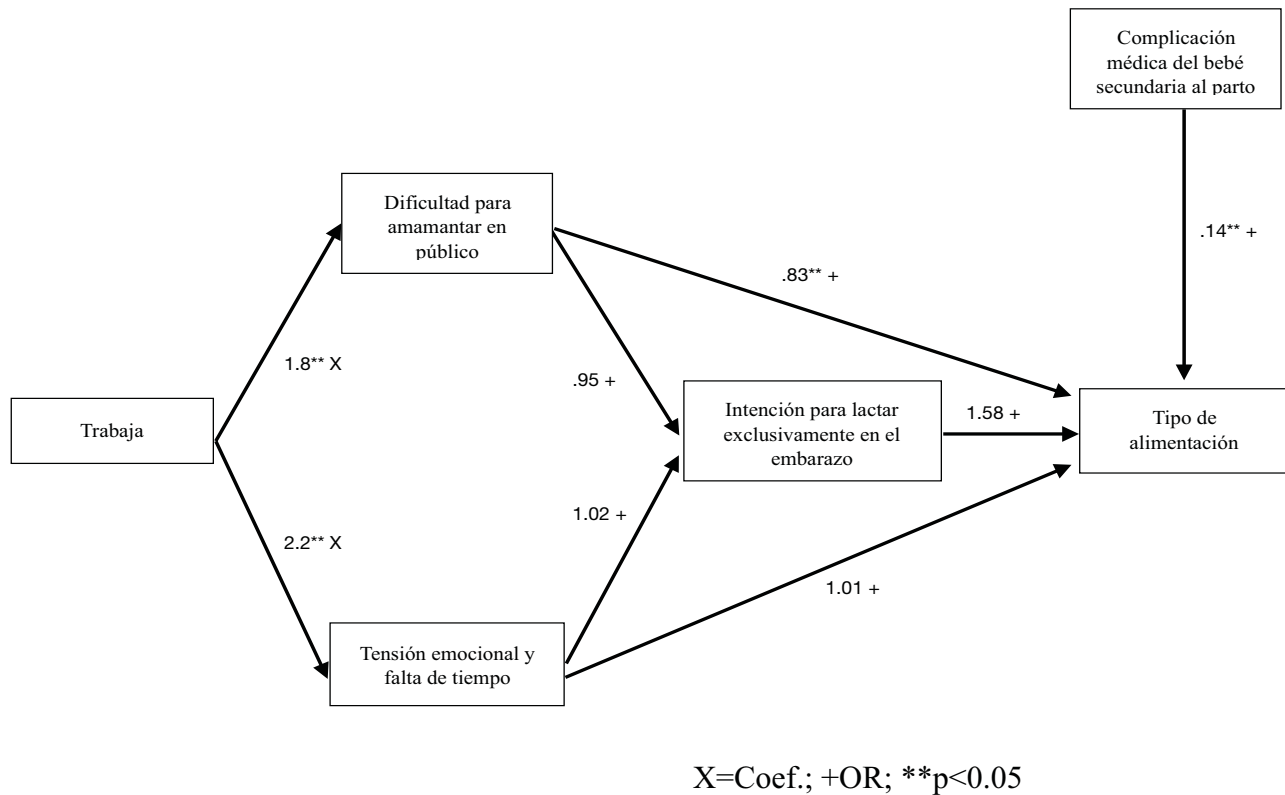


Figura 4.

Modelo de mediación entre el tipo de alimentación y las covariables (Análisis de mediación con ecuaciones estructurales)

Se realizó un análisis de mediación por medio de ecuaciones estructurales (Figura 4), los resultados se presentan en coeficientes (Coef.) si las variables son continuas, y en Odds ratio (OR) si las variables son dicotómicas. En el análisis se encontró que, si la madre trabaja puntúa más alto en las subescalas de CCP: dificultad para amamantar en público, en promedio 1.8 puntos más que las mujeres que no trabajan (Coef. = 1.8, $p=0.02$), y 2.2 puntos más en la subescala de tensión emocional y falta de tiempo (Coef. = 2.2, $p=0.04$) comparadas con las mujeres que no trabajan.

Ninguna de las subescalas del control conductual percibido se relacionó con la intención para lactar exclusivamente en el embarazo.

Sin embargo, la subescala de dificultad para amamantar en público se relacionó significativamente con el tipo de alimentación (OR= .83, IC 95%=- .33; -.05), por lo que, si la madre percibe durante el embarazo que tendrá dificultad para amamantar en público, por cada unidad de cambio la probabilidad de alimentar al bebé con LME disminuye 17%. Así mismo, si el bebé tuvo alguna complicación médica secundaria al parto, por cada unidad de cambio se reduce en 86% la probabilidad de alimentar al bebé con LME (OR=.14, IC 95%= -3.27; -.67) (véase figura 4).

Capítulo 8. Discusión y conclusiones

El objetivo principal de este estudio fue analizar el papel predictor que tiene el control conductual percibido en el tipo de alimentación que se elige para el bebé.

La hipótesis planteaba que las participantes con mayor percepción de control para la lactancia materna tendrán una mayor probabilidad de amamantar de forma exclusiva; y percibirían más facilitadores. En los análisis de regresión logística simple se encontró que de forma independiente las subescalas del CCP: tensión emocional y falta de tiempo, y amamantar en público influyen en el tipo de alimentación del bebé. En el análisis multivariado, sólo la subescala de amamantar en público influyó sobre la variable resultado.

Lo anterior sugiere que el amamantar en público puede considerarse una barrera para la lactancia materna exclusiva; las mujeres que perciben que se les dificultará si tienen que amamantar en público si: se encuentra frente de sus suegros; se les quita la sábana con la que se cubren, se encuentran en el transporte público o en la calle (anexo 3), tienen menor probabilidad de alimentar a su hijo con LME. Por consiguiente, si la madre considera que el amamantar en lugares públicos no se considera una dificultad, tiene mayor posibilidad de alimentar a su hijo con LME.

Díaz-Gómez, Ruzafa-Martínez, Ares, Espiga, & De Alba (2016) realizaron un estudio transversal con 569 madres residentes en España, encontraron que una de las principales barreras para la lactancia materna era la dificultad para dar pecho en lugares públicos, lo que era el principal motivo para elegir la lactancia artificial.

En un estudio cualitativo de Hinson et al., (2018) con 34 madres de bebés sanos de término de 0 a 4 meses encontraron que una de las barreras principales entre las madres que no amamantaban era la vergüenza a la exposición pública; estas madres expresaron una sensación de vergüenza y estigma asociada con la lactancia materna en público. Informaron que se sentían cohibidas por “enseñar partes de su cuerpo en lugares públicos” e incomodidad de amamantar frente a personas que fueran conocidas

Por otro lado, siguiendo el modelo teórico de la TCP (Ajzen, 2005), el control conductual percibido se encuentra relacionado con la intención y con la conducta. La intención, en este estudio no tuvo relación significativa en los análisis, lo que puede deberse a que las creencias varían de acuerdo con las características de la población.

Respecto a los factores biofísicos, de manera bivariada la complicación de la madre durante el parto, y complicación médica del bebé después del parto, tuvieron una asociación significativa con el tipo de alimentación. En los análisis multivariados, la complicación médica del bebé secundaria al parto es la que mayor influencia tiene en la variable de resultado.

Por lo que, la complicación médica del bebé durante el parto es la barrera más significativa encontrada en el presente estudio. Es decir, si el bebé sufre alguna complicación durante el parto, tiene menor posibilidad de ser amamantado con lactancia materna exclusiva, esto puede ser debido a que el bebé, al presentarse alguna dificultad se canaliza a la UCIN (Unidad de cuidados intensivos neonatales) y la complicación obstaculiza que pueda ser amamantado, por lo que debe de recurrirse a la fórmula láctea, y al ser dado de alta, la indicación de los médicos o por comodidad de la madre, se le sigue administrando fórmula láctea (Gertz & DeFranco, 2019). Así mismo, se ha reportado que el

contacto piel a piel en el periodo postnatal aumenta la probabilidad de la LME y aumenta el suministro de leche materna (Dashti, Scott, Edwards, & Al-Sughayer, 2010; Moore, Bergman, Anderson, & Medley, 2016). La práctica del cuidado piel a piel no es óptima en las instituciones mexicanas ya que se ve afectada negativamente por el espacio limitado en las unidades de parto.

Khasawneh & Khasawneh (2017) en un estudio trasversal con 500 madres de bebés de seis a doce meses de edad residentes de Jordania encontraron que una de las principales barreras para la lactancia materna exclusiva era la complicación médica de los bebés (OR=0.44, IC95%= 0.23-0.82).

Crippa et al., (2019) realizaron un estudio prospectivo en Italia con 149 madres, sus hallazgos mostraron que los bebés prematuros tuvieron una tasa baja de inicio de la lactancia materna y la interrupción temprana de la lactancia materna.

Farkas & Girard (2019) realizaron una investigación con una cohorte de 13738 mujeres en donde se encontró que entre los determinantes implicados en el no inicio de la LME, se hallan las complicaciones médicas del bebé, entre las cuales se encuentra el nacimiento prematuro, la permanencia en la incubadora y el bajo peso al nacer.

Referente al papel de los factores sociodemográficos, únicamente la ocupación se asoció significativamente con el tipo de alimentación, es decir, si la madre trabaja, tiene menor posibilidad de alimentar a su bebé con lactancia materna exclusiva.

Estos resultados son concluyentes con el estudio realizado por Spitzmueller et al., (2018) en donde se identificó el regreso al trabajo como un factor de riesgo importante para la interrupción de la lactancia materna.

Bhanderi, Pandya, & Sharma (2019) realizaron un estudio transversal con 330 madres de bebés de entre seis y doce meses, los resultados indican que la ocupación de la madre es una barrera que disminuye la posibilidad de alimentar al recién nacido con LME (OR=.004, IC95%= .001-.03).

En esta investigación, el estado civil, la edad, la escolaridad, el nivel socioeconómico y la paridad no se asociaron significativamente con el tipo de alimentación, sin embargo, existe evidencia de que estas variables sí influyen en la decisión de lactar exclusivamente (Espinoza et al., 2014).

Fortalezas y debilidades del estudio

Durante el desarrollo del estudio se detectaron algunas limitaciones de naturaleza metodológica. En primer lugar, en la primera medición, los cuestionarios fueron auto-aplicados lo que puede llevar a un sesgo de deseabilidad social en las respuestas de las participantes que es importante considerar. Se intentó minimizar este sesgo garantizando la confidencialidad de los datos y explicándoles a las participantes que no existían respuestas correctas e incorrectas y, que el objetivo principal era conocer lo que sabían y creían de la lactancia materna.

Debido a la homogeneidad de las características de las participantes (edad, estado civil, nivel socioeconómico, ocupación y escolaridad) limita la posibilidad de generalizar los resultados de este estudio. Por lo que se recomienda ampliar la muestra, para analizar el comportamiento de estas variables en mujeres con distintas características. Además de la pérdida de participantes que implica un diseño de este tipo.

Por la naturaleza del estudio se reportaron pérdidas al momento del seguimiento, siendo que en la evaluación basal se reclutaron alrededor de 800 mujeres, y sólo se pudo hacer un seguimiento de 137 mujeres después del parto.

Referente a las fortalezas de este estudio, en México no se cuenta con investigaciones que aborden este fenómeno desde los constructos de la Teoría de la Conducta Planeada. En este sentido, la investigación aporta información novedosa sobre variables que pueden ser predictores del tipo de alimentación, que pueden ser utilizados en el diseño de programas para aumentar la ocurrencia de la lactancia materna exclusiva.

El diseño elegido para el estudio supone además una valiosa oportunidad para identificar otros elementos como las variables psicosociales, sociodemográficas, biofísicas y su relación con la práctica de la lactancia materna.

7.1 Conclusiones

La importancia de la lactancia materna reside en los múltiples beneficios que se han estudiado, entre los individuales se encuentran los beneficios de salud para la madre y el bebé; dentro de los beneficios sociales se encuentran el descenso de mortalidad infantil y la reducción de gastos en cuidados médicos lo que beneficia al sistema de salud público.

En conclusión, los resultado del presente estudio sugieren que el control conductual percibido no es una variable que predice la intención de lactar durante el embarazo, pero sí la conducta de la lactancia materna.

Asimismo, se encontró que las mujeres que trabajan puntúan puntajes más bajos en el control conductual percibido lo que reduce la posibilidad de alimentar a sus bebés con lactancia materna exclusiva.

Igualmente, las complicaciones secundarias al parto del bebé son un predictor fuerte del tipo de alimentación. Los resultados de la presente investigación pueden ser utilizados para crear intervenciones multidisciplinarias dirigidas a mujeres embarazadas, o con hijos lactantes para aumentar la posibilidad de que esta conducta sea llevada a cabo.

Si la lactancia se entiende como un factor modificable, los modelos psicosociales pueden aportar información para entender las variables que están involucradas en el proceso y, a su vez, identificar los factores subyacentes que están implicados en la decisión de alimentar a los hijos con lactancia materna y que son potencialmente modificables, como es el caso del control conductual percibido, en

dónde se pueden implementar intervenciones dirigidas a la modificación de creencias para que las madres perciban que aunque existen barreras que pueden dificultar el inicio y mantenimiento de esta conducta, puedan anteponer los beneficios, y por ende, percibir más beneficios para llevar la lactancia materna exclusiva de manera exitosa.

Son de vital importancia las barreras que resultaron significativas y que son factores no modificables, en las que se destaca (sobre la intención personal de lactar) la condición laboral de la madre, lo cual repercute en la concepción de la lactancia como un evento privado que ocurre en la relación madre-hijo, ampliando la visión del fenómeno y poniendo énfasis en la participación de factores como las políticas públicas que faciliten la lactancia en los centros de trabajo y la necesidad de promover estrategias comunitarias para las madres con empleos informales, así como la importancia de la capacitación continua del personal de salud materno-infantil que promueva la lactancia exclusiva en niños con necesidades de atención en salud específicas.

Otra barrera no modificable que se encontró en el presente estudio son las posibles complicaciones médicas del bebé secundarias al parto, para este tipo de variables, la recomendación es aumentar las intervenciones para que las madres acudan a sus consultas prenatales, con el fin de detectar cualquier complicación que se pueda presentar durante el embarazo, lo que reduce las complicaciones de la madre y del bebé durante el parto.

Es necesario eliminar los obstáculos que dificultan la lactancia materna en público así como otros impedimentos culturales para que la lactancia materna se convierta una vez más en una norma social

y sea reconocida, aceptada y valorada como la alimentación con más beneficios reportados (OPS-OMS, 2014).

Como sugerencia para futuros estudios, se propone incrementar la muestra utilizada, con el fin de visualizar como se desempeñan las variables que en este estudio no fueron significativas, así como considerar variables que en esta investigación no fueron tomadas en cuenta.

Estudios psicológicos dirigidos a las conductas de salud sirven para conocer el proceso que lleva a una persona a realizar cierta acción, en este caso, la lactancia materna, al identificar las variables que median la decisión de lactar sirve para conocer y planear planes de acción para intervenir con aquellas madres que deciden no hacerlo.

Referencias bibliográficas

- Acker, M. (2009). Breast is Best...But Not Everywhere: Ambivalent Sexism and Attitudes Toward Private and Public Breastfeeding. *Sex Roles*, 61(7–8), 476–490. <https://doi.org/10.1007/s11199-009-9655-z>
- Adab, P., Jiang, C., Rankin, E., Tsang, Y., Lam, T., Barlow, J., ... Cheng, K. (2014). Breastfeeding practice, oral contraceptive use and risk of rheumatoid arthritis among Chinese women: The Guangzhou Biobank Cohort Study. *Rheumatology (Oxford)*, 53(5), 860–866.
- Aguilar, M., & Aspilueta, G. (2013). Cáncer de mama. *Revista Salud, Sexualidad y Sociedad*, 1(4), 4–5.
- Ajzen, I. (1985). From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. En *Action Control* (pp. 11–39). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-69746-3_2
- Ajzen, I. (1991). Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*.
- Ajzen, I. (2002). Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(4), 665–683.
- Ajzen, I. (2005). Explaining intentions and behavior. En *Attitudes, Personality and Behavior* (pp. 117–140). New York USA.
- Alva, L., Gómez, A., Rojas, M., Serrano, K., & Juárez, M. (2017). *Escala para medir control conductual percibido en embarazadas*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Amador, L. (2004). Leche materna vs leche de fórmula. *Profeco*. Recuperado a partir de https://www.profeco.gob.mx/revista/publicaciones/adelantos_04/lechemater_may04.pdf
- Avery, M., Duckett, L., Dodgson, J., Savik, K., & Henly, S. (1998). Factors Associated with Very Early Weaning Among Primiparas Intending to Breastfeed. *Maternal and Child Health Journal*, 2(3), 167–179.
- Bailey, C., Pain, R., & Aarvold, J. (2004). A ‘give it a go’ breast-feeding culture and early cessation among low-income mothers. *Midwifery*, 20(3), 240–250. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2003.12.003>
- Basso, G., & Jezabel, M. (2016). Desafíos de la alimentación en la unidad neonatal. En *Neurodesarrollo en Neonatología* (p. 336).
- Becerra Bulla, F. (2015). Leptina y Lactancia materna: Beneficios fisiológicos. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(1), 119–126. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n1.43953>
- Becerra, F. (2015). EL ENTORNO FAMILIAR Y SOCIAL DE LA MADRE COMO FACTOR QUE PROMUEVE O DIFICULTA LA LACTANCIA MATERNA. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(2), 217–227. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.44051>
- Bhanderi, D., Pandya, Y., & Sharma, D. (2019). Barriers to exclusive breastfeeding in rural community of central Gujarat, India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(1), 54. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_329_18
- Brahm, P., & Valdés, V. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista chilena de pediatría*, 88(1), 07-14. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000100001>
- Brown, C., Doods, L., Legge, A., Bryanton, J., & Semenic, S. (2014). Factors influencing the reasons

- why mothers stop breastfeeding. *Canadian Journal of Public Health*, 105.
- Cabrera, E., & Díaz, O. (2009). El consumo de leche de vaca, respuesta inmune y diabetes mellitus tipo 1. *Revista Cubana de Endocrinología*, 20(2).
- Camurdan, A., Ilhan, M., Beyazova, U., Sahin, F., Vatandas, N., & Eminoglu, S. (2008). How to achieve long-term breast-feeding: Factors associated with early discontinuation. *Public Health Nutrition*, 11, 1173–1179.
- Cattaneo, A. (2012). Academy of Breastfeeding Medicine Founder’s Lecture 2011: Inequalities and Inequities in Breastfeeding: An International Perspective. *Breastfeeding Medicine*, 7(1), 3–9. <https://doi.org/10.1089/bfm.2012.9999>
- Chantry, C., Dewey, K., Peerson, J., Wagner, E., & Nommsen-Rivers, L. (2014). In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breastfeed. *Journal of Pediatrics*, 164, 1339–1345.
- Charpak, N., & Barragán, D. (2016). El método madre canguro: “ciencia y ternura”. En *Neurodesarrollo en Neonatología* (p. 336).
- Chuang, C., Chang, P., Chen, Y., Hsieh, W., Hurng, B., Lin, S., & Chen, P. (2010). Maternal return to work and breastfeeding: A population-based cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 461–474.
- Cortés, E., Ramírez, M., Olvera, J., & Arriaga, Y. (2009). El comportamiento de salud desde la salud: la salud como un proceso. *Alternativas en psicología*, 14(20), 18–88.
- Crippa, B. L., Colombo, L., Morniroli, D., Consonni, D., Bettinelli, M. E., Spreafico, I., ... Mosca, F. (2019). Do a Few Weeks Matter? Late Preterm Infants and Breastfeeding Issues. *Nutrients*, 11(2), 312. <https://doi.org/10.3390/nu11020312>
- Dashti, M., Scott, J. A., Edwards, C. A., & Al-Sughayer, M. (2010). Determinants of breastfeeding initiation among mothers in Kuwait. *International Breastfeeding Journal*, 5(1), 7. <https://doi.org/10.1186/1746-4358-5-7>
- Daza, W., Dadan, S., & Higuera, M. (2017). Profile of gastrointestinal diseases in a pediatric gastroenterology center in Colombia: 15 years of follow-up. *Biomédica*, 37(3), 315. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v37i3.3313>
- de Vries, H., Dijkstra, M., & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Education Research*, 3(3), 273–282. <https://doi.org/10.1093/her/3.3.273>
- Dennis, C. (2003). The breastfeeding self-efficacy scale: Psychometric assessment of the short form. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 32, 734–744.
- Dennis, L. (2001). Breastfeeding initiation and duration: A 1990-2000 Literature review. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 31(1), 12–32.
- Díaz-Gómez, M., Ruzafa-Martínez, M., Ares, S., Espiga, I., & De Alba, C. (2016). Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Rev Esp Salud Pública*, 90.
- Dieterich, C., Felice, J., O’Sullivan, E., & Rasmussen, K. (2012). Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad. *Pediatric clinics of North America*, 60(1), 31–48.
- Dodgson, J., Henly, S., Duckett, L., & Tarrant, M. (2003). Theory of Planned Behavior-Based Models for Breastfeeding Duration Among Hong Kong Mothers. *Nursing Research*, 23(3), 148–158.
- Drake, A., & Reynolds, R. (2010). Impact of maternal obesity on offspring and cardiometabolic disease risk. *Reproduction*, 140(3), 387–398.
- ENSANUT. (2012). Resultados Nacionales 2012.
- Espinoza, C., Zamorano, C., Graham, S., & Orozco, A. (2014). Factores que determinan la duración

- de la lactancia materna durante los tres primeros meses de vida. *Anales Médicos*, 59(2), 120–126.
- Farkas, C., & Girard, L.-C. (2019). Breastfeeding initiation and duration in Chile: understanding the social and health determinants. *Journal of Epidemiology and Community Health*, jech-2018-211148. <https://doi.org/10.1136/jech-2018-211148>
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, Mass.: Addison-Wesley Pub. Co.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. Taylor and Francis Group.
- Flaherman, V., Hicks, K., Cabana, M., & Lee, K. (2012). Maternal experience of interactions with providers among mothers with milk supply concern. *Clinical Pediatrics*, 51, 778–784.
- Fu, I., Fong, D., Heys, M., Lee, I., Sham, A., & Tarrant, M. (2014). Professional breastfeeding support for first-time mothers: a multicentre cluster randomised controlled trial. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121(3), 1673–1683.
- Fuller, J., & White, A. (1998). The Effects of Support Networks on the Choice of Infant Feeding Method. *Journal of the American Dietetic Association*, 98(9), A61. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(98\)00521-5](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(98)00521-5)
- Gatrell, C. (2007). Secrets and lies: Breastfeeding and professional paid work. *Social Science and Medicine*, 65, 393–404.
- Gertz, B., & DeFranco, E. (2019). Predictors of breastfeeding non-initiation in the NICU. *Maternal & Child Nutrition*, e12797. <https://doi.org/10.1111/mcn.12797>
- Giles, M., Connor, S., McClenahan, C., Mallett, J., Stewart-Knox, B., & Wright, M. (2007). Measuring young people's attitudes to breastfeeding using the Theory of Planned Behaviour. *Journal of Public Health*, 29(1), 17–26.
- Gómez, A., Rojas, M., Serrano, K., & Juárez, M. (2017). Norma subjetiva y lactancia materna: un estudio instrumental en mujeres embarazadas de la CDMX. En *Presentado en el XXV Congreso Mexicano de Psicología*.
- González-Jiménez, E., García, P., Aguilar, M., Padilla, C., & Álvarez, J. (2016). Breastfeeding and the prevention of breast cancer: a retrospective review of clinical histories. *Journal of Clinical Nursing*, 23(17–18), 2397–2403. <https://doi.org/10.1111/jocn.12368>
- González, K., Meinen-Derr, J., Burke, B., Hibler, A., Kavinsky, B., & Hess, S. (2008). Evaluation of a lactation support service in a children's hospital neonatal intensive care unit. *Journal of Human Lactation*, 19(3), 286–292.
- Guendelman, S., Kosa, J. L., Pearl, M., Graham, S., Goodman, J., & Kharrazi, M. (2009). Juggling Work and Breastfeeding: Effects of Maternity Leave and Occupational Characteristics. *PEDIATRICS*, 123(1), e38–e46. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2244>
- Guo, J. L., Wang, T. F., Liao, J. Y., & Huang, C. M. (2016). Efficacy of the theory of planned behavior in predicting breastfeeding: Meta-analysis and structural equation modeling. *Applied Nursing Research*, 29, 37–42. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.03.016>
- Hannan, A., Li, R., Benton-Davis, S., & Grummer-Strawn, L. (2005). Regional Variation in Public Opinion About Breastfeeding in the United States. *Journal of Human Lactation*, 21(3), 284–288. <https://doi.org/10.1177/0890334405278490>
- Hauck, Y., Fenwick, J., Dhaliwal, S., & Butt, J. (2011). No A Western Australian survey of breastfeeding initiation, prevalence and early cessation patterns. *Maternal and Child Health Journal*, 15, 260–268.
- Hill, P., & Aldag, J. (1991). Potential indicators of insufficient milk supply syndrome. *Research in Nursing & Health*, 14, 11–19.

- Hinson, T., Cockrell, A., Hassmiller, K., & Spatz, D. (2018). Factors that influence breastfeeding initiation among African American women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 47*(3), 290–300.
- Huang, Y., Lee, J., & Huang, C. (2009). Factors related to maternal perception of milk supply while in the hospital. *Journal of Nursing Research, 17*, 179–188.
- Hutly, S., Barros, F., Victora, C., Beria, J., & Vaughan, P. (1990). Do mothers overestimate breast feeding duration? an example of recall bias from a study in Southern Brazil. *American Journal Of Epidemiology, 132*(3), 572–575.
- Insaf, T., Turzanski, R., Pekow, P., Dole, N., Markensony, G., & Chasan-Taber, L. (2011). Prenatal Stress, Anxiety, and depressive symptoms as predictors of intention to breastfeed among Hispanic women. *Journal of Women,s Health, 20*(8).
- Jamehei, F., Ostovar, A., & Javadzade, H. (2017). Predictors of Exclusive Breastfeeding among Nulliparous Iranian Mothers: Application of the Theory of Planned Behavior. *Int J Pediatr, 5*(3), 4457–4467.
- Johnston, M., & Esposito, N. (2007). Barriers and facilitators for breastfeeding among working women in the United States. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 36*(1), 9–20.
- Khasawneh, W., & Khasawneh, A. A. (2017). Predictors and barriers to breastfeeding in north of Jordan: could we do better? *International Breastfeeding Journal, 12*(1), 49.
<https://doi.org/10.1186/s13006-017-0140-y>
- Latham, M. (2002). Nutrición humana en el mundo en desarrollo. *Colección FAO: Alimentación y nutrición, 29*. Recuperado a partir de <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s00.htm#Contents>
- Lawton, R., Ashley, L., Dawson, S., Waiblinger, D., & Conner, M. (2012). Employing an extended Theory of Planned Behaviour to predict breastfeeding intention, initiation, and maintenance in White British and South-Asian mothers living in Bradford. *The British Psychological Society, 17*, 854–871.
- León-Cava, N., Lutter, C., Ross, J., & Martin, L. (2002). *Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: Reseña de la evidencia*.
- Levinienė, G., Pretrauskienė, A., Tamulevičienė, E., Kudzytė, J., & Labanauskas, L. (2009). The evaluation of knowledge and activities of primary health care professionals in promoting breastfeeding. *Medicina (Kaunas), 45*(3), 238–247.
- Libman, I. (2009). Epidemiología de la diabetes mellitus en la infancia y adolescencia: tipo 1, tipo 2 y ¿diabetes “doble”? *Revista argentina de endocrinología. Revista Argentina de Endocrinología, 46*(3).
- Losa-Iglesias, M., Rodríguez-Vázquez, R., & Becerro, R. (2013). Papel de la abuela en la lactancia materna. *Aquichan, 13*(2), 270–279.
- Louis-Jaques, A., & Stuebe, A. (2018). Long-term maternal benefits of breastfeeding. *Breast, 64*(7).
- Martín, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso de salud enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública, 29*(3), 275–281.
- Martínez, H. (2014). Beneficios de la alimentación del recién nacido con fórmula de inicio: libre demanda contra capacidad gástrica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 71*(4), 193–195. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2014.08.006>
- McAllister, H., Bradshaw, S., & Ross-Adjie, G. (2009). A study of in-hospital midwifery practices that affect breastfeeding outcomes. *Breastfeed Rev, 17*, 11–15.
- McMillan, B., Conner, M., Woolridge, M., Dyson, L., Green, J., Renfrew, M., ... Clarke, G. (2008). Predicting breastfeeding in women living in areas of economic hardship: Explanatory role of the

- theory of planned behaviour. *Psychology & Health*, 23(7), 767–788.
<https://doi.org/10.1080/08870440701615260>
- Meedya, S., Fahy, K., & Kable, A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *ELSERVIER*, 135–145.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.02.002>
- Meyerink, R. O., & Marquis, G. S. (2002). Breastfeeding Initiation and Duration Among Low-Income Women in Alabama: The Importance of Personal and Familial Experiences in Making Infant-Feeding Choices. *Journal of Human Lactation*, 18(1), 38–45.
<https://doi.org/10.1177/089033440201800106>
- Mirkovic, K. R., Perrine, C. G., Scanlon, K. S., & Grummer-Strawn, L. M. (2014). In the United States, a Mother's Plans for Infant Feeding Are Associated with Her Plans for Employment. *Journal of Human Lactation*, 30(3), 292–297. <https://doi.org/10.1177/0890334414535665>
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
- Morales. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. Editorial UniSon.
- Moreno, E., & Gil, J. (2003). El modelo de creencias en salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), 91–109.
- Natland, T., Forsmo, S., Wenberg, G., Midhjell, K., Frost, L., & Lund, T. (2013). A prospective population-based cohort study of lactation and cardiovascular disease mortality: The HUNT study. *BMC Public Health*, 13(1), 1070.
- Neipp, M. C., Quiles, M. J., León, E., Tirado, S., & Rodríguez-Marín, J. (2015). Aplicando la Teoría de la Conducta Planeada: ¿qué factores influyen en la realización de ejercicio físico? *Atención Primaria*, 47(5), 287–293. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.07.003>
- Oblitas, L. (2008). Felicidad., *Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad*. *Av. Psicol*, 16(1), 9–38.
- Ogbuanu, C., Glover, S., Probst, J., Liu, J., & Hussey, J. (2011). The Effect of Maternity Leave Length and Time of Return to Work on Breastfeeding. *PEDIATRICS*, 127(6), e1414–e1427.
<https://doi.org/10.1542/peds.2010-0459>
- Ong, G., Yap, M., Li, F. L., & Choo, T. B. (2005). Impact of working status on breastfeeding in Singapore. *European Journal of Public Health*, 15(4), 424–430.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/cki030>
- OPS-OMS. (2014). Lactancia materna: un tema contemporáneo en un mundo globalizado. Recuperado a partir de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/WBW-2014-PolicyBrief-Spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Biblioteca electrónica de documentaciones científica sobre medidas nutricionales. Recuperado a partir de http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Alimentación del lactante y del niño pequeño. Recuperado a partir de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Organización Panamericana de la salud, & Organización Mundial de la Salud. (2018). Semana mundial de la lactancia materna 2018: Pilar de la vida. Recuperado a partir de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14507:world-breastfeeding-week-20187&Itemid=42401&lang=es
- Otsuka, K., Dennis, C., Tatsuoka, H., & Jimba, M. (2008). The relationship between breastfeeding

- self-efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37, 546–555.
- Peacock-Chambers, E., Dicks, K., Sarathy, L., Brown, A., & Boyton-Jarret, R. (2017). Perceived Maternal Behavioral Control, Infant Behavior, and Milk Supply: A Qualitative Study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 38(6), 401–408.
- Perroni, M., Schnaas, L., Arteaga, A., Martínez, S., Hernández, C., & Osorio, E. (2003). Efecto de la lactancia sobre el desarrollo neuroconductual del niño. *Perinatología y Reproducción humana*, 17(1), 20–27.
- Puig, M., & Sancho, D. (2012). Percepciones de la mujer sobre la lactancia materna en las comarcas de La Huerta Oeste, La Ribera Alta y Valencia. *Biblioteca Lascasas*, 8(2).
- Rahimi, T., Dehdari, R., Faryabi, R., & Ghazvinian, L. (2015). The Applicability of the Theory of Planned-Behavior in Predicting the Intention to Exclusive Breast-feeding among Pregnant Women in Qom in 2014. *Rafsanjan Univ Med Sci*, 14(4), 299–310.
- Rasmussen, K. (2007). Association of maternal obesity before conception with poor lactation performance. *Annual Review of Nutrition*, 27, 103–121.
- Rempel, L. (2004). Factors Influencing the Breastfeeding Decisions of Long-term Breastfeeders. *J Hum Lact*, 20(3), 306–318.
- Roe, B., Whittington, L., Fein, S., & Teisl, M. (1999). Is there competition between breast-feeding and maternal employment? *Demography*, 36, 157–171.
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., ... Victora, C. G. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, 387(10017), 491–504. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)
- Sacco, L., Caulfield, L., Gittelsohn, J., & Martínez, H. (2006). The conceptualization of perceived insufficient milk among Mexican mothers. *Journal of Human Lactation*, 22, 277–286.
- Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*. (McGrawHill, Ed.). Ciudad de México.
- Sandoval, L., Jiménez, M., Olivares, S., & De la Cruz Olvera, T. (2016). Lactancia materna, alimentación complementaria y el riesgo de obesidad infantil. *Atención Primaria*, 48(9), 572–578. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.10.004>
- Scott, J., Binnins, C., Oddy, W., & Graham, K. (2006). Predictors of breastfeeding duration: Evidence from a Cohort Study. *Pediatrics*, 117(4).
- Scott, J., Binns, C., & Oddy, W. (2007). Predictors of delayed onset of lactation. *Maternal and Child Health Journal*, 3, 186–193.
- Secretaría de salud. (2018). *Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018*.
- Segura-Millan, S., Dewey, K., & Pérez-Escamilla, R. (1994). Factors associated with perceived insufficient milk in a low-income urban population in Mexico. *Journal of Nutrition*, 124, 202–212.
- Sharma, I., & Bryne, A. (2016). Early initiation of breastfeeding: a systematic literature review of factors and barriers in South Asia. *International Breastfeeding Journal*, 11(17).
- Shawky, S., & Abalkhail, B. (2003). Maternal factors associated with the duration of breast feeding in Jeddah, Saudi Arabia. *Paediatric Perinatal Epidemiology*, 17, 91–96.
- Simard, I., O'Brien, H., Beaudoin, A., Turcotte, D., Damant, D., Ferland, S., ... Champoux, L. (2005). Factors influencing the initiation and duration of breastfeeding among low-income women followed by the Canada prenatal nutrition program in 4 regions of Quebec. *Journal of Human Lactation*, 21, 327–337.
- Spitzmueller, C., Zhang, J., Thomas, C., Wang, Z., Fisher, G., Matthews, R., & Strathearn, L. (2018). Identifying job characteristics related to employed women's breastfeeding behaviors. *Journal of Occupational Health Psychology*, 23(4), 457–470. <https://doi.org/10.1037/ocp0000119>

- Tang, L., Binns, C., & Lee, A. (2015). Infant formula crisis in China: A cohort study in Sichuan province. *Journal of Health, Population and Nutrition*, *33*, 117–122.
- Tang, L., Lee, A., & Binns, C. (2014). Factors associated with breastfeeding duration: A prospective cohort study in Sichuan Province, China. *World J Pediatr*, *11*(3), 232–238.
- Tengku Ismail, T. A., Wan Muda, W. A. M., & Bakar, M. I. (2016). The extended Theory of Planned Behavior in explaining exclusive breastfeeding intention and behavior among women in Kelantan, Malaysia. *Nutrition Research and Practice*, *10*(1), 49. <https://doi.org/10.4162/nrp.2016.10.1.49>
- Thelpa, T., Marais, D., Bell, J., & Muangpin, S. (2018). Perceptions of northeast Thai breastfeeding mothers regarding facilitators and barriers to six-month exclusive breastfeeding: focus group discussions. *International Breastfeeding Journal*, *13*(14).
- UNICEF. (2005). Hacia la promoción y rescate de la lactancia materna. Recuperado a partir de <https://www.unicef.org/venezuela/spanish/LACTANCIA.pdf>
- Valado, S., & Orozco, G. (2018). Breastfeeding Psychosocial aspects. *Journal of dental science, oral and maxillofacial research*, *1*(3), 95–100. <https://doi.org/10.30881/jdsomr.00019>
- Van, P. (1996). The Cultural Context of Breastfeeding and Breastfeeding Policy. *Food and Nutrition Bulletin*, *17*(4), 1–6. <https://doi.org/10.1177/156482659601700425>
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., ... Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, *387*(10017), 475–490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Villar, M., Santa-Marina, L., Murcia, M., Armiano, P., Fimeno, S., Ballester, F., ... Ibarluzea, A. (2018). Social Factors Associated with Non-initiation and Cessation of Predominant Breastfeeding in a Mother-Child Cohort in Spain. *Maternal and Child Health Journal*, *22*(5), 725–734.
- Waits, A., Guo, C., & Chien, L. (2018). Exclusive, Evaluation of factors contributing to the decline in National, breastfeeding at 6 months postpartum: The 2011-2016 Taiwan, Surveys in. *Birth Issues In Perinatal Care*, *45*(2), 1–9.
- Wambach, K., Campbell, S., Gill, S., Dodgson, J., Abiona, T., & Heining, M. (2005). Clinical lactation practice: 20 years of evidence. *Journal of Human Lactation*, *21*, 245–258.
- Wood, K., & Qureshi, K. (2017). Facilitators and barriers for successful breastfeeding among migrant chuukese mothers of Guam. *SAGE open nursing*, *3*, 1–9.
- Yngve, A., & Sjöström, M. (2001). Breastfeeding determinants and a suggested framework for action in Europe. *Public health nutrition*, *4*(2B), 729–39. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11683569>
- Zhang, Z., Zhu, Y., Zhang, L., & Wan, H. (2018). What factors influence exclusive breastfeeding based on the theory of planned behaviour. *Midwifery*, *62*, 177–182. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.006>
- Zhu, Y., Zhang, Z., Ling, Y., & Hongwei, W. (2017). Impact of intervention on breastfeeding outcomes and determinants based on theory of planned behavior. *Elsevier*, *30*, 146–152.

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 apego 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

Intención de lactar exclusivamente durante el embarazo

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 segura
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

ANEXO 3

Cuestionario de control conductual percibido durante el embarazo

Enseguida encontrará una serie de situaciones que pueden facilitarle amamantar a su bebé. Marque con una "x" el grado de acuerdo que tiene con cada una de ellas.

No marcar la parte sombreada

<i>Será más fácil amamantar a mi bebé si ...</i>	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo	
1. ...me siento a gusto y cómoda	0	1	2	3	1.[]
2. ...él está cómodo	0	1	2	3	2.[]
3. ...estoy en casa	0	1	2	3	3.[]
4. ...me encuentro en un lugar agradable	0	1	2	3	4.[]
5. ...pongo música para estimular a mi bebé	0	1	2	3	5.[]
6. ...tengo la posición correcta para amamantar	0	1	2	3	6.[]
7. ...le hablo a mi bebé mientras le doy pecho	0	1	2	3	7.[]
8. ...mi leche cicatriza las grietas de mis pezones	0	1	2	3	8.[]
9. ...evito pensar que me va a doler	0	1	2	3	9.[]
10. ...identifico cuándo tiene hambre	0	1	2	3	10.[]
11. ...me siento tranquila/relajada	0	1	2	3	11.[]

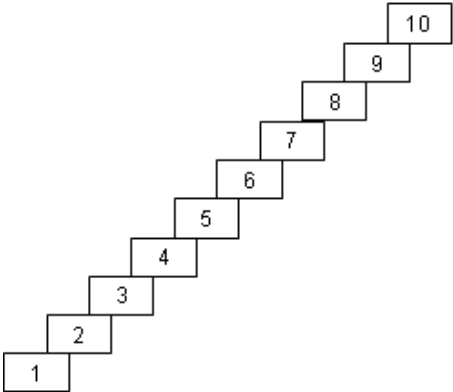
En esta sección encontrará algunas de las situaciones que pueden dificultarle amamantar a su hijo(a), en cada una de ellas marque con una "x" la opción que mejor represente su opinión.

No marcar la parte sombreada

<i>Me dificultará amamantar a mi hijo(a) si</i>	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo	
12. ...estoy enfrente de mis suegros	0	1	2	3	12.[]
13. ...se quita la sábana con la que me cubro	0	1	2	3	13.[]
14. ...no tengo tiempo	0	1	2	3	14.[]
15. ...tuviera que trabajar	0	1	2	3	15.[]
16. ...me siento cansada	0	1	2	3	16.[]
17. ...estoy enferma	0	1	2	3	17.[]
18. ...estoy en público	0	1	2	3	18.[]
19. ...tengo que hacer otras actividades	0	1	2	3	19.[]
20. ...estoy en transporte público	0	1	2	3	20.[]
21. ...estoy en la calle	0	1	2	3	21.[]
22. ...me siento estresada	0	1	2	3	22.[]
23. ...estoy de mal humor	0	1	2	3	23.[]
24. ...mi bebé rechaza mi pecho	0	1	2	3	24.[]

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. [] []
5. Estado civil: Soltera (0) Casada, Unión libre (1) Otro (2)	5. []
6. Escolaridad: (0) Primaria o menos	6. []
(1) Secundaria completa	(3) Licenciatura completa
(2) Bachillerato o equivalente completo	(4) Posgrado
7. Ocupación: (0) Profesional o técnica especializada, jefa y/o directiva de empresa o institución	7. []
(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. []

PARTE X

No marcar la parte sombreada

1. ¿Su embarazo fue planeado?

Sí (1)

No (0)

2. ¿Cuánto pesaba antes del embarazo? _____ Kg
3. Peso actual _____ Kg
4. Estatura _____ m.
5. Semana de embarazo/gestación: _____ semanas _____ días
6. Fecha probable de parto: _____ día _____ mes _____ año
7. ¿En qué semana del embarazo acudió por primera vez al centro de salud a consulta prenatal? _____
8. Número de consultas prenatales (sin contar pruebas de detección de VIH, consultas odontológicas, ni vacunas)
- a) En el centro de salud _____
- b) En consulta privada _____
9. ¿Asiste a algún Grupo de Ayuda Mutua en el Centro de Salud?
- Sí (1) No (0)
10. ¿Ha asistido a pláticas o asesorías sobre lactancia materna?
- Sí (1) No (0)
11. Una vez que su hijo(a) haya nacido ¿a qué servicio médico planea llevarlo para revisión y/o seguimiento?
- a) Centro de Salud
- b) Consulta privada con un Médico General
- c) Consulta privada con un Pediatra
- d) ISSSTE O IMSS
- e) Ninguno
12. ¿Es su primer embarazo?
- Sí (1) **HA TERMINADO EL CUESTIONARIO, GRACIAS**
- No (0) *CONTINÚE CON LA PREGUNTA 13*
13. Contando el embarazo actual, ¿cuántos ha tenido en total?: _____
14. Número de: (a) Partos: _____ (b) Cesáreas: _____ (c) Abortos: _____
15. ¿De qué forma alimentó a su primer hijo?
- Lactancia materna exclusiva (0) Alimentación mixta (1) Solo fórmula láctea (2)
- a) ¿Durante cuánto tiempo? _____
16. ¿De qué forma alimento a su segundo hijo?
- Lactancia materna exclusiva (0) Alimentación mixta (1) Solo fórmula láctea (2)
- a) ¿Durante cuánto tiempo? _____
17. ¿De qué forma alimentó a su tercer hijo?
- Lactancia materna exclusiva (0) Alimentación mixta (1) Solo fórmula láctea (2)
- a) ¿Durante cuánto tiempo? _____

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

ANEXO 5

Cuestionario de seguimiento



CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO LACTANCIA MATERNA

PARTE I

Instrucciones: Las siguientes preguntas tienen como finalidad dar seguimiento al cuestionario que contestó mientras usted estaba embarazada. Por favor responda todas las preguntas que se le solicita de forma honesta, recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, su participación es muy importante para nosotros.

Capturista cuestionario base _____	Capturista seguimiento _____
No. Expediente: _____	Folio: _____
Número adicional: _____	Correo electrónico: _____
1. Nombre completo: _____	
2. Fecha actual: ____/____/____ (día) (mes) (año)	
3. Edad: ____ (años cumplidos)	3. []
4. Estado civil: Soltera (0) Casada, Unión libre (1) Otro (2)	4. []

PARTE II

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS DE LA MADRE

(Esta sección será resuelta por el encuestador, por favor, no escriba dentro de este recuadro)

1. Peso corporal antes del embarazo _____ kg	1. []	4. Estatura _____ cm	4. []
2. Peso máximo durante el embarazo _____ kg	2. []		
3. Peso actual _____ kg	3. []		
INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS DEL BEBÉ (REPORTE DE LA MADRE)			
5. Peso al nacer _____ kg	5. []	7. Estatura al nacer _____ cm	7. []
6. Peso actual _____ kg	6. []	8. Estatura actual _____ cm	8. []

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

<p>PARTE IV</p> <p>1. ¿Cuánto tiempo después del parto usted y su hijo(a) estuvieron juntos en la misma habitación?</p> <p>a) Inmediatamente (0) b) 1 o 2 horas después (1) c) Más de 2 horas después (2) d) No estuvo en la misma habitación (3) e) Sólo estuvimos juntos para alimentarlo (4)</p> <p>2. ¿Cuál fue el primer alimento que recibió su bebé?</p> <p>a) Lo alimenté con leche materna (0) b) Formula láctea (1) c) El personal de salud le proporciono leche materna (2) d) Otra (3) ¿Cuál? _____</p> <p>3. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que nació su hijo(a) hasta la primera vez que lo alimentó con leche materna?</p> <p>a) Menos de 30 minutos (0) b) De 30 a 60 minutos (1) c) Más de 60 minutos (2) d) No lo alimente con leche materna (3)</p> <p>4. ¿El personal de salud le administró fórmula láctea a su bebé?</p> <p>No (0) Si (1) Sí, pero sin mi consentimiento (2)</p> <p>5. ¿De qué manera alimento a su bebé desde el nacimiento hasta que salió del hospital?</p> <p>a) Únicamente leche materna (0) b) Únicamente fórmula láctea (1) c) Leche materna y fórmula láctea (2)</p>	<p>1. []</p> <p>2. []</p> <p>3. []</p> <p>4. []</p> <p>5. []</p>
<p>PARTE V</p> <p>1. ¿De qué manera ha alimentado a su hijo(a) desde que salió del hospital hasta el día de hoy?</p> <p>a) Únicamente leche materna (0) b) Únicamente fórmula láctea (1) c) Leche materna y fórmula láctea (2)</p> <p>2. ¿Con qué frecuencia alimenta a su hijo(a) de esta manera?</p> <p>a) A libre demanda (las veces que él quiera) (0) b) 3 a 5 veces al día (1) c) 6 a 8 veces al día (2) d) 9 veces o más (3)</p> <p>3. ¿Cuánto tiempo dura cada toma?</p> <p>a) 1 a 10 minutos (0) b) 11 a 20 minutos (1) c) 21 a 30 minutos (2) d) Más de 30 minutos (3)</p> <p>4. ¿Su bebé y usted duermen en la misma cama?</p> <p>No (0) Si (1)</p> <p>5. ¿Cómo alimenta a su bebé durante la noche?</p> <p>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</p>	<p>1. []</p> <p>2. []</p> <p>3. []</p> <p>4. []</p> <p>5. []</p> <p>6. []</p>

<p>PARTE VI Contestar únicamente si alimenta a su hijo con fórmula láctea</p> <p>1. ¿Quién le indicó administrar fórmula láctea? Médico (0) Pediatra (1) Enfermeras (2) Familiar (3) Amistad (4) Nadie me lo indicó, yo tomé la decisión (5)</p> <p>2. ¿Desde cuándo comenzó a alimentar a su hijo con formula láctea? Nacimineto (0) 1 mes (1) 2 meses (2) 3 meses (3) 4 meses (4) 5 meses (5)</p> <p>3. ¿Cuál de las siguientes situaciones se relaciona con su decisión de dejar la lactancia materna?</p> <p>3a) Mi bebé tuvo problemas para engancharse al pecho No (0) Si (1)</p> <p>3b) Mi bebé perdió el interés en la leche materna No (0) Si (1)</p> <p>3c) No me salía leche No (0) Si (1)</p> <p>3d) La leche que producía no era suficiente No (0) Si (1)</p> <p>3e) Motivos estéticos (flacidez, estrías, etc) No (0) Si (1)</p> <p>3f) Mis pezones dolían, estaban agrietados o sangrando No (0) Si (1)</p> <p>3g) Quería fumar o consumir alcohol No (0) Si (1)</p> <p>3h) Regrese a la escuela o al trabajo No (0) Si (1)</p> <p>4. ¿Qué apoyos o recursos podrían haber sido útiles o necesarios para que amamantara? Más información (0) tener más leche (1) Que el bebé se llenara con su leche (2) Que no se hubiera enfermado la mamá y el bebé (3)</p>	<p>1. []</p> <p>2. []</p> <p>3a. [] 3b. [] 3c. [] 3d. [] 3e. [] 3f. [] 3g. [] 3h. []</p> <p>4. []</p>
<p>PARTE VII</p> <p>1. Después de alimentar a su hijo(a) ¿cómo lo percibe?</p> <p>1a) Inquieto No (0) Si (1)</p> <p>1b) Relajado No (0) Si (1)</p> <p>1c) Irritable No (0) Si (1)</p> <p>1d) Feliz No (0) Si (1)</p> <p>2. Usualmente después de alimentar a su hijo(a), él/ella...</p> <p>2a) Se duerme No (0) Si (1)</p> <p>2b) Llora No (0) Si (1)</p> <p>2c) Se ríe No (0) Si (1)</p> <p>2d) Juega No (0) Si (1)</p> <p>2e) Otro: _____</p> <p>3. ¿Con qué frecuencia le da chupón a su hijo(a)?</p> <p>Nunca (0) → PASE A LA PREGUNTA 1, PARTE VIII Rara vez (1) Algunas veces (2) Frecuentemente (3) Siempre (4)</p> <p>4. ¿Qué edad tenía su hijo(a) la primera vez que utilizo el chupón? _____</p> <p>5. ¿Actualmente su hijo usa chupón? No (0) Si (1)</p>	<p>1a. [] 1b. [] 1c. [] 1d. []</p> <p>2a. [] 2b. [] 2c. [] 2d. [] 2e. []</p> <p>3. []</p> <p>4. []</p> <p>5. []</p>
<p>PARTE VIII Si usted NO alimenta a su hijo con leche materna pase a la PARTE IX</p> <p>1. ¿Cuándo amamanta a su hijo(a) cree que queda satisfecho(a)? No (0) Sí (1)</p> <p>2. ¿Considera que su leche es suficiente para calmar el apetito de su hijo? No (0) Sí (1)</p> <p>3. ¿Cree producir suficiente leche? No (0) Sí (1)</p> <p>4. ¿Considera que su leche es de buena calidad? No (0) Sí (1)</p>	<p>1. []</p> <p>2. []</p> <p>3. []</p> <p>4. []</p>

<p>5. ¿Piensa que su hijo(a) ha ganado peso suficiente debido a la leche materna? No (0) Sí (1)</p> <p>6. ¿Recibió asesoría sobre lactancia materna? No recibí (0) → PASE A LA PREGUNTA 9 Antes del parto (1) Después del parto (2)</p> <p>Antes y después del parto (3)</p> <p>7. ¿Quién le brindó la asesoría sobre lactancia materna?</p> <p>7a) Enfermeras No (0) Si (1)</p> <p>7b) Médico No (0) Si (1)</p> <p>7c) Pediatra No (0) Si (1)</p> <p>7d) Trabajadora social No (0) Si (1)</p> <p>7e) Familiar No (0) Si (1)</p> <p>7f) Nadie No (0) Si (1)</p> <p>7g) Otro _____</p> <p>8. ¿Dónde recibió asesoría sobre lactancia materna? Centro de salud (0) Grupo de ayuda mútua (1) Clínicas del IMSS, ISSSTE (2) Clínica privada (3) Internet (4) Otro: _____</p> <p>9. ¿Conoce las técnicas de extracción de leche materna? No (0) Si (1)</p> <p>10. ¿Conserva su leche materna? No (0) Si (1)</p> <p>11. ¿Su pareja la apoyó en la decisión de amamantar? No (0) Si (1) No aplica (2) PASE A LA PREGUNTA 13</p> <p>12. ¿Su pareja la apoya con labores cotidianas para que usted pueda amamantar a su hijo(a)? No (0) Si (1) No aplica (2)</p> <p>13. ¿Alguien más la apoya con las labores cotidianas para que usted pueda amamantar a su hijo (a)? No (0) PASE A LA PREGUNTA 15 Si (1)</p> <p>14. ¿Quién?</p> <p>14a) Mamá No (0) Si (1)</p> <p>14b) Papá No (0) Si (1)</p> <p>14c) Hermanos No (0) Si (1)</p> <p>14d) Abuelos No (0) Si (1)</p> <p>14e) Suegros No (0) Si (1)</p> <p>15f) Hijos Mayores No (0) Si (1)</p> <p>15. ¿Qué podría dificultar que continuara amantando a su bebé?</p> <p>15a) Buscar trabajo No (0) Si (1)</p> <p>15b) Que no le salga leche No (0) Si (1)</p> <p>15c) Que el bebé ya no se llene No (0) Si (1)</p>	<p>5. []</p> <p>7. []</p> <p>7. []</p> <p>8. []</p> <p>9. []</p> <p>10. []</p> <p>11. []</p> <p>12. []</p> <p>13. []</p> <p>14. []</p> <p>15. []</p>
<p>PARTE IX</p> <p>1. ¿Ha tenido que amamantar fuera de casa? No (0) Pase a la PARTE X Sí (1)</p> <p>2. ¿Dónde?</p> <p>2a) Trabajo. No (0) Si (1)</p> <p>2b) Transporte No (0) Si (1)</p> <p>2c) Hospitales/Clínicas No (0) Si (1)</p> <p>2d) Comercios/Tiendas de autoservicio No (0) Si (1)</p> <p>2e) Lugares recreativos (parques, cine, etc.) No (0) Si (1)</p> <p>2f) Iglesia No (0) Si (1)</p> <p>2g) Reunión No (0) Si (1)</p> <p>2h) Otros: _____</p> <p>3. ¿Mientras lactaba en público sintió que alguien la miraba con morbo o desaprobación?</p>	<p>1. []</p> <p>2. []</p> <p>2. []</p> <p>2. []</p> <p>2. []</p> <p>2. []</p> <p>2. []</p> <p>2. []</p> <p>2. []</p>

<p>No (0) Pase a la PARTE X Morbo (1) Desaprobación (2) Ambas (3) Otros: _____</p> <p>4. ¿Cómo se sintió con esta situación?</p> <p>4a) Estresada No (0) Si (1)</p> <p>4b) Intimidada No (0) Si (1)</p> <p>4c) Apenada No (0) Si (1)</p> <p>4d) Enojada No (0) Si (1)</p> <p>4e) Indiferente No (0) Si (1)</p> <p>4f) Otra: _____</p> <p>5. ¿Qué hizo?</p> <p>5a) Ignorar a la persona. No (0) Si (1)</p> <p>5b) Pedir ayuda No (0) Si (1)</p> <p>5c) Retirarse del lugar No (0) Si (1)</p> <p>5d) Dejó de alimentar a su bebé No (0) Si (1)</p> <p>5e) Otra: _____ No (0) Si (1)</p>	<p>3. []</p> <p>4a. []</p> <p>4b. []</p> <p>4c. []</p> <p>4d. []</p> <p>4e. []</p> <p>4f. []</p> <p>4g. []</p> <p>5a. []</p> <p>5b. []</p> <p>5c. []</p> <p>5d. []</p> <p>5e. []</p>
<p>PARTE X</p> <p>1. ¿Tuvo que abandonar su trabajo o sus estudios debido al embarazo?</p> <p>No (0) Trabajo (1) Escuela (2) Ambos (3)</p> <p>2. ¿Actualmente se encuentra trabajando?</p> <p>No (0) Si (1)</p> <p>3. ¿En qué trabaja? _____</p> <p>4. ¿Extrae su leche?</p> <p>No (0) Si (1)</p> <p>5. ¿De cuánto tiempo dispone en su trabajo para la extracción y conservación de su leche? _____</p> <p>6. ¿Quién cuida de su hijo(a) mientras trabaja? _____</p> <p>7. ¿Cómo alimentan a su hijo cuando usted sale de casa?</p> <p>Únicamente leche materna (0) Únicamente fórmula láctea (1) Leche materna y fórmula láctea (2) otra (4) _____</p>	<p>1. []</p> <p>2. []</p> <p>3. []</p> <p>4. []</p> <p>5. []</p> <p>6. []</p> <p>7. []</p>
<p>PARTE XI</p> <p>1. ¿Ha acudido a consultas médicas para la atención de su salud después del nacimiento de su bebé?</p> <p>No (0) Si (1)</p> <p>2. ¿Durante el primer mes de la lactancia presentó alguna de estas molestias en sus pechos?</p> <p>2a) Inflamación No (0) Si (1)</p> <p>2b) Dolor No (0) Si (1)</p> <p>2c) Grietas No (0) Si (1)</p> <p>2d) Ampollas No (0) Si (1)</p> <p>2e) Abscesos No (0) Si (1)</p> <p>2f) Ninguna No (0) Si (1)</p> <p>2g) Otras: _____</p> <p>3. ¿Debido a algunos de estos síntomas interrumpió la lactancia?</p> <p>No (0) Si la interrumpí, pero la retomé (1) La interrumpí definitivamente (2)</p> <p>4. ¿Actualmente consume algún medicamento que contraindique la lactancia?</p> <p>No (0) PASE A LA PREGUNTA 6 Si (1)</p> <p>5. ¿Cuál? _____</p> <p>6. Si alimenta o alimentó a su hijo(a) con leche materna ¿cuál de las siguientes situaciones se han presentado a partir del nacimiento de su hijo(a)?</p> <p>6a). Ninguna No (0) PASE A LA PARTE XII Si (1)</p> <p>6b) He disminuido de peso No (0) Si (1)</p> <p>6c) He aumento de peso No (0) Si (1)</p> <p>6d) Mi periodo se ha presentado de manera irregular No (0) Si (1)</p> <p>6e) No he tenido mi periodo No (0) Si (1)</p>	<p>1. []</p> <p>2. []</p> <p>3. []</p> <p>5. []</p> <p>6a. []</p> <p>6b. []</p> <p>6c. []</p> <p>6d. []</p> <p>6e. []</p> <p>6f. []</p>

6f) Gasto menos dinero en la alimentación y salud de mi hijo. No (0) Si (1)	
<p>PARTE XII</p> <p>1. ¿Desde que nació cuántas veces ha llevado a su hijo(a) a atención médica? Ninguna (0) 1-3 veces (1) 4-6 veces (2) 7-9 veces (3) 10 o más (4)</p> <p>2. ¿Desde que nació su bebé, hasta el día de hoy, su hijo(a) presentó alguna de los siguientes síntomas o enfermedades?</p> <p>2a) Ninguna No (0) PASE A LA PARTE XIII Si (1)</p> <p>2b) Diarrea. No (0) Si (1)</p> <p>2c) Estreñimiento No (0) Si (1)</p> <p>2d) Reflujo No (0) Si (1)</p> <p>2e) Infecciones en el oído. No (0) Si (1)</p> <p>2f) Infecciones respiratorias No (0) Si (1)</p> <p>2g) Fiebre No (0) Si (1)</p> <p>2h) Problemas en la piel. No (0) Si (1)</p> <p>2i) Otras: _____</p> <p>3. ¿Cuántas veces? _____</p> <p>4. ¿Su hijo(a) consume o consumió algún medicamento debido a estos síntomas o enfermedades? No (0) Si (1) No aplica (2)</p>	<p>1. []</p> <p>2a. []</p> <p>2b. []</p> <p>2c. []</p> <p>2d. []</p> <p>2e. []</p> <p>2f. []</p> <p>2g. []</p> <p>2h. []</p> <p>2i. []</p> <p>3. []</p> <p>4. []</p>

PARTE XIII

1. Alimentar a mi hijo con leche materna ha sido...		
1a) Satisfactorio	No (0) Si (1)	1. []
1b) Estresante	No (0) Si (1)	
1c) Relajante	No (0) Si (1)	
1d) Cansado	No (0) Si (1)	
1e) Agradable	No (0) Si (1)	
1f) Incómodo	No (0) Si (1)	

¡Gracias por su participación!