



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE
PRODUCCIÓN DE LECHE EN MADRES USUARIAS DE UN CENTRO DE
SALUD DE LA CDMX**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

BRENDA VELÁZQUEZ GÓMEZ

JURADO DE EXAMEN

DIRECTORA: DRA. KARINA SERRANO ALVARADO

COMITÉ: DR. MARIO ENRIQUE ROJAS RUSSELL

DR. ANGEL GARCÍA PACHECO

DRA. CLAUDIA IVETH ASTUDILLO GARCÍA

DRA. MA. SUGHEY LOPEZ PARRA

PROYECTO FINANCIADO POR PAPIIT IT300621



CIUDAD DE MÉXICO

2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mi papá: quien ha estado de inicio a fin apoyándome en lo que yo quiera y decida, el que instauro en mí las ganas de superarme cada día, de no depender de nadie y no conformarme, tú que siempre tienes las palabras correctas. Quien ha tomado mi mano y me ha acompañado en este arduo camino, haciéndome más fuerte y abonando a que nunca dejara de soñar y cumplir mis metas.

A mi mamá: la que siempre tiene un abrazo y una palabra de aliento para apoyarme a no desistir de mi meta, la que con su ejemplo de vida me recuerda la importancia del crecimiento como mujer en todos los niveles. Aquella que sin importar la hora tenía un café listo para mí, y me recordaba la importancia del descanso y mi valor como persona.

A mi hermana: porque sin importar la hora, fue mi compañía en las noches de desvelo, tenía los abrazos perfectos, la música o tiktoks de fondo, los snacks y las imágenes graciosas para amenizar el proceso. Aquella que siempre me preguntaba si tenía *muchos pendientes de la tesis*, y me recordaba que yo podía con todo porque soy muy inteligente.

A Nantzi: por siempre decirme lo orgullosa y feliz que estaba con mi progreso profesional, porque cuando pensé en desistir y dude de mi capacidad, ella me ayudo a encontrarme y me brindó su apoyo incondicional en todos los niveles, porque siempre ha estado a pesar de la distancia.

Al team lactancia: (Richie, Alexa, Mitzi, Liz y Suemy), por enseñarme, inspirarme, elogiarme y acompañarme (con muchos apapachos) en cada parte del proceso, porque sin su compañía y conocimientos la estancia en el proyecto no hubiera sido la misma.

A Karina Serrano: por acompañarme con mucha paciencia durante todo el proceso, por brindarme su conocimiento hasta convertirse en mi mentora y símbolo de admiración, por el refuerzo intermitente, por el intercambio de artículos y memes de investigación que hicieron una bonita relación entre ambas.

A Mario Rojas: por ver en mí lo que en algún momento yo no logré visualizar al invitarme a su proyecto. Gracias a usted sé el tipo de profesional que quiero ser, llevando a cabo una práctica basada en la evidencia, cuestionando todo, viendo más allá de lo evidente.

A mis asesores: (Dra. Claudia Astudillo, Dra. Sughey Parra y Dr. Angel Pacheco) por su tiempo y dedicación en las observaciones hechas a mi trabajo, gracias por compartir una parte de su vasto conocimiento conmigo.

Y finalmente, *a mí:* porque a pesar de no ser el plan inicial y tener muchas dudas en el proceso, logré concluir con éxito este trabajo, lleno de mucha frustración, pero también con mucho conocimiento y habilidades que, de no ser por este trabajo, no las tendría en este momento y hoy las atesoro. Por atreverme a salir de mi zona de confort y no desertar a pesar que los aires se pusieran fuertes. Esto va por esa niña de 14 años que no tenía una idea clara de lo que implicaba la carrera de Psicología, pero ella quería ayudar a los otros y entender lo irracional del comportamiento humano, hoy lograste eso que tanto anhelaste cada noche, hoy hay un “Lic” antes de tu nombre, acompañado de muchísimo conocimiento y experiencias.

Índice

RESUMEN	i
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. LACTANCIA MATERNA	3
1.1. DEFINICIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.....	3
1.2. COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA.....	3
1.3. EPIDEMIOLOGÍA EN MÉXICO	4
1.4. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.....	5
1.4.1. BENEFICIOS PARA EL BEBÉ.....	5
1.4.2. BENEFICIOS PARA LA MADRE	5
1.5. BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA LACTANCIA MATERNA.....	6
1.5.1. NIVEL POLÍTICO	6
1.5.2. NIVEL COMUNITARIO	7
1.5.3. NIVEL INSTITUCIONAL	8
1.5.4. NIVEL INTERPERSONAL	9
1.5.5. NIVEL INDIVIDUAL.....	11
CAPÍTULO 2. FACTORES PSICOLÓGICOS Y LACTANCIA MATERNA	13
2.1. AUTOEFICACIA	14
2.2. ACTITUDES HACIA LA LACTANCIA MATERNA.....	15
2.3. CONTROL CONDUCTUAL PERCIBIDO	16
2.4. CREENCIAS SOBRE LACTANCIA MATERNA.....	17
CAPÍTULO 3. PERCEPCIÓN DE PRODUCCIÓN INADECUADA DE LECHE	20
3.1. CÓMO SE PRODUCE LA LECHE	20
3.2.1. FACTORES FISIOLÓGICOS	22
3.2.2. FACTORES PSICOLÓGICOS.....	22
3.2.3. PRODUCCIÓN REAL DE LECHE MATERNA	24
CAPÍTULO 4. JUSTIFICACIÓN	26
CAPÍTULO 5. MÉTODO	28
5.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	28
5.2. PARTICIPANTES	28
5.3. VARIABLES	29
5.3.1. VARIABLE DEPENDIENTE	29
5.3.2. VARIABLES INDEPENDIENTES.....	29

5.3.3. COVARIABLES.....	30
5.4. INSTRUMENTOS.....	31
5.5. PROCEDIMIENTO.....	33
5.6. ANÁLISIS DE DATOS.....	33
CAPÍTULO 6. RESULTADOS	35
6.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	35
6.2. ANÁLISIS DE CONSISTENCIA INTERNA.....	37
6.3. ANÁLISIS BIVARIADO	38
6.4. ANÁLISIS MULTIVARIADO	40
CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	42
7.1. FORTALEZAS Y LIMITACIONES.....	46
7.2. CONCLUSIONES	48
REFERENCIAS.....	51
ANEXOS.....	60
Anexo 1.....	60
Anexo 2.....	61
Anexo 3.....	61
Anexo 4.....	63
Anexo 5.....	64
Anexo 6.....	65
Anexo 7.....	66
Anexo 8.....	73

RESUMEN

La Lactancia Materna exclusiva es la forma de alimentación del lactante únicamente con leche materna, ya sea de la madre o de una nodriza, sin incorporar líquidos ni sólidos (OMS, 2016), considerada una de las conductas en salud que mayores beneficios trae tanto a los bebés como a las madres, sin embargo, sus cifras siguen siendo inestables, esto debido a distintas barreras que presentan las madres en el proceso. El objetivo de este estudio fue identificar de un conjunto de variables psicológicas y sociodemográficas, los factores psicosociales asociados con la percepción de producción de leche (PIMS) en mujeres con hijos lactantes, ya que esta es considerada una de las principales razones para el cese temprano de la lactancia. Se utilizó un diseño longitudinal, la muestra estuvo conformada por 173 mujeres. Se aplicaron diversos instrumentos para la medición de variables psicológicas y cuestionarios para evaluar el resto de las variables, asimismo, se realizaron análisis bivariados y modelos logísticos multivariados para identificar las variables relacionadas con la PIMS. Los resultados arrojaron asociaciones estadísticamente significativas y otras marginales entre la PIMS y el tipo de alimentación, la semana de gestación y la tensión y falta de tiempo (dimensión del CCP) para actividades de la madre. En Conclusión, la PIMS es una variable proximal al tipo de alimentación, siendo la principal razón para el cese de la LM, estando relacionada con la prematurez del bebe y el control conductual percibido de la madre.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva (LME) es el mejor alimento que se le puede brindar a los infantes durante los primeros meses de vida. Es una forma de alimentación en la que el bebé solo recibe leche materna y ningún otro tipo de alimento (Gómez-García, et al, 2020). Se recomienda como forma de alimentación durante los primeros 6 meses y como complemento para la alimentación desde los 6 meses hasta mínimo los 2 años de edad (OMS, 2003; UNICEF, 2018). La leche materna contiene las cantidades adecuadas de vitaminas, proteínas, grasas, azúcares y minerales, que protegen a los bebés de infecciones y enfermedades.

La LME, es una de las conductas en salud que mayores beneficios trae tanto a los bebés como a las madres, y conlleva una serie de hábitos y acciones que realiza la madre para el inicio y mantenimiento de este proceso (Gómez-García et al, 2020). Dentro de los beneficios para el bebé, la LME se asocia a la reducción de la mortalidad infantil y la prevención del sobrepeso, obesidad infantil y diabetes juvenil, así como de diversas infecciones gastrointestinales y respiratorias (Ortega-Ibarra, 2020; UNICEF, 2022). Adicionalmente, los comportamientos del bebé relacionados con el amamantamiento (identificación de olores, texturas, contacto físico, etc.) pueden tener impacto en el desarrollo neuronal, psicológico y cognitivo de los recién nacidos (Martínez, 2014).

En cuanto a los beneficios para la madre, la lactancia materna (LM) reduce la hemorragia posparto, protege contra el cáncer de mama y ovario y previene la obesidad, diabetes y depresión posparto, asimismo, reduce la frecuencia de las enfermedades autoinmunes (Ortega-Ibarra, 2020).

A pesar de los múltiples beneficios para la salud, las tasas de LM siguen siendo bajas en todo el mundo. De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP; 2020) México cuenta con un 28.8% de prevalencia de LME, siendo las mujeres de 35 a 59 años (para el año 2018) las

que llevaron a cabo LME. Aún con las cifras anteriores, la LME sigue siendo un reto en el país, ya que se han evidenciado distintas barreras a las que se enfrentan las madres al momento de comenzar esta práctica, desde un mal agarre al pecho, retorno al trabajo, o la percepción de producción inadecuada de leche (PIMS), mismas que llevan al cese temprano de la lactancia (Piccolo et al., 2022).

El trabajo se estructuró en siete capítulos para la comprensión del tema a abordar. El primer capítulo abarca la definición y datos epidemiológicos sobre la LME, composición de la leche, beneficios y barreras de la lactancia. El segundo capítulo aborda los factores psicológicos relacionados a la lactancia; el tercer capítulo menciona la definición de la PIMS y los distintos factores asociados a esta, desde los factores fisiológicos hasta los psicológicos.

El cuarto capítulo describe la importancia del tema en cuestión, mientras que el quinto capítulo contiene los aspectos metodológicos del estudio. En el sexto capítulo se muestran los resultados obtenidos y finalmente, en el capítulo siete se discuten los hallazgos, limitaciones y conclusiones.

CAPÍTULO 1. LACTANCIA MATERNA

1.1. DEFINICIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

La LME, es una de las conductas en salud que mayores beneficios trae tanto a los bebés como a las madres. La Organización Mundial de la Salud (OMS), (2016) define la LME como la alimentación del lactante únicamente con leche materna, ya sea de la madre o de una nodriza, sin incorporar líquidos ni sólidos. La leche de la madre es el único alimento que nutre a los bebés completamente durante los primeros 6 meses de vida y el único alimento que le da protección sostenida y completa durante los primeros 2 años (UNICEF, 2013).

1.2. COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA

La leche materna contiene las cantidades adecuadas de vitaminas, proteínas, grasas, azúcares y minerales, que protegen a los bebés de infecciones y enfermedades. De acuerdo con García-López (2011) la composición de la leche materna puede variar de acuerdo a la edad del lactante, si es de día o noche o por el estado nutricional de la madre, teniendo así tres tipos de leche materna:

- **Calostro:** es conocida como “la primera leche”, ya que se produce entre uno y cuatro días después del nacimiento, es de color amarillento y espesa, además, contiene mayor proteína, vitaminas y minerales en cantidades suficientes para cubrir las necesidades del bebé. Los lactantes ingieren por toma de 2 a 10 ml, lo que es igual a 580-700 kcal/L, favoreciendo los riñones de los recién nacidos, ya que aún no pueden manejar cantidades grandes de líquidos. Es conocida como “la primera vacuna”.
- **Leche de transición:** se produce durante el 4to o 15vo día de nacimiento, siendo de color blanco debido al caseinato de calcio, con un volumen de 400-600 ml/día. La lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles presentes en este tipo de leche aumentan su

concentración por el aumento del colesterol, disminuyendo con esto los niveles de proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles por el aumento en el volumen de producción.

- **Leche madura:** esta se produce de entre los 15-20 días posparto con un volumen que varía de 700 ml/día los primeros 6 meses a 500 ml/día en el segundo semestre de vida. Este tipo de leche contiene proteínas, carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y enzimas.

Asimismo, las características de la leche humana se van adecuando con el paso del tiempo a las necesidades nutricionales de los bebés, brindando así los componentes inmunológicos necesarios para un crecimiento óptimo (Ortega-Ibarra et al, 2020).

1.3. EPIDEMIOLOGÍA EN MÉXICO

El Instituto Nacional de Salud Pública (2020), señaló que la prevalencia de Lactancia Materna Exclusiva (LME) en México fue de 28.8% para el año 2018-2019 y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2018) mostró un incremento en la prevalencia de lactancia en el período de 2012 a 2018, los resultados indican que a nivel nacional el 47.7% de los recién nacidos tuvieron un inicio temprano de la LM, mientras que el 28.6% recibieron LME hasta los 6 meses, además el 46.9% lleva una LM continua al año y el 29% hasta los 2 años. (Shamah-Levy et al., 2020).

De acuerdo al rango de edad, las mujeres de 35 a 59 años tienen mayor prevalencia de la LME con un 33%, siendo aquellas con escolaridad baja (primaria) o nula quienes reportaron para el año 2018-19 un 34% en las tasas de LME. Según el tipo de localidad, la prevalencia es mayor en el medio rural (37.4%) que en el urbano (25.2%), asimismo, tocante al nivel socioeconómico, las madres con un nivel bajo registraron un 33% de prevalencia en la LME, el nivel medio registro un 26% y el nivel alto un 27% (ENSANUT, 2018).

Al observar las estadísticas es aparente que las tasas de lactancia no son estables y uno de los múltiples factores alrededor del abandono temprano de la lactancia es el uso de la fórmula láctea. De acuerdo con un informe de la OMS y UNICEF (2022), más de la mitad de las mujeres encuestadas (51%) afirmaron haber recibido publicidad de sucedáneos de leche materna, lo cual es congruente con las cifras de la ENSANUT en 2018, donde para el 2018 se reportó el uso de biberón a nivel nacional en un 39% solo con líquidos y en un 42% su uso con cualquier alimento.

1.4. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

1.4.1. BENEFICIOS PARA EL BEBÉ

La nutrición adecuada es un derecho que todos los niños y niñas tienen, y la lactancia materna es el mejor alimento que pueden recibir desde sus primeras horas de vida para garantizar su sano desarrollo. De acuerdo con Brahm y Valdés (2017), los niños alimentados con LME al menos los primeros 6 meses de vida, tienen menor riesgo de padecer infecciones gastrointestinales y respiratorias, disminución del riesgo de padecer leucemia, protección contra la enfermedad celíaca y menores tasas de obesidad.

La UNICEF (2022) señala que una LME reduce la mortalidad infantil, previene el sobrepeso y obesidad infantil, así como la diabetes juvenil. Adicionalmente, los comportamientos del bebé relacionados con el amamantamiento (identificación de olores, texturas, contacto físico, etc.) pueden tener impacto en el desarrollo neuronal, psicológico y cognitivo de los recién nacidos (Martínez, 2014).

1.4.2. BENEFICIOS PARA LA MADRE

La lactancia materna tiene efectos positivos para la salud de la madre tanto a corto como a largo plazo; uno de los beneficios inmediatos es la reducción de hemorragia postparto, ya que al

succionar el bebé estimula la producción de oxitocina, provocando la salida de leche y la contracción del útero (Aguilar y Aspícueta, 2013).

Una LME protege a las madres contra el cáncer de mama y ovario, reduce la frecuencia de enfermedades autoinmunes, hipertensión arterial y previene la depresión posparto, diabetes y obesidad, ya que la lactancia favorece la pérdida de peso durante el periodo posparto (Brahm y Valdés, 2017; Hernández y Lozada, 2020; Ortega-Ibarra et al, 2020).

1.5. BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA LACTANCIA MATERNA

Si bien las cifras de las tasas de LM han aumentado los últimos años y se conocen los múltiples beneficios que ésta ofrece, siguen existiendo factores que influyen en la decisión de las madres sobre la alimentación de sus hijos. De acuerdo con Hernández-Cordero (2020), México es uno de los países donde los niños no reciben LM por el tiempo que recomienda la OMS, tanto el inicio temprano como una LME mínimo los primeros 6 meses.

Existen casos en los que las madres transcurren su proceso de embarazo y posparto convencidas de alimentar solo con leche materna, pero a pesar de este deseo inicial existen distintas razones por las cuales no llegan a tener éxito en la decisión o no lo perciben y optan por la introducción de fórmulas, ya que perciben el llanto de los bebés como hambre y pensando que su leche no los satisface (Córtes-Rúa et al, 2019).

Se han evidenciado las principales barreras para la lactancia materna a las cuales se enfrentan las madres, así como aquello que puede facilitar una LME, pudiendo dividir estas en cinco niveles de acuerdo con lo expuesto por Bonvecchio et al (2016):

1.5.1. NIVEL POLÍTICO

Una de las principales barreras en este nivel es la falta de apoyo a la LME a nivel hospitalario y del sistema de salud en general. El estudio de Llorente-Pulido et al (2021) evidenció algunas

barreras en este nivel dentro de las cuales se encuentran la falta de políticas económicas en apoyo a la LME, ya que suele haber poca inversión para promover y fomentar la misma, y a pesar de tener profesionales interesados en el tema, el apoyo del sistema de salud e institucional es bajo o nulo. Asimismo, existen políticas laborales que perjudican la lactancia, por ejemplo, la duración de la licencia de maternidad es insuficiente para cubrir una LME y muchas veces no se cuenta con lactarios en los centros laborales, además, la ausencia de permisos laborales para retrasar la incorporación de las madres al trabajo hace que no puedan mantener una LME.

Tocante a la comercialización de sucedáneos de la leche materna, la publicidad en torno a la alimentación artificial afecta la LME, ya que la muestran como una forma de alimentación de fácil acceso y solo dan a relucir los beneficios de la misma, pero no las desventajas (Abugov et al, 2021).

En contraste, los factores que facilitan una LME en este ámbito, son la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño, lanzada en 1991 por la OMS con el objetivo de proteger, promover y apoyar la LM en los establecimientos que prestan servicios de maternidad (Organización Panamericana de la Salud, 2016), misma que establece un seguimiento del cumplimiento de los “Diez pasos para una lactancia materna exitosa” y una adherencia por parte de las instituciones hacia el Código Internacional de comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna, llevando así a un incremento de las tasas de LM.

1.5.2. NIVEL COMUNITARIO

La LME puede verse desde el nivel de estatus económico y el estado nutricional de la madre y del bebé, es decir, dar únicamente leche materna es visto como bajo nivel económico, por el hecho de “no tener dinero” para comprar fórmulas, y en contraste, una madre que da formula es porque tiene

un ingreso económico alto. Asimismo, persiste la idea de que “un niño gordito es un niño sano” y que la leche materna después de los 6 meses “es agua”, dejando de lado los múltiples beneficios que se han documentado en torno al establecimiento de una LME (Bonvecchio et al, 2016).

Carpay et al (2021) encontró que las madres con bebés prematuros, con bajo nivel socioeconómico y que son solteras, suelen tener tasas más bajas de LM, ante esto, menciona que dentro de las intervenciones principales para mejorar la lactancia se encuentra el brindar información a los padres sobre las formas en que pueden ofrecer la leche materna a un recién nacido prematuro, como, por ejemplo, extraer la leche y brindarla con una taza en lugar de recurrir a un biberón.

Los grupos de apoyo a la lactancia han facilitado el establecimiento de la LME y complementaria, ya que las madres son informadas y acompañadas durante el proceso de lactancia (Gianní et al, 2018), además, aquellas mujeres que no asisten o no tienen contacto con el mundo de la lactancia, presentan más dudas y problemas de LM, por ello es importante la participación en clases de preparación a la maternidad y paternidad y talleres de lactancia (Llorente-Pulido et al, 2021).

1.5.3. NIVEL INSTITUCIONAL

A nivel institucional, resalta la deficiente consejería en lactancia materna por parte del personal de salud. La información y conocimiento sobre la lactancia materna en el hospital es clave para el inicio de la misma (Tirano et al, 2018).

Dentro de los factores institucionales se encuentran los mensajes contradictorios o negativos del personal de salud no capacitado en LM que dificultan el inicio temprano de la LME, la falta de personal capacitado en lactancia en las salas de maternidad, prácticas hospitalarias

inadecuadas en torno al parto, el suministro de fórmulas lácteas por parte de enfermeras sin aviso previo a las madres, y la no promoción de la LME en los centros de salud (Hernández-Cordero et al, 2020; Llorente-Pulido et al, 2021).

En contraste, los factores que facilitan una LME son la consejería en lactancia antes del parto y después de este, experimentar los beneficios, apreciar el ahorro monetario, recibir apoyo social, el contacto piel con piel al momento del nacimiento, mismos, que deben ser permitidos e impulsados por el personal de salud (Hernández-Cordero et al, 2020).

La atención a problemas de técnicas de agarre al pecho, posición del bebé y madre al momento de lactar, el trato brindado por el personal de salud y el tratamiento a padecimientos médicos de la díada madre-hijo son factores que también favorecen una LME (Tirano et al, 2018). Asimismo, el que la institución de salud cumpla con su obligación y ponga en práctica los “Diez pasos para una lactancia materna exitosa” garantiza calidad en la asistencia a las mujeres embarazadas, ya que se consideran desde políticas hospitalarias, capacitación del personal de salud, hasta los cuidados pre y postnatales (SUTEBA, 2010).

El estudio de Gianní et al (2018) menciona que durante la estancia hospitalaria de las madres es importante que reciban información en torno al reconocimiento de las señales de hambre de su bebé, evaluar la buena técnica de agarre al pecho, cómo posicionar el bebé para alimentarlo, información sobre extracción y almacenamiento de la leche materna y el cómo tratar problemáticas como la mastitis, ya que el que las madres conozcan esta información permite el establecimiento de la LM.

1.5.4. NIVEL INTERPERSONAL

Este nivel está constituido por las recomendaciones inadecuadas o “tradicionales” sobre el cuidado de los bebés, y la presión social que recibe la madre en torno a la LM. De acuerdo con Gómez-

García et al (2020), las opiniones que mayor peso tienen en la elección de la madre sobre la forma de alimentación de su bebé son los comentarios recibidos por parte de la madre y de los médicos, figurando así que el apoyo familiar y del personal de salud es de mucha relevancia para el establecimiento de la LM.

Existen prácticas y creencias culturales que pueden estar afectando la lactancia, dando como resultado la interrupción de la misma, el nulo inicio y/o la introducción de alimentos y líquidos de forma prematura. El estudio de Riaz et al (2022) evidenció que la interrupción temprana de la lactancia está relacionada a la introducción de alimentos antes de los 6 meses por el significado o beneficio “tradicional” que se les adjudica, siendo este influenciado por las abuelas y demás madres de la familia, por ejemplo, el incluir té en la dieta los bebés para “aliviar cólicos” o “quitar la sed” y la creencia de que la leche materna después de los 6 meses “no sirve”.

Aunado a lo anterior, la connotación negativa que tiene el amamantar sin taparse el pecho y al bebé, lleva a las madres a recurrir a fórmulas lácteas, por su “practicidad” (Bonvecchio et al, 2016)

Por otro lado, variables que fungen como facilitadoras para el establecimiento y mantenimiento de la LM es el apoyo de la familia, pareja y amigos. El estudio de Becerra-Bulla et al (2015) encontró que la intención de la madre junto con la preferencia de su familia por la leche materna y el que la madre haya sido amamantada, llevaba a la elección de amamantar de forma exclusiva. De la mano con esto, Marín-Arias y Gutiérrez (2012) mencionan que recibir apoyo de tipo: colocación del niño al pecho, cuidado para pezones agrietados, apoyo en la lactancia y actitud positiva hacia la misma, permitieron un establecimiento adecuado de la lactancia.

1.5.5. NIVEL INDIVIDUAL

La esfera individual suele ser la que más peso tiene en las decisiones de las madres, ya que implica el cómo ellas se perciben y se sienten en su rol de mamás. Bonvecchio et al (2016) mencionan que a nivel individual la falta de confianza y conocimientos sobre LM, las creencias culturales en torno al amamantamiento, la inexperiencia de madres primerizas, demanda de tiempo para realización de otras actividades, son las principales razones para un destete temprano o el no establecimiento de la LM, puesto que las madres al dudar de su capacidad para producir leche (autoeficacia) y llenar a su bebé, recurren a la introducción de fórmula, en este sentido, al no percibir “bajada de leche” en los primeros días posteriores al parto y no saber si la cantidad producida es suficiente para satisfacer las necesidades del bebé, introducen leche artificial y otros alimentos para complementar la dieta de sus bebés.

Aunado a lo anterior, la enfermedad de la madre ha representado otra barrera muy frecuente, ya que las madres piensan que mediante la LM se transmite toda enfermedad que ellas puedan tener, por ende, suspenden la LM.

Riaz et al (2022) encontró que algunas barreras de la LME son las creencias sobre la producción de leche, enfermedad de la madre o niño, características de los senos, dolor por un mal agarre al pecho y el retorno al trabajo. Ante esto recomienda que para atacar las principales barreras el apoyo familiar y la salud y alimentación materna son puntos clave.

En el estudio de Hernández-Cordero et al (2020) evidenció que un 41.1% de las madres mexicanas en puerperio inmediato suspendió la lactancia debido a la percepción de insuficiencia de leche, preferencias del bebé o pezones agrietados, un 15.7% porque interpretaban el llanto del bebé como sinónimo de que no estaban llenos. Otros motivos para la interrupción fueron la necesidad de reposo de la madre (8.22%) y problemas de técnica de agarre (8.22%). En la misma

línea, las madres han referido que la LME conlleva un desgaste excesivo en su estado de salud y nutrición, ante esto, recurren a la fórmula láctea (Bonvecchio et al, 2016).

En ese sentido, se han identificado distintas variables cognitivas relacionadas con el inicio y mantenimiento de la LME, por ejemplo, la intención de amamantar, autoeficacia para lactar, influencia y presión social en torno a la LME, conocimiento de los beneficios hacia la salud del bebé, actitudes hacia la lactancia y la percepción de apoyo social (de Jager et al, 2013).

CAPÍTULO 2. FACTORES PSICOLÓGICOS Y LACTANCIA MATERNA

Es indudable el efecto protector que la LME trae a la salud de la diada madre-hijo, no obstante, el Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal (2021) menciona que suelen ser poco conocidos los efectos en la salud mental, por ejemplo, la LM brinda protección frente al estrés tanto en los bebés como en las madres y funge como herramienta preventiva y terapéutica en los trastornos psicológicos, asimismo, favorece el neurodesarrollo de los bebés, tanto de aquellos nacidos a término, como en lactantes prematuros.

Shao et al (2022) describe la ansiedad relacionada con el embarazo como un problema de salud mental prenatal muy común, caracterizado por nerviosismo y temores específicos relacionados con el embarazo, ya sea salud de la madre, apariencia, temor por salud del bebé, por el parto, crianza y cuestiones familiares y económicas.

Dichos autores, indagaron cuestiones sobre LM, ansiedad y destete tanto antes del nacimiento como al mes uno, dos, y así consecutivamente hasta el año de nacimiento, encontrando que la ansiedad persistente durante el embarazo se asoció con menor exclusividad y duración de la LM en los 12 meses posteriores al parto, asimismo, los altos niveles de ansiedad general prenatal se relacionaron con una reducción tanto en la intención de amamantar como en el brindar LME. La paridad se relacionó con la aparición tanto de ansiedad persistente (antes y después del nacimiento) como de ansiedad tardía en las mujeres.

En la misma línea, se han evidenciado algunos factores psicosociales que inciden en el establecimiento y mantenimiento de la LME, como las siguientes:

2.1. AUTOEFICACIA

La autoeficacia es un factor proximal a la realización de diversas conductas relacionadas con la salud; siendo entendida como el conjunto de creencias en las capacidades propias para organizar y ejecutar una determinada acción en busca de logros (Bandura, 1997).

La relación entre la autoeficacia y la realización de conductas relacionadas con la salud se ha evidenciado desde distintas fuentes, y el Modelo de Autoeficacia de Bandura es la principal fuente puesto que explica el cambio conductual, planteando que la variable a incidir en los programas de intervención es la capacidad percibida (autoeficacia percibida) por las personas respecto a la ejecución de una conducta saludable, ya que la expectativa de autoeficacia determina la intención de realización, el proceso de afrontamiento, cantidad de esfuerzo hecho por parte de la persona y el mantenimiento de la acción (Flórez-Alarcón, 2007; Pérez-Laborde y Moreyra-Jiménez, 2017).

Siendo las conductas saludables todo comportamiento guiado a prevenir o detectar enfermedades y mejorar la salud en general, la LME puede ser entendida como una conducta saludable (Juárez-Castelán et al, 2018). La autoeficacia para lactar es la confianza que la madre tiene sobre su capacidad de amamantar correctamente a su bebé, y está influenciada por distintas fuentes como son 1) experiencia previa, 2) experiencia vicaria, 3) persuasión verbal y 4) respuestas fisiológicas (dolor, fatiga, estrés, ansiedad) (Dennis, 2003), asimismo, influyen en el inicio y mantenimiento de la lactancia.

El estudio de Brockway et al (2017) indago el éxito de distintas intervenciones en autoeficacia para la lactancia materna, encontrando que las madres a las cuales se les brinda una intervención en autoeficacia para lactar tienen 1.56 veces más probabilidades de estar amamantando al mes y 1.66 veces más probabilidad a los 2 meses a diferencia del grupo de madres

que fue parte del grupo control, por ende, las madres del grupo de intervención tenían una autoeficacia más alta para la conducta de amamantar.

Por su parte, Morales et al (2021) señala que altos niveles de autoeficacia favorecen la LME, sin embargo, este factor por sí solo no es determinante para la LME, ya que a la par influyen variables sociodemográficas y obstétricas. Recomienda que la autoeficacia debe identificarse durante el periodo prenatal a través de datos como el empleo y estado civil de las madres, para así promover acciones preventivas contra el destete temprano.

Dado lo anterior, se puede decir que la autoeficacia para lactar es un factor modificable y los profesionales de salud pueden incidir en este mediante distintas intervenciones para la diada madre-hijo y así mejorar las tasas de lactancia.

2.2. ACTITUDES HACIA LA LACTANCIA MATERNA

Las actitudes hacia la lactancia materna se entienden como la disposición de responder favorable o desfavorablemente a este comportamiento, y si estas son positivas contribuyen significativamente a la intención de lactar y al mantenimiento de la conducta (Gómez-García et al, 2020).

Dentro de las teorías que explican el papel de las actitudes en las conductas relacionadas con la salud está la Teoría de la Acción Razonada (TAR) y Teoría de la Conducta Planeada (TCP) de Fishbein y Azjen. La TAR explica cómo el comportamiento humano es determinado por la intención de ejecución, encontrando variables interventoras como las actitudes, percepción de lo que piensan los otros y la motivación de satisfacer las expectativas respecto a la realización de la conducta, en pocas palabras, este modelo asume que las personas toman decisiones a partir de un

análisis razonado de la información disponible (Flórez-Alarcón, 2007; Pérez-Laborde y Moreyra-Jiménez, 2017).

A mediados de los 80's Azjen replanteó la teoría dado que la TAR solo se había concentrado en comportamiento voluntarios sobre los cuales la persona tenía un completo manejo, pero no se habían abordado aquellos comportamiento que requerían habilidades especiales, recursos y/u oportunidades que no siempre son accesibles para la persona, por lo cual inserta un factor más, el control conductual percibido (lo que la persona cree que es capaz de hacer para cuidarse a sí misma y de ese modo prevenir enfermedades), naciendo de este modo la TCP (Flórez-Alarcón, 2007).

El estudio de Zhang et al (2018) encontró que el conocimiento sobre las prácticas correctas de lactancia materna y las actitudes, norma subjetiva y el control conductual percibido hacia la misma, son factores que, de acuerdo con la TCP determinan la iniciación y mantenimiento de la LME. Por su parte, el estudio de Gebrekidan et al (2021) en madres trabajadoras evidenció que el conocimiento sobre los beneficios de la LME y las buenas prácticas, las actitudes positivas hacia esta, el lugar de trabajo, las condiciones de empleo y el apoyo recibido en el hogar son los factores principales que determinan el inicio y duración de la lactancia.

2.3. CONTROL CONDUCTUAL PERCIBIDO

El Control Conductual Percibido (CCP) se refiere a las creencias sobre la presencia o ausencia de factores que faciliten, compliquen o impidan el desarrollo de un comportamiento, y son estas las que conducen a la percepción sobre si se tiene o no la capacidad de realizar determinado comportamiento, en este caso, la LME (Ajzen, 2005).

Rahimi, et al (2015) y Jamehi, et al (2017) reportaron que el CCP tiene un impacto significativo en el comportamiento de la LME, referente a la iniciación y mantenimiento. De igual

forma, un estudio cualitativo con 20 mujeres entrevistadas a las 2 semanas y 6 meses después del parto, reportaron que un nivel bajo de CCP era debido a percepción de insuficiente leche materna, y las madres con niveles bajos de CCP por percepción de leche insuficiente eran aquellas que habían tenido un cese temprano de la LM (Peacock-Chambers, et al, 2017).

En consonancia con lo anterior, Parker, et al (2020) reportaron en su estudio cualitativo las experiencias de las madres acerca del control percibido sobre su capacidad de producir leche; las participantes informaron que los miembros de la familia mejoraron su sensación de control al apoyarlas con el almacenamiento de leche y al alimentar a su bebé, así como el cuidado de los demás niños, la limpieza y preparación de comida. El personal de salud apoyo con la explicación de la extracción y almacenamiento de leche.

Asimismo, gran parte de las madres informo que su percepción de falta de control era debida a la falta de experiencia con la LM, y que la percepción de baja producción de leche era una fuente de estrés y frustración, sin embargo, también comentaron que el apoyo social ayudo en gran medida, tanto a las actividades del hogar, como en darles más tiempo para descansar y reducir su estrés.

2.4. CREENCIAS SOBRE LACTANCIA MATERNA

La realización o no de las conductas en salud varia de una cultura a otra, ya que las personas poseen distintas reglas culturales que rigen su comportamiento, mismas que les ayudan/permiten ver lo beneficioso que puede ser la ejecución de una determinada conducta para ellos. Como en toda conducta relacionada con la salud, existe un modelo que sirve de eje central para la explicación de la influencia de las creencias en la realización de las conductas saludables, dicho modelo es el Modelo de Creencias en Salud, mismo que fue el primero que intento identificar los

factores psicológicos asociados a la adopción de un comportamiento saludable (Flórez-Alarcón, 2007), considerando que este último es resultado de las creencias y valoraciones internas que se hacen de las personas, por tanto, las intervenciones basadas en este modelo deben apuntar a variables como la susceptibilidad, beneficios de la conducta, las barreras de la misma y la severidad (Pérez-Laborde y Moreyra-Jiménez, 2017).

Dichas creencias hacen referencia a las evaluaciones que hacemos de una determinada situación, y esa evaluación es la que determina si una conducta saludable resulta atractiva o no para la persona (Flórez-Alarcón, 2007). Referente a la LME, es indudable que ofrece numerosos beneficios tanto a la madre como al bebé, pero aún sigue permeada por influencias sociales, económicas y culturales, ya que la forma en que una madre alimenta a su hijo depende de la intención de la misma, orientación médica, respuesta del hijo, entorno familiar, relaciones interpersonales y múltiples factores sociales y culturales (Velasco, 2017).

Dado lo anterior, el aprendizaje es un proceso fundamental para la práctica de la LME, y está basado en creencias, actitudes y valores de la cultura (Velasco, 2017), ya que la lactancia varía de una cultura a otra. El estudio de Quispe-Ilanzo et al (2019) resalta que las creencias inadecuadas sobre la lactancia materna están asociadas al abandono temprano, encontrando creencias como “Dar de lactar es doloroso”, “Dar pecho daña mi imagen corporal”, “Si tomo bebidas heladas no puedo dar de lactar a mi bebé” y discrepancia entre “La lactancia materna es suficiente para satisfacer el hambre de mi bebé” y si “La lactancia materna es suficiente para engordar a mi bebé”.

Aunado a lo anterior, Mota-Castillo et al (2019) encontró como principal barrera para la continuidad de la lactancia la creencia de las madres sobre si producían suficiente leche y si su leche llenaba a su bebé, asimismo, evidencia que las madres pueden conocer los beneficios y buenas prácticas de la LME, pero el ámbito familiar en el que se desarrollan va influir en el

mantenimiento o cambio de su decisión, así como el estigma social en torno a la lactancia, sobre todo al amamantar en público.

La percepción de producción inadecuada de leche ha resultado como la principal creencia para el abandono de la LME, ya que lleva a las madres a percibir su producción y calidad de leche como inadecuada, recurriendo a la suplementación con fórmula (Huang et al, 2022).

CAPÍTULO 3. PERCEPCIÓN DE PRODUCCIÓN INADECUADA DE LECHE

3.1. CÓMO SE PRODUCE LA LECHE

La leche materna se produce en la mama, esta es la estructura anatómica donde se encuentra la glándula mamaria, y el máximo desarrollo de esta se produce durante el embarazo, especialmente en el postparto y el periodo de lactancia (Aguilar-Palafox y Fernández-Ortega, 2007). Las partes que constituyen la glándula mamaria son un parénquima glandular compuesto de alveolos y conductos y un estroma de soporte, y cada célula alveolar constituye una unidad de secreción de leche materna (Schellhorn y Valdés, 2010).

La leche materna se da por medio del proceso de Galactogénesis, el cual comprende tres etapas: la producción del calostro (fluido color amarillo alto en vitamina A) durante las primeras horas inmediatas al postparto, de los 2 a 15 días de nacimiento se produce la leche madura, y finalmente, el mantenimiento de la producción (Galactopoyesis) dependerá del ambiente hormonal del plasma materno (oxitocina y prolactina) y de la estimulación de la mama (Espinoza et al, 2014).

3.2. PERCEPCIÓN DE PRODUCCIÓN INADECUADA VS PRODUCCIÓN REAL

La producción de leche materna ocurre durante varias etapas, desde el embarazo hasta el establecimiento de la lactancia una vez ocurrido el nacimiento, no obstante, siguen existiendo muchas creencias desfavorables en torno a la percepción de producción de leche [“la leche materna después de los 6 meses ya no llena a mi bebé”] (Abdulahi et al, 2021), “¿la lactancia materna realmente es suficiente para llenar a mi bebe?” (Quispe-Illanzo et al, 2019), entre otras), las cuales colocan a este proceso como una de las causas principales para la interrupción de la lactancia.

La percepción de producción inadecuada de leche (PIMS) se define como la creencia materna de que la producción y calidad de su leche es inadecuada o insuficiente para las necesidades del bebé (Huang et al, 2022). Actualmente es una de las principales razones para la

interrupción temprana de la LM, puesto que, aproximadamente, entre el 30-80% de las madres la mencionan como causa principal para la suplementación con fórmula (Huang et al, 2022; Sandhi et al, 2020). Hay dos causas principales que se asocian con la PIMS: 1) la mala interpretación de las madres del comportamiento de sus bebés y 2) la falta de confianza de las madres en su capacidad de amamantar (Wood, et al, 2017).

El estudio de Huang et al (2021) evidenció que en diferentes periodos después del parto, aproximadamente el 50% de las madres reportaron PIMS como la principal razón para dejar de amamantar, mientras que para las madres que tuvieron un inicio temprano de la LM, la incidencia de la PIMS oscilo entre el 10% y el 25%.

La producción inadecuada de leche (PIM) suele ser común dentro de los primeros días después del nacimiento, pero pocas veces se percibe como normal; en ocasiones las madres pueden pensar que la producirán a tiempo, no obstante, algunas otras suelen pensar que la bajada de leche no llegará y ponen en marcha la alimentación artificial (Piccolo et al, 2022). Esto puede deberse a que las madres sacan conclusiones de que su bebé no está saciado, no está aumentando de peso lo suficiente y/o está descontento, atribuyendo estas situaciones a que no están produciendo suficiente leche, llegando así a sentir ansiedad, estrés o frustración por el llanto de su bebé (Wood, et al, 2017).

De acuerdo con Pérez-Escamilla (2016) la introducción de sucedáneos de la leche materna antes de la bajada de leche se atribuye a la creencia de la madre, familiares, amistades e incluso personal de salud, de que el bebé no está recibiendo suficiente alimento. Asimismo, el llanto del bebé ha sido identificado como el síntoma principal para que las madres piensen que su leche no está satisfaciendo las necesidades de su bebé, ante esto, es importante psicoeducar a las madres y

sus redes de apoyo sobre las múltiples razones por las cuales un bebé llora y cómo identificar los signos reales del hambre.

Los factores asociados a la PIMS pueden dividirse en dos grandes grupos, los factores fisiológicos, relacionados con condiciones biológicas y médicas tanto de las madres como de los bebés, y los factores psicológicos, los cuales hacen referencia a capacidades de la madre, estados emocionales, creencias y actitudes tanto de la madre como de su contexto.

3.2.1. FACTORES FISIOLÓGICOS

Los factores fisiológicos que afectan el inicio de la producción de leche abarcan la retención de placenta, tejido glandular insuficiente, cirugía mamaria, irradiación mamaria, hemorragia posparto, infección, hipertensión, hipotiroidismo, diabetes y mastitis (Kent, et al 2021).

El retraso en la LM es un factor que impacta en la PIMS, ya que el contacto piel con piel una vez ocurrido el nacimiento es vital para la toma del calostro y el inicio de la succión por parte del lactante, aunado a esto, la capacidad de succión del lactante está asociada negativamente con la PIMS, ya que, a menor succión, menor producción de leche (Huang, et al, 2021; Sandhi, et al, 2020).

Factores como el peso de la madre, la desnutrición materna y las creencias tradicionales sobre la comida, también se reportan como indicadores de la PIMS, ya que las madres que padecen obesidad reportan mayor PIMS y es más probable que dejen de amamantar antes que las mujeres con un índice de masa corporal (IMC) en el rango saludable (Kent et al, 2021; Piccolo, et al, 2022).

3.2.2. FACTORES PSICOLÓGICOS

La PIMS se ha reportado como una de las principales razones para el abandono temprano de la LME durante los primeros seis meses de vida del lactante, siendo permeada por distintos indicadores psicológicos que llevan a la madre a percibir que el suministro de leche de sus lactantes

es insuficiente. Dentro de estos factores, la baja autoeficacia figura como principal factor que lleva a la PIMS, de la mano con la pérdida de confianza en la LM, y esa falta de confianza contribuye al cese temprano de la lactancia (Kent et al, 2021).

El estudio de Peacock-Chambers et al (2017) reportó que aproximadamente 65% de las madres presenta PIMS, y que esta suele estar asociada con el control conductual percibido, puesto que las percepciones de control sobre el comportamiento infantil (señales de hambre/saciedad) llevan a las madres al inicio/mantenimiento de la LM, o, por el contrario, al abandono de la misma.

El llanto del bebé también suele ser un factor para que las madres piensen que las necesidades alimenticias de su bebé no están siendo cubiertas, sobre todo en madres primíparas, lo que conduce a la introducción de fórmula láctea. El llanto infantil y la PIMS se asocian mayormente durante las primeras 4 semanas de vida, ante esto una orientación sobre las razones del llanto y el cuidado infantil en general puede ser beneficiosa para la reducción de la PIMS (Mohebati et al, 2021; Wood et al, 2017).

Aunado a los factores anteriores, el estrés ha sido otro factor que lleva a la PIMS, ya que altos niveles de estrés pueden interferir con la producción de leche materna, puesto el cortisol liberado altera el funcionamiento del cuerpo, además, hay alteración en los niveles de prolactina (Piccolo et al, 2022).

Entre otros factores que figuran como importantes en la PIMS están las actitudes desfavorables hacia la lactancia, las creencias tradicionales de las madres sobre la producción de leche y saciedad de los bebés, la experiencia previa con la LM y la consejería durante la atención prenatal y posnatal (Sandhi et al, 2020; Gómez-García et al, 2020; Kent et al, 2021; Piccolo et al, 2022).

3.2.3. PRODUCCIÓN REAL DE LECHE MATERNA

La producción real de leche materna ocurre en cuatro *fases 1) durante el embarazo*: activación de la glándula mamaria para producir las estructuras necesarias para la síntesis y expulsión de la leche; las altas concentraciones de progesterona en el embarazo inhiben la producción de leche durante el mismo, *2) al momento del parto*: la disminución de la progesterona da como resultado la producción de leche, y esta disminución se da una vez que la placenta se expulsa, *3) periodo de establecimiento de la producción de leche*: la glándula mamaria durante las primeras horas del nacimiento expulsa un líquido amarillo llamado calostro, alto en vitamina A y suficiente para las necesidades de un recién nacido; la “bajada de leche” ocurre en las 48-72 h después del parto, si esto se retrasa es por alto niveles de ansiedad y estrés que provoca el parto, pero no es sinónimo de que la producción de leche no ocurrirá. Finalmente, el *4) mantenimiento de la producción de leche* (800ml al día) depende enteramente de la alimentación a libre demanda (dar pecho cuando el bebé lo pida, donde sea y cuando sea), puesto que esta mantendrá la estimulación de la glándula, lo cual dará como resultado una producción de leche adecuada (Pérez-Escamilla, 2016).

Parker, et al (2020) mencionan que las madres de bebés prematuros suelen experimentar más barreras para la producción de leche a diferencia de las madres con bebés a término, ya que suelen presentarse complicaciones en el parto y condiciones de salud comórbidas que afecten la producción de leche, como son la obesidad, necesidad de extracción prolongada en lugar de alimentación directo del pecho, habilidades de alimentación inmaduras del bebé y la separación prolongada madre-hijo. Debido a estas barreras, gran parte de estas madres dejan de producir leche antes del alta hospitalaria, ya que no hay seguimiento a las recomendaciones, y lo más importantes, la estimulación hacia el seno por parte del bebé.

Existen mecanismos neurohormonales que aseguran una producción eficiente y oportuna de leche de acuerdo a la demanda del bebé, como son el *reflejo liberador de prolactina*, *reflejo eyectolácteo de evaluación de la leche o de oxitocina*, los cuales se activan mientras más frecuente es el amamantamiento, propiciando la producción de prolactina y oxitocina, indispensables para la producción de leche; el *reflejo de erección*, *reflejo de ingurgitación areolar* (permiten que el pezón se alargue y logre entrar al fondo de la boca del bebé) y el control interno de la secreción láctea en el alveolo (mecanismo por el cual una de las mamas puede inhibir la secreción láctea mientras la otra mantiene su producción) (Schellhorn y Valdés, 2010).

De acuerdo con Pérez-Escamilla (2016) una de las formas en las que se puede incidir o intervenir sobre la percepción de producción inadecuada de leche es mediante la información que el personal de salud proporciona en las consultas pre y post natales, y la capacitación continua para brindar una atención de calidad en pro de la LME. Asimismo, iniciativas como la del Hospital Amigo de los Niños de la OMS y UNICEF y el monitoreo y cumplimiento del Código Mundial de Mercadeo de Sucedáneos de la leche materna de la OMS son pasos fundamentales que México debe dar para remover los distintos obstáculos en cuanto a la LME, como lo es la percepción de las madres sobre la insuficiencia de leche, logrando así una mejora en las tasas de lactancia materna.

CAPÍTULO 4. JUSTIFICACIÓN

Las tasas de lactancia materna en México no son las deseables, ya que nuestro país se encuentra entre los países con menos del 40% de niños menores de 6 meses amamantados de forma exclusiva (Victora et al, 2016). Aunado a esto, el Instituto Nacional de Salud Pública (2020) y la ENSANUT (2018) señalaron que la prevalencia de LME en México fue de 28.8% para el año 2018-2019, siendo el 47.7% de recién nacidos quienes tuvieron un inicio temprano de la LM, un 28.6% recibieron LME hasta los 6 meses, un 46.9% lleva una LM continua al año y solo el 29% hasta los 2 años.

Las primeras 4 a 6 semanas después del nacimiento han sido identificadas como un período crítico para el cese de la lactancia materna o su exclusividad, siendo frecuente la preocupación por el suministro de leche materna por interrumpir la lactancia antes de lo previsto, debido a múltiples factores, como la deficiente o nula consejería sobre LM, las creencias y actitudes respecto a esta y el qué tan eficaces se sienten las madres para lactar (Galipeau et al, 2018).

Se ha estimado que entre el 25% y el 35% de las madres dejaron de amamantar debido a preocupaciones sobre el suministro de leche (Galipeau et al, 2018; Sandhi et al, 2020), y en madres mexicanas la percepción de suministro de leche (PIMS) ha sido identificada como la causa principal para el abandono temprano de la lactancia materna, ya que al ser una creencia muy fuerte enraizada a la cultura familiar, las madres son susceptibles a mitos en torno a la producción de leche y al proceso de lactancia en general (Pérez-Escamilla, 2016). Asimismo, la PIMS se asocia a factores fisiológicos y psicológicos. Entre estos últimos se encuentran las actitudes, autoeficacia, experiencia previa, creencias sobre lactancia (Kent et al, 2021; Piccolo et al, 2022).

Por lo anterior, resulta importante estudiar los factores asociados a la percepción de producción inadecuada de leche en las madres, ya que, de este modo, podrán identificarse formas

de intervenir en estos, promoviendo la LME en las madres hasta mínimo los 6 meses, o en un caso ideal, de acuerdo a las recomendaciones de la OMS, hasta los 2 años, complementando esta con alimentos extra.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores psicosociales asociados a la percepción de producción de leche de madres usuarias de dos centros de atención primaria a la salud?

Objetivo General

Identificar de un conjunto de variables psicológicas y sociodemográficas, los factores psicosociales asociados con la percepción de producción de leche en mujeres con hijos lactantes.

Objetivos Específicos

- Identificar la relación entre la percepción de producción de leche y la autoeficacia para amamantar
- Identificar la relación entre la percepción de producción de leche materna y las creencias sobre LM
- Identificar la relación entre la percepción de producción de leche materna y las actitudes de las madres hacia la LM.
- Identificar la asociación entre la percepción de producción de leche materna y el control conductual percibido de las madres hacia la LM.
- Identificar la asociación entre recibir asesoría sobre LM y la percepción de producción de leche materna.
- Identificar las características sociodemográficas asociadas a la percepción de producción de leche materna.

CAPÍTULO 5. MÉTODO

5.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio deriva de un estudio longitudinal realizado entre noviembre del 2017 y abril del 2018 (proyecto PAPIIT-UNAM IN307916) para investigar los factores sociodemográficos y personales asociados a la intención y realización de la lactancia materna en mujeres usuarias de servicios de salud públicos de primer nivel de atención, así como diseñar, aplicar y evaluar los efectos de una intervención enfocada en modificar estos factores.

El presente estudio conserva un diseño longitudinal, tomando únicamente las variables de interés para el propósito de este trabajo.

5.2. PARTICIPANTES

Proyecto general: Mediante un muestreo por conveniencia se seleccionaron a mujeres embarazadas usuarias de dos centros de atención primaria a la salud, quienes contestaron diversos instrumentos para medir las variables psicosociales de interés. Se utilizaron como criterios de inclusión mujeres que supieran leer y escribir y que no contaran con alguna condición médica que les impidiera lactar, asimismo, se excluyeron mujeres con diagnóstico de embarazo de alto riesgo. Para este *análisis secundario de datos* se consideraron solo a las participantes que completaron el seguimiento telefónico y tuvieron datos completos de las variables de interés de este estudio, teniendo un total de 173 mamás.

5.3. VARIABLES

5.3.1. VARIABLE DEPENDIENTE

Percepción de producción inadecuada de leche (PIMS): creencia de la madre de que la calidad y cantidad de su leche materna es insuficiente para satisfacer las necesidades de su bebé (Piccolo et al, 2022; Huang et al, 2022; Sandhi et al, 2020), medida de manera dicotómica con la respuesta a la pregunta ¿Cree producir suficiente leche? no=0 y si=1).

5.3.2. VARIABLES INDEPENDIENTES

Control Conductual Percibido (CCP): Creencias sobre la presencia o ausencia de factores que faciliten, compliquen o impidan la realización de un comportamiento particular; dichas creencias conducen a la percepción de tener o no la capacidad de llevar a cabo el comportamiento (Ajzen, 2005), como lo es la LME. Se midió con el puntaje obtenido en el Cuestionario de Control Conductual Percibido y a fin de contrastar entre los valores más bajos y más altos de esta escala, se dividieron las puntuaciones finales en terciles.

Actitudes hacia la LM: disposición de responder favorable o desfavorablemente hacia un objeto, persona, institución o circunstancia de naturaleza evaluativa (Ajzen, 2005). Las actitudes hacia la lactancia materna se entienden como la disposición de responder favorable o desfavorablemente a esta conducta. Se midió con el puntaje obtenido en el Cuestionario de Actitudes hacia la Lactancia Materna y a fin de contrastar entre los valores más bajos y más altos de esta escala, se dividieron las puntuaciones finales en terciles.

Creencias sobre la LM: conjunto de ideas que posee la madre sobre la LM independientemente de su veracidad (Velasco, 2017). Se midió con el puntaje obtenido en el Cuestionario de creencias sobre Lactancia Materna y a fin de contrastar entre los valores más bajos y más altos de esta escala, se dividieron las puntuaciones finales en terciles.

Autoeficacia para lactar: creencias de las mujeres sobre su capacidad de amamantar adecuadamente a su bebé (Juárez-Castelán et al, 2018). Se midió con el puntaje obtenido en el Cuestionario de Autoeficacia para lactar.

5.3.3. COVARIABLES

Edad de la madre: número de años cumplidos desde el nacimiento hasta el presente (INEGI, 2012). Número de años cumplidos por la madre al momento de la intervención.

Escolaridad de la madre: último nivel académico de las madres al momento del estudio, reportado en primaria, secundaria, preparatoria o licenciatura.

Estado Civil: tipo de relación sentimental reportada al momento del estudio.

Nivel socioeconómico: percepción del individuo de su propia posición en la jerarquía social (Jackman & Jackman, 1973), medido mediante el eslabón donde se encuentre la madre de acuerdo al dibujo de una escalera con 10 peldaños, abordada en el cuestionario señalado.

Ocupación: tipo de actividad o trabajo al que se dedican las mamás al momento del estudio.

Tipo de parto: método por el cual nació el bebé, dividido en vaginal y cesárea.

Semana de gestación: relacionada con la forma en que nació el bebé, se divide en prematuro (bebés nacidos antes de las 37 semanas) y a término (bebés nacidos entre las 37 y 40 semanas), será evaluado mediante la respuesta de las madres en cuanto al nacimiento de su bebé.

Paridad: reporte de embarazos a término reportados por la madre al momento del estudio. Se divide en primíparas y multíparas.

Tipo de alimentación: opción elegida por la madre sobre la forma de brindar alimento a su bebé, se divide en LME y Alimentación mixta o fórmula láctea.

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

Asesoría sobre LM: información recibida respecto a la LM. Reportada mediante una pregunta dicotómica perteneciente al cuestionario enunciado con anterioridad.

5.4. INSTRUMENTOS

1. La Percepción de Producción de Leche se registró mediante la pregunta: ¿Cree producir suficiente leche?, con opciones de respuesta de no=0 y si=1. Dicha pregunta pertenece al *Cuestionario de seguimiento de factores psicosociales asociados a la lactancia materna* (anexo 2).
2. *Cuestionario de Control Conductual Percibido* (Alva, Gómez, Rojas, Serrano, & Juárez, 2017): conformado por 24 reactivos tipo Likert, con 4 opciones de respuesta que van de “completamente en desacuerdo” hasta “completamente de acuerdo”, distribuidos en tres dimensiones, la primera, referente a la comodidad y tranquilidad (alfa de Cronbach=.88), tensión emocional y falta de tiempo (alfa de Cronbach=.84), y amamantar en público (alfa de Cronbach=.82) (anexo 3).
3. *Cuestionario de Autoeficacia para lactar* (Juárez-Castelán, Rojas-Russell, Serrano-Alvarado, Gómez-García, Huerta-Ibáñez, Ramírez-Aguilar, 2018): compuesto por 15 ítems, evaluados mediante una escala Likert, que va de “nada segura” a “completamente segura”, siendo unifactorial, evaluando las creencias de las mujeres sobre su capacidad de amamantar adecuadamente a su bebé (alfa de Cronbach: .93) (anexo 4).
4. *Cuestionario de Actitudes hacia la Lactancia Materna* (Gómez-García y Rojas-Russell, 2017): compuesto por 14 reactivos en una escala de diferencial semántico de 11 puntos que van de 0 a 10; puntajes altos indican una actitud favorable hacia la lactancia y

puntajes bajos actitudes desfavorables. El instrumento comprende tres dimensiones del constructo: la primera se refiere a la evaluación de tipo afectiva hacia la lactancia (alfa de Cronbach = .91), por ejemplo, feo/bonito, insatisfactorio/satisfactorio; la segunda se relaciona con aspectos normativos (alfa de Cronbach = .77), por ejemplo, irrelevante/importante; la tercera se relaciona con la evaluación de los posibles inconvenientes físicos y emocionales que podría provocar la lactancia (alfa de Cronbach = .71), por ejemplo, doloroso/placentero. Para un mejor entendimiento de las dimensiones mencionadas, se cambió la redacción del nombre de las mismas, quedando así Afectivas/naturales, Normativas, e Inconvenientes físicos y emocionales, respectivamente (anexo 5).

5. *Cuestionario de creencias sobre Lactancia Materna* (Velasco, 2017): compuesto por 19 reactivos con escala tipo Likert, donde 8 reactivos evalúan las creencias sobre los beneficios físicos para el recién nacido (ítem 3, 12, 17, 19, 20, 21, 22, 23); 8 evalúan el daño físico en la madre (ítems 5, 6, 7, 8, 10, 13, 14, 15) y 3 evalúan beneficios psicológicos y emocionales para el bebé (ítems 24, 25 y 26) (anexo 6).
6. *Cuestionario de seguimiento de factores psicosociales asociados a la lactancia materna*, realizado expreso para los objetivos del proyecto DGAPA-PAPIIT-UNAM IN307916, el cuál indaga en los factores relacionados con el parto, los relacionado con la salud materno infantil, factores psicosociales y sociodemográficos (anexo 7).
7. *Cuestionario de datos generales y gineco-obstétricos* como son la edad, escolaridad, nivel socioeconómico, ocupación, semana de gestación, si la madre ha acudido a pláticas o asesorías sobre LM, número de embarazos previos, fecha estimada del parto (anexo 8).

5.5. PROCEDIMIENTO

Proyecto general: En la evaluación basal se entrevistó en las salas de espera a mujeres usuarias de los centros de salud de la CDMX, se les invitó a participar en la investigación explicando brevemente los objetivos del proyecto, la confidencialidad de la información proporcionada y en qué consistía su participación (anexo1).

Una vez firmado el consentimiento informado se les entregó un cuadernillo con las escalas y cuestionarios a responder, y la aplicación fue supervisada por psicólogos capacitados; la duración promedio fue de 20 minutos aproximadamente.

En la fase de seguimiento se revisaron los datos gineco-obstétricos de las mujeres, y a través de una entrevista telefónica breve, de acuerdo a la fecha estimada del parto, se les preguntó, primeramente, si recordaban el proyecto y si brindaban de su tiempo para responder unas breves preguntas respecto a su salud y a la de su bebé, así como a la alimentación de este último y las barreras y facilitadores percibidos para la LM. Cada entrevista duró aproximadamente 15 minutos. Finalizadas ambas entrevistas se agradeció su participación.

Para este estudio, se hizo una revisión y depuración de información de la base de datos de las mujeres que completaron tanto la etapa de evaluación inicial como las de seguimiento, se incluyeron únicamente datos de las variables de interés, revisando el número de datos perdidos en todas estas, completando/corrigiendo aquellos campos vacíos y/o erróneos con base a la información contenida en los expedientes físicos y online.

5.6. ANÁLISIS DE DATOS

Para el proyecto PAPIIT los instrumentos de la primera medición se capturaron en una hoja de cálculo, mientras que para la segunda medición se realizó un cuestionario online, y los datos

obtenidos se vaciaron, de igual manera, en una hoja de cálculo y se codificaron para su posterior análisis. En ambos casos se empleó el programa STATA v.13.

Para el presente estudio, se calcularon las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados mediante un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación varimax para explorar con mayor precisión las dimensiones de las variables psicológicas medidas, se respetó la estructura factorial propuesta por los autores. La confiabilidad de cada una de las escalas se determinó mediante el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach para cada uno de los factores de cada escala.

La descripción de las variables sociodemográficas y gineco-obstétricas se hizo mediante medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas, las cualitativas se describieron con frecuencias y porcentajes.

Se comparó la distribución de las características sociodemográficas, gineco-obstétricas y psicológicas mediante análisis bivariados estratificados de acuerdo a las madres que percibían adecuada producción de leche y las que no.

Se realizaron análisis de regresión logística bivariados, utilizando la percepción de producción inadecuada de leche (PIMS) como VD, las creencias sobre LM, control conductual percibido, actitudes y autoeficacia para lactar como VI y como covariables las características sociodemográficas y gineco-obstétricas, con el objetivo de indagar en aquellas variables que explicaran la PIMS. De acuerdo con las asociaciones significativas (valor $p < .05$) o marginales (valor $p < 0.07$) identificadas en los análisis bivariados y la relevancia teórica de algunas variables, así como estimar el efecto conjunto de estas, se estimaron modelos multivariados para la predicción de la PIMS, siguiendo el procedimiento "hacia adelante", el modelo final fue elegido con base en el valor de la prueba de Akaike.

CAPÍTULO 6. RESULTADOS

6.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Participaron 173 mujeres embarazadas, con rango de edad de 16 a 40 años (M=26, DE=6.1), el 76.87% estaban casadas o en unión libre, el mayor porcentaje de madres contaba con estudios de bachillerato o licenciatura (61.84%) y solo el 35.46% contaba con algún empleo. El 63.58% se encontró en un nivel socioeconómico autopercebido bajo, es decir, con puntuación igual o menor a 5/10. Respecto al tipo de parto, el 53.17% de las participantes tuvo parto vaginal, 56.39% fueron múltiparas, y de estas el 53.84% reportó tener experiencia con la LME. Solo el 34.6% recibió asesoría sobre lactancia antes del parto (Tabla 1).

De la muestra total, 67.6% percibieron suficiencia en su producción de leche y de estas 93.39% fueron nacimientos a término (≥ 38 semanas). Entre las mujeres que no percibieron suficiencia en su producción de leche un 83.92% recurrió a la alimentación con fórmula o de forma mixta y 16.66% tuvo bebés prematuros (< 37 semanas). En el resto de las variables no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas o marginales (Tabla 1).

Tabla 1.

Características de la muestra de acuerdo a la PIMS

Variables	Total	¿Cree producir suficiente leche?		Valor p
		Si % [IC 95%]	No % [IC 95%]	
Tamaño de la muestra (N)	173	67.6 [.60-.70]	32.3[.25-.39]	
Edad (años)				
16-21	26.16[.20-.33]	28.44[.20-.37]	21.42[.12-.34]	.62
22-30	47.09[.39-.54]	49.13[.40-.58]	42.85[.30-.56]	
31-39	26.74[.20-.33]	22.41[.15-.31]	35.71[.24, .49]	
Escolaridad				
Secundaria o menos	38.15[.31-.45]	37.60[.29-.46]	39.28[.27-.52]	.83
Bachillerato/Licenciatura	61.84[.54-.68]	62.39[.53-.70]	60.71[.47-.72]	

Variables	Total	¿Cree producir suficiente leche?		Valor p
		Si % [IC 95%]	No % [IC 95%]	
Estado Civil				
Casada/unión libre	76.87[.69-.82]	74.35[65.5,81.5]	82.14[.69-.90]	.25
Soltera	23.12[.17-.30]	25.64[.18-.34]	17.85[.96-.30]	
NSE				
Bajo	63.58[.56-.70]	65.81[.56-.73]	58.92[.45-.71]	.37
Alto	36.41[.29-.43]	34.18[.26-.43]	41.07[.28-.54]	
Ocupación				
Trabaja	35.46[28.6-42,9]	33.62[25.5-42.8]	39.28[27-52.9]	.52
No trabaja	64.53[57-71.3]	66.37[57.1-74.4]	60.71[47-72]	
Semanas de gestación				
Prematuro (<37 semanas)	9.74[.05-.15]	6.60[.03-.13]	16.66[.08-.30]	.05
A término (>=38 semanas)	90.25[84-94]	93.39[.86-.96]	83.33[.69-.91]	
Tipo de parto				
Vaginal	53.17[.45-.60]	52.99[.43-.61]	53.57[.40-.66]	.94
Cesárea	46.82[.39-.54]	47.00[.38-.56]	46.42[.33-.59]	
Paridad				
Primíparas	43.60[.36-.51]	44.82[.35-.54]	41.07[.28-.54]	.21
Múltiparas	56.39[.48-.63]	55.17[.45-.64]	58.92[.45-.71]	
Tipo de alimentación				
LME	58.38[.50-.65]	78.63[.70-.85]	16.07[.08-.28]	.00
Mixta/Fórmula láctea	41.61[.34-.49]	21.36[.14-.29]	83.92[.71-.91]	
Asesoría sobre LM				
No recibieron	24.27[.18-.31]	21.36[.14-.29]	30.35[.19-.43]	.54
Antes del parto	34.68[.27-.42]	35.04[.26-.44]	33.92[.22-.47]	
Después del parto	14.45[.09-.20]	16.23[.10-.24]	10.71[.04-.22]	
Antes y después del parto	26.58[.20-.33]	27.35[.19-.36]	25.00[.15-.38]	
Experiencia previa				
LME	53.84[.43-.63]	57.37[.44-.69]	46.66[.29-.65]	.33
Mixta/Fórmula láctea	46.15[.36-.56]	42.62[.30-.55]	53.33[.34-.70]	

Nota. PIMS: Percepción de producción inadecuada de leche; IC: Intervalo de confianza; NSE: Nivel socioeconómico; LM: Lactancia materna; LME: Lactancia materna exclusiva.

En la Tabla 2 se muestran las variables psicológicas, donde se observa que percibir altos niveles de estrés y ansiedad (Tensión emocional y falta de tiempo, CCP) llevó a las madres a percibir insuficiencia en su producción de leche ($p=.07$); el resto de las variables psicológicas a pesar de no resultar estadísticamente significativas mostraron valores en la dirección esperada.

Tabla 2.
Características de la muestra de acuerdo a la PIMS.

Variables	Total M [Q1,Q3]	¿Cree producir suficiente leche?		Valor p
		Si M [Q1,Q3]	No M [Q1,Q3]	
Creencias				
Beneficios físicos para el recién nacido	21[20,24]	21[20,24]	21[19,24]	.34
Daño físico en la madre	11[8,15]	10[8,15]	11[8,15]	.65
Beneficios psicológicos y emocionales al bebé	7[6,9]	6[6,9]	7[6,9]	.41
Control Conductual Percibido				
Comodidad y tranquilidad	26[22,30]	26[22,30]	26[22,31]	.89
Tensión emocional y falta de tiempo	9[8,13]	9 [7,13]	11 [8,14]	.07
Amamantar en público	6[4,9]	6[4,8]	6[5,9]	.10
Autoeficacia para lactar	34[29,45]	34[28,44]	35[30,45]	.47
Actitudes hacia la LM				
Afectivas/naturales	60 [58,70]	60 [58,70]	61 [57,70]	.96
Normativas	36 [36,40]	36 [35,40]	37[37,40]	.87
Inconvenientes físicos y emocionales	21 [16,27]	20 [16,27]	21[17,27]	.50

*Nota. PIMS: Percepción de producción inadecuada de leche; M: Media ; Q1:cuartil 1; Q3: cuartil 3 LM: Lactancia Materna: LME: Lactancia materna exclusiva *Percepción de producción inadecuada de leche*

6.2. ANÁLISIS DE CONSISTENCIA INTERNA

En la Tabla 3 se muestran los coeficientes de confiabilidad de las escalas psicológicas y de cada uno de sus factores. Se respetó la estructura factorial propuesta por los autores, y solo se obtuvo el valor de consistencia interna de cada uno de ellos. Se observa que la mayoría de los resultados fueron valores moderadamente altos.

Tabla 3.
Análisis de consistencia interna de las escalas utilizadas

Creencias sobre LM	Ítems	α de Cronbach
Beneficios físicos para el recién nacido	3,12,17, 19, 20, 21, 22, 23	.88
Daño físico en la madre	5, 6, 7, 8, 10, 13, 14, 15	.88
Beneficios psicológicos y emocionales al bebé	24,25,26	.85
	Total	.87

Autoeficacia para amamantar	1 al 16	.87
Actitudes hacia la LM		
Afectivas/naturales	2,3,5,8,9,10,11,12	.89
Normativas	4,6,7,16	.77
Inconvenientes físicos y emocionales	13,14,15	.72
	Total	.87
Control Conductual Percibido		
Comodidad y tranquilidad	1 al 11	.86
Tensión emocional y falta de tiempo	14,15,16,17,19,22,23,24	.83
Amamantar en público	12,13,18,20,21	.85

Nota. LM: Lactancia Materna

6.3. ANÁLISIS BIVARIADO

Se realizó una regresión logística bivariada para obtener la relación entre la PIMS (VD) y las variables sociodemográficas, gineco-obstétricas y psicológicas. Como era predecible, las madres que recurrieron a la alimentación mixta o a la fórmula láctea tuvieron 95% menos posibilidades de tener una percepción de producción suficiente de leche (OR = .05, IC95%= .02-.12, p=0.00).

Respecto a las variables sociodemográficas, se observó que las madres con rango de edad de 31-39 años tuvieron 53% menos posibilidad de percibir adecuada producción de leche comparadas con las madres menores de 30 años de edad (OR=.47, IC95%=.19-1.14, p=0.10), aunque la asociación fue marginal. El resto de las variables sociodemográficas consideradas (escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico y ocupación) no mostraron asociaciones estadísticamente significativas.

También, se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la PIMS y el parto prematuro, (edad gestacional menor a 37 semanas), las madres con hijos prematuros tuvieron un 65% menos posibilidad de percibir adecuada producción de leche para alimentar a sus bebés (OR=.35, IC95%=.12-1.0, p=0.05). No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas

entre el tipo de parto (vaginal/cesárea), paridad (primíparas/multíparas), asesoría sobre LM (no recibieron/antes del parto/después del parto/ antes y después del parto) y experiencia previa con la LM (si/no).

La mayoría de las participantes, obtuvo puntuaciones altas en las escalas psicológicas empleadas, es decir, se presentó sesgo negativo en la distribución de las puntuaciones, por lo que, a fin de contrastar entre los valores más bajos y más altos de cada una de las escalas, las puntuaciones finales fueron segmentadas en terciles. En la Tabla 4 se muestran las asociaciones entre la PIMS y las variables psicológicas consideradas.

Tabla 4.
Análisis de regresión logística bivariada entre la PIMS y las variables psicológicas*

Variables psicológicas	OR	IC 95%	p
Creencias sobre LM			
Beneficios físicos para el recién nacido			
Tercil 1	Ref.		
Tercil 2	1.07	.44 - 2.61	.86
Tercil 3	.65	.31 - 1.35	.25
Daño físico en la madre			
Tercil 1	Ref.		
Tercil 2	.58	.26 - 1.29	.18
Tercil 3	.79	.36 - 1.73	.56
Beneficios psicológicos y emocionales al bebé			
Tercil 1	Ref.		
Tercil 2	1.02	.41 - 2.56	.95
Tercil 2	.81	.31 - 2.10	.67
Control Conductual percibido			
Comodidad y tranquilidad			
Tercil 1	Ref.		
Tercil 2	1.19	.55 - 2.58	.64
Tercil 3	1.02	.46 - 2.24	.94
Tensión emocional y falta de tiempo			
Tercil 1	Ref.		
Tercil 2	.49	.20 - 1.20	.12
Tercil 3	.43	.17 - 1.07	.07
Amamantar en público			
Tercil 1	Ref.		
Tercil 2	1.05	.45 - 2.44	.89

Variables psicológicas	OR	IC 95%	p
Tercil 3	.66	.29 - 1.51	.33
Autoeficacia			
Autoeficacia de la madre			
Tercil 1	Ref.		
Tercil 2	.83	.36 - 1.89	.66
Tercil 3	.62	.27 - 1.39	.25
Actitudes			
Afectivas/Naturales			
Tercil 1	Ref.		
Tercil 2	.95	.43 - 2.10	.90
Tercil 3	1.19	.52 - 2.6	.66
Normativas			
Tercil 1	Ref.		
Tercil 2	.58	.23-1.45	.24
Tercil 3	.85	.38-1.91	.70
Inconvenientes físicos y emocionales			
Tercil 1	Ref.		
Tercil 2	.60	.26-1.38	.23
Tercil 3	.74	.31-1.74	.49

Nota. OR: odds ratio; IC 95%: Intervalo de confianza al 95%. *Percepción de producción inadecuada de leche

La dimensión “Tensión emocional y falta de tiempo” de la escala de Control Conductual Percibido se asoció de forma marginal con la percepción de producción de leche, las mujeres en el tercil más alto de puntuaciones de esta escala tuvieron 57% menos posibilidad de percibir una suficiente producción de leche comparadas con las mujeres en el tercil más bajo. Ninguna de las dimensiones de las escalas de actitudes, creencias y autoeficacia, mostraron asociaciones estadísticamente significativas, sin embargo, se obtuvieron valores de OR en la dirección esperada.

6.4. ANÁLISIS MULTIVARIADO

Se consideraron variables psicológicas, gineco-obstétricas y sociodemográficas de acuerdo a su relevancia estadística o su importancia clínica, a fin de estimar el efecto conjunto de dichas variables sobre la PIMS. Se realizaron regresiones logísticas múltiples siguiendo el procedimiento

"hacia adelante". La única variable que no fue incluida, debido a una alta colinealidad con la PIMS fue el tipo de alimentación.

El modelo final fue elegido con base en el valor de la prueba de Akaike (AIC=191.994) considerando las variables con valores de OR estadísticamente significativos. El modelo final identificó que la dimensión de tensión y falta de tiempo (OR=.34, IC95%=.12-.97, p=0.04) de la escala de CCP y el parto prematuro (OR=.35, IC95%=.11-1.10, p=0.073) fueron predictores de la PIMS, el modelo fue ajustado por edad y mostró adecuados valores de bondad de ajuste de $\chi^2=5.13$ y $p=0.52$ con la prueba de Hosmer–Lemeshow (Tabla 5).

Tabla 5.

Análisis de regresión logística multivariada entre la PIMS y las características de la muestra (N=151)

Características de la muestra	OR	IC 95%	p
Tensión emocional y falta de tiempo			
Tercil 1	Ref.		
Tercil 2	.36	.13 - .97	.05
Tercil 3	.34	.12 - .97	.04
Semanas de gestación			
>37semanas de gestación	Ref.		
<37semanas de gestación	.35	.11 - 1.10	.07
Edad			
16-21 años	Ref.		
22-30 años	.82	.32 - 2.0	.67
31-39 años	.78	.32 - 1.85	.57

Nota PIMS: Percepción de producción inadecuada de leche; OR: odds ratio; IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

De acuerdo a las variables incluidas en el modelo, se muestra que percibir altos niveles de estrés y ansiedad y falta de tiempo para realizar actividades (dimensión correspondiente a la escala de Control Conductual Percibido) lleva a las madres a tener un 66% menos posibilidad de percibir adecuada producción de leche, asimismo, en las madres cuyo bebé fue prematuro (<37 semanas) disminuye en un 65% la posibilidad de que perciban que su producción de leche es adecuada, sin embargo, esta asociación fue marginal.

CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos indican que la Percepción de Producción Insuficiente de leche (PIMS) está asociada con la Tensión y falta de tiempo, dimensión correspondiente al Control Conductual Percibido, asimismo, con la semana de gestación, en específico la prematurez. El tipo de alimentación elegido por las madres tuvo una fuerte asociación con la PIMS lo que sugiere que esta puede ser una variable predictora de la lactancia materna exclusiva.

Los análisis bivariados y multivariados sugieren que a medida que las madres perciben tensión sobre situaciones demandantes de su contexto y anticipan que no podrán controlar las demandas externas una vez ocurrido el parto, tienen mayor posibilidad de presentar PIMS. Asimismo, las madres que creían que su leche no era suficiente para las necesidades alimenticias de su bebé, interrumpieron tempranamente la LM, optando por la alimentación con fórmula láctea y las madres cuyo bebé fue prematuro tuvieron mayor posibilidad de percibir insuficiencia en su leche, a diferencia de las mamás con bebés nacidos a término.

El hecho de que la percepción de tensión y falta de tiempo se asociara con la PIMS puede deberse a que los factores estresantes de la vida se relacionan con una corta duración de la lactancia, además, la alimentación infantil depende mucho del suministro de leche percibido por la madre, y la mala alimentación de la misma y los niveles altos de estrés (muchas veces por demandas del contexto) conllevan a una baja producción de leche materna (Gross et al, 2019).

El estudio cualitativo de Peacock-Chambers et al (2017) encontró que el control conductual percibido en torno a la LM (medido a las 2 semanas y 6 meses después del parto) fue la razón principal por la que las madres reportaron PIMS y aunado a ello, recurrieron a la suplementación con leche artificial. Después del parto temprano, la PIMS provocó sentimientos de angustia

materna, fuerte respuesta emocional al llanto del bebé y una necesidad de controlar todos los comportamientos del mismo.

Con relación a la variable tipo de alimentación, la PIMS es uno de los factores que mejor explica la elección sobre la forma de alimentar a un recién nacido, ya que las madres que creen que su producción es suficiente, amamantan con LM, mientras que las madres que reportan PIMS no brindan LME (Mohebati et al, 2021; Sandhi et al, 2020).

Abonando a lo anterior, Martínez-Aguilera et al (2018) encontraron que normalmente las madres perciben con mayor facilidad las señales de apetito de sus bebés a diferencia de los indicadores de saciedad y que la LM tiene papel importante en la regulación de ambos procesos, ya que los bebés amamantados tienen mejor autorregulación con respecto a la cantidad de energía que consumen, comparado con los recién nacidos alimentados con fórmula, destacando así la importancia de la alimentación a libre demanda.

Adicionalmente, la suplementación con fórmula no ofrece a un recién nacido los nutrientes que su cuerpo necesita para un crecimiento saludable, puesto que la alimentación artificial mayormente aporta niveles de azúcar y grasa en cantidades elevadas, es decir, no se puede regular la ingesta por parte del recién nacido, a diferencia de la succión efectiva al pecho por parte del bebé. Además, se ha demostrado que la fórmula láctea lleva a los bebés a ganar peso más rápido, pero no precisamente de forma sana, lo cual puede conducir al sobrepeso y obesidad, a diferencia de la LME que aporta componente nutrimentales acordes a la etapa de desarrollo del bebé y a su vez lo protege contra enfermedades respiratorias, gastrointestinales, entre otras.

Las madres cuyo hijo fue prematuro tuvieron mayor posibilidad de reportar bajos niveles en su producción de leche, siendo así la semana de gestación otro factor que predijo la PIMS. Una de las posibles explicaciones, es que se ha identificado que un bebé prematuro tiene una capacidad

de succión al pecho menor que un bebé nacido a término, y esto conlleva a una limitada estimulación al seno materno para activar la producción, además, en diversas ocasiones los bebés prematuros no están en alojamiento conjunto y las madres suelen pensar, por falta de información, prácticas tradicionales sobre lactancia y dificultades en agarre al pecho, que la LME es insuficiente para el sano crecimiento de un bebé prematuro, por lo cual, recurren a la alimentación artificial (Parker et al, 2020; Huang, et al, 2021).

Con respecto al resto de las variables psicológicas abordadas, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las creencias, actitudes y autoeficacia, a pesar de que teóricamente estas variables tienen relevancia en la PIMS, sin embargo, los puntajes obtenidos en las escalas muestran valores en la dirección esperada, es decir, durante el embarazo las madres tuvieron creencias y actitudes favorables en torno a la LM y se percibieron capaces de amamantar a su bebé, así como percibir factores que pudiese facilitar su lactancia.

Por lo anterior, resulta importante para futuros estudios, medir las variables psicológicas (creencias, autoeficacia, actitudes y CCP) tanto en el embarazo, como en el posparto, ya que durante el embarazo las madres pueden anticipar de acuerdo a sus expectativas y creencias cómo será su proceso de amamantamiento, sin embargo, una vez ocurrido el parto, existe probabilidad de que los niveles de autoeficacia, actitudes y control conductual percibido cambien, puesto que las madres estarán enfrentando la tarea, encontrando las distintas barreras que acompañan al proceso de amamantamiento llevando así a las madres a la posibilidad de percibir producción insuficiente de su leche, dentro de otras barreras internas y externas en torno a la LM.

Con respecto a las variables sociodemográficas, no se presentaron asociaciones estadísticamente significativas con la PIMS, lo cual indica que, en este estudio, la variación o cambio en cualquiera de estas no afectó la PIMS en las madres lactantes.

Algunas variables que pueden estar relacionadas con la PIMS pero que no fueron objetivo del presente estudio son el llanto del bebé y la educación prenatal. El llanto del recién nacido es una de las señales que son percibidas por las madres como sinónimo de que su hijo no se está llenando con su leche (Huang et al, 2021), lo cual conlleva fuertes reacciones emocionales por parte de la madre y abona a que se reporte PIMS. Mohebati et al (2021) reportaron que la percepción de las madres sobre que su bebe llora más que otros se asoció con la ÍMS a las 2 y 4 semanas de nacimiento, al igual que un retraso en el inicio de la LM y problemas previos en torno a esta.

Una segunda variable es la educación prenatal, ya que Brown (2017), Kent et al, (2006) y Sachs et al (2006) encontraron que la educación prenatal abona a un incremento en las tasas de LM, y que solo explicar cuestiones como los beneficios de la LM suele no ser suficiente para garantizar esta, puesto que el acompañamiento una vez ocurrido el parto suele ser limitado o deficiente, dejando completamente la tarea de aprender a cómo amamantar, a la madre, por ello, la educación prenatal debe abordar temáticas en torno a la diferenciación entre LM y fórmula láctea, haciendo énfasis en que los lactantes amamantados se alimentan con mayor frecuencia e irregularidad que aquellos que reciben fórmula, como resultado de que la leche materna se digiere con más facilidad, y que los recién nacidos a menudo pierden más peso después del nacimiento y lo recuperan más lentamente que los bebés alimentados con fórmula, lo cual es completamente normal (Dollberg et al, 2001), sin embargo, es importante brindar esta información a las madres dado que suele ser la preocupación más frecuente y uno de los indicadores por los cuales piensan que su leche no está siendo suficiente y recurren a la suplementación con fórmula.

Las variables anteriores (llanto del bebé y educación prenatal) en conjunto con las señales de hambre y saciedad del bebé pueden ser posibles variables a considerar para futuros estudios, ya

que la regulación de la ingesta de leche materna está regulada por el propio recién nacido, relacionada con el mecanismo fisiológico hambre-saciedad, el cual no se regula cuando se alimenta con fórmula láctea; asimismo el establecimiento de indicadores de la PIMS de acuerdo a las variables psicológicas medidas, por ejemplo, madre con alta autoeficacia, madre que no percibe PIMS.

7.1. FORTALEZAS Y LIMITACIONES

La principal limitación del estudio fueron las pérdidas al seguimiento. En esta medición no fue posible localizar a más del 70% de la muestra original, lo que tuvo un efecto sobre el poder estadístico del estudio. Hipotéticamente, las variables para las cuales se identificaron asociaciones marginales pudieron haber tenido asociaciones significativas con un tamaño de muestra más grande. No obstante, las pocas variables que se identificaron parecen tener una fuerte asociación con la variable desenlace por lo que su estudio y atención vale la pena asegurarlos.

Una segunda limitación fue la forma en que se midió tanto la VD como el resto de las variables, ya que, en el caso de las escalas psicológicas, fueron auto-aplicadas y sólo medidas durante el embarazo y no en el posparto, lo cual puede llevar a un sesgo de deseabilidad social por parte de las madres al momento de responder y a posibles expectativas y creencias de las mujeres antes de enfrentarse al proceso de amamantamiento, además, el haber realizado la medición únicamente durante el embarazo y no en la fase de seguimiento, no permitió conocer los niveles reportados en cuanto a las variables psicológicas de las madres una vez enfrentadas al proceso de lactancia.

En el caso de la medición de la PIMS, fue una variable que únicamente se abordó en la entrevista de seguimiento vía telefónica, lo cual pudo haber llevado a un sesgo de memoria por parte de las mujeres lactantes, ya que hubo una variabilidad en el tiempo en el que se les realizó la

llamada a cada una de ellas, y esto pudo conducir a que no recordaran del todo la información requerida. Asimismo, la forma en que se midió la VD fue mediante una pregunta con forma de respuesta si/no a la creencia de sí la producción de leche era suficiente, lo cual limitó el alcance que se puede tener con esta variable, ya que se pudieron haber considerado un conjunto de preguntas para evaluar la PIMS, por ejemplo, el comportamiento del bebé después de comer, percepción de saciedad en el recién nacido, consideración de la calidad de la leche materna y la ganancia de peso por parte del bebé.

Referente a las fortalezas, el tema en general, permitió conocer los principales factores que rodean a el hecho de que las madres perciban que su producción de leche no es suficiente, para así, poder incidir en ellos, sea de forma presencial u online, mediante asesoramiento, psicoeducación o intervenciones breves, basadas sobre todo en fortalecer la autoeficacia, derribar mitos en torno a la LME, autorregulación emocional y fortalecer o crear redes de apoyo para las madres, asimismo, visualizar la importancia de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y el cumplimiento del Código Internacional sobre comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna.

Además, la presencia de la PIMS suele ser de los principales factores por los cuales se interrumpe de forma temprana la LM, por lo cual, el saber la forma en que se puede prevenir o reducir resulta importante en madres mexicanas, ya que este sector de mujeres puede guiarse con mitos en torno a la producción de leche, y creer que la PIMS se soluciona con métodos caseros, por ejemplo, beber atoles.

El conocer las variables psicológicas asociadas tanto de manera estadística como clínicamente a la PIMS da apertura a que futuros estudios puedan considerar este conjunto de características, con una muestra más representativa y así observar los efectos individuales y conjuntos de las mismas tanto en el periodo de embarazo como en el posparto y lactancia.

Finalmente, el tipo de diseño elegido permitió identificar la presencia de la PIMS como una de las principales barreras a las que las madres se enfrentan en el posparto inmediato y las variables psicosociales intervinientes, asimismo, supone una oportunidad para seguir indagando e interviniendo en los factores relacionados con la PIMS, y así poder lograr el establecimiento de la LME exitosa.

7.2. CONCLUSIONES

La LME es una de las conductas de salud más importantes, ya que ofrece beneficios tanto a las madres como a los bebés, sin embargo, su prevalencia no siempre es estable o incrementa, lo cual es fruto de múltiples barreras, una de estas, la PIMS, ya que es uno de los principales indicadores en torno al establecimiento del proceso de amamantamiento.

Se encontró que tres son los factores que se relacionan mayormente con el hecho de que las madres reporten PIMS, primeramente, el tipo de alimentación, ya que la creencia de las madres sobre que su producción de leche es insuficiente, las lleva al cese temprano de la LM o a la elección de la alimentación con fórmula. Las madres con una percepción de suficiencia de leche, tienden a tener una LME, volviendo a la PIMS una variable proximal al tipo de alimentación en los recién nacidos.

Un segundo factor fue la prematuridad, un indicador para que las madres pensarán que su hijo necesitaba más que leche materna, ya que predominó la creencia de que por ser prematuro la leche de la madre no lo llenaba y no iba a ser suficiente para su buena alimentación. Este resultado puede incentivar a explicar a las madres que en ocasiones la succión al pecho por parte de un lactante prematuro puede ser menor a la de un lactante nacido a término, pero que la LME cubre las necesidades de todo bebé, asimismo, el brindar recursos como una buena técnica de agarre al pecho, explicar de qué depende la producción de leche y la opción de extracción y almacenamiento

de la leche materna pueden figurar como herramientas que lleven a la reducción de la PIMS en torno a una bebe nacido menor a 37 semanas de gestación.

Los aspectos psicológicos y emocionales que más figuraron como detonadores de la PIMS, fueron la tensión y falta de tiempo (CCP), es decir, percibir situaciones estresantes así como dificultad para poder controlar actividades futuras lleva a las mujeres a tener mayor posibilidad de creer que su producción de leche no está siendo la adecuada, lo cual, puede inferirse, dado que en el contexto mexicano una madre tiene múltiples tareas y los sentimiento de frustración, estrés y/o ansiedad por terminarlas pueden presentarse en múltiples ocasiones, y abonado al proceso de la lactancia, estos pueden incrementar

Dado lo anteriormente expuso, se afirma que la PIMS constituye una de las principales razones para la interrupción temprana de la LM, resulta crucial poner en marcha intervenciones encaminadas a orientar a las madres sobre las señales de hambre y saciedad de sus bebés, así como de los indicadores de una buena producción de leche, el proceso de la misma, y qué hacer cuando la producción es baja, derribando de esta forma los distintos mitos que giran en torno a la PIMS. Asimismo, formar al personal de salud para atender situaciones referentes la LM tanto en educación prenatal como un acompañamiento postparto.

Las posibles estrategias a implementar van desde programas de asistencia nutricional, psicoeducación en LME, regulación del estrés y creación de redes de apoyo social para las madres (Peacock-Chambers et al, 2017), ya que estas pueden permitir a la madre tener espacios de descanso, delegar tareas, reduciendo así también, la percepción de un cúmulo de actividades a realizar y limitaciones en tiempos.

Finalmente, como sugerencia para futuros estudios, se propone incrementar el tamaño de muestra, con el fin de visualizar cómo se comportan aquellas variables psicológicas,

sociodemográficas y gineco-obstétricas que en este estudio no resultaron significativas por falta de poder estadístico. De igual forma, el abordar la medición de la PIMS de una forma más profunda para así poder indagar en más factores que giren en torno a ella, y finalmente, poder tomar este estudio como referencia para abordar longitudinalmente o cualitativamente el estudio de la PIMS.

REFERENCIAS

- Abugov, H., Ochoa Marín, S. C., Semenic, S., y Arroyave, I. C. (2021). Barriers and facilitators to breastfeeding support practices in a neonatal intensive care unit in Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 39(1). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n1e11>
- Abdulahi, M., Fretheim, A., Argaw, A., y Magnus, J. H. (2021). Breastfeeding Education and Support to Improve Early Initiation and Exclusive Breastfeeding Practices and Infant Growth: A Cluster Randomized Controlled Trial from a Rural Ethiopian Setting. *Nutrients*, 13(4), 1204. <https://doi.org/10.3390/nu13041204>
- Aguilar-Palafox, MI, y Fernández-Ortega, MA. (2007). Lactancia materna exclusiva. *Revista de la Facultad de Medicina*. 50(4), 174-179.
- Ajzen, I. (2002). Residual Effects of Past on Later Behavior: Habituation and Reasoned Action Perspectives. *Personality and Social Psychology Review*, 6(2), 107-122. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0602_02
- Ajzen, I. (2005). Explaining intentions and behavior. En I. Ajzen (Ed.), *Attitudes, personality and behavior* (117-140). Berkshire, UK: Open University Press.
- Alva, L., Gómez, A., Rojas, M., Serrano, K., y Juárez, M. (2017) *Escala para medir el control conductual percibido en embarazadas*. Universidad Nacional Autónoma de México
- Becerra-Bulla, F., Rocha-Calderón, L., Fonseca-Silva, D.M. y Bermúdez-Gordillo, L.A. (2015). El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. *Revista Facultad de Medicina*. 63(2). 217-227. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.44051>
- Brahm, P., y 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>
- Bonvecchio Arenas, A., Florence, T. R., González, W., Lozada Tequeanes, A. L., Alvarado Casas, R., y Blanco García, I. (2016). Barreras de la lactancia materna en México. In T. González de Cosío & S. Hernández (Eds.), *Lactancia materna en México* (Primera ed, pp. 77 82). Intersistemas. <https://doi.org/10.21149/8800>

- Brockway, M., Benzies, K., y Hayden, K. A. (2017). Interventions to Improve Breastfeeding Self-Efficacy and Resultant Breastfeeding Rates: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Human Lactation*, 33(3), 486-499. <https://doi.org/10.1177/0890334417707957>
- Brown, A. (2017). Breastfeeding as a public health responsibility: a review of the evidence. *J Hum Nutr Diet*. 30(6). 759-770. <https://doi.org/10.1111/jhn.12496>
- Brown, A. (2016) What Do Women Really Want? Lessons for Breastfeeding Promotion and Education. *Breastfeeding Med*. 11 , 102 – 110. 10.1089/bfm.2015.0175
- Carpay, N. C., Kakaroukas, A., D. Embleton, N., y van Elburg, R. M. (2021). Barriers and Facilitators to Breastfeeding in Moderate and Late Preterm Infants: A Systematic Review. *Breastfeeding Medicine*, 16(5), 370-384. <https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0379>
- Cortés-Rúa, L., y Díaz-Grávalos, G. J. (2019). Interrupción temprana de la lactancia materna. Un estudio cualitativo. *Enfermería Clínica*, 29(4), 207-215. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.11.003>
- De Jager, E., Skouteris, H., Broadbent, J., Amir, L. y Mellor, K. (2013). Psychosocial correlates of exclusive breastfeeding: A systematic review. *Midwifery*, 29, 506-518. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.04.009>
- Wust, C. (2003). The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment of the Short Form. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 32(6), 734-744. <https://doi.org/10.1177/0884217503258459>
- Dollberg, S., Lahav, S. y Mimouni, F.B. (2001) A comparison of intakes of breast-fed and bottle-fed infants during the first two days of life. *J Am Coll Nutr*. 20, 209-211. <https://doi.org/10.1080/07315724.2001.10719033>
- Espinoza, C., Zamorano, C., Graham, S. y Orozco, A. (2014). Factores que determinan la duración de la lactancia materna durante los tres primeros meses de vida. *Anales Médicos*. 2(59), 120-126.

- Flórez Alarcón, L. (2007). *Psicología social de la salud: promoción y prevención*. Colombia: El manual moderno
- García-López, R. (2011). Composición e inmunología de la leche materna. *Acta Pediátrica de México*, 32 (4), 223-230. <https://www.redalyc.org/pdf/4236/423640330006.pdf>
- Galipeau, R., Baillot, A., Trottier, A., y Lemire, L. (2018). Effectiveness of interventions on breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk supply: A systematic review and meta-analysis. *Maternal & Child Nutrition*, 14(3). <https://doi.org/10.1111/mcn.12607>
- Gebrekidan, K., Plummer, V., Fooladi, E., y Hall, H. (2021). Attitudes and experiences of employed women when combining exclusive breastfeeding and work: A qualitative study among office workers in Northern Ethiopia. *Maternal & Child Nutrition*, 17(4). <https://doi.org/10.1111/mcn.13190>
- Gianni, M. L., Bezze, E. N., Sannino, P., Baro, M., Roggero, P., Muscolo, S., Plevani, L., y Mosca, F. (2018). Maternal views on facilitators of and barriers to breastfeeding preterm infants. *BMC Pediatrics*, 18(1), 283. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1260-2>
- Gómez-García, J. A., Rojas-Russell, M. E., Serrano-Alvarado, K., Juárez-Castelán, M. A., Huerta-Ibáñez, A., y Ramírez-Aguilar, M. (2020). Intención de lactar exclusivamente con leche materna: un estudio basado en la teoría de la conducta planeada. *Clínica y Salud*, 31(1), 13-20. <https://doi.org/10.5093/clysa2019a20>
- Gross, R. S., Mendelsohn, A. L., Arana, M. M., y Messito, M. J. (2019). Food Insecurity During Pregnancy and Breastfeeding by Low-Income Hispanic Mothers. *Pediatrics*, 143(6), e20184113. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-4113>
- Hernández-Cordero, S., Lozada-Tequeanes, A. L., Fernández-Gaxiola, A. C., Shamah-Levy, T., Sachse, M., Veliz, P., y Cosío-Barroso, I. (2020). Barriers and facilitators to breastfeeding during the immediate and one month postpartum periods, among Mexican women: A mixed methods approach. *International Breastfeeding Journal*, 15(1), 87. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00327-3>

- Huang, Y., Liu, Y., Yu, X., y Zeng, T. (2022). The rates and factors of perceived insufficient milk supply: A systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 18(1). <https://doi.org/10.1111/mcn.13255>
- Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. (2021). Lactancia Materna: alimentando vínculos saludables. Recuperado de: <https://saludmentalperinatal.es/2021/08/01/lactancia-materna-alimentando-vinculos-saludables-smlm-2021/>
- Instituto Nacional de Salud Pública-INSP (2020). Situación actual de la lactancia materna en México. Recuperado de: https://www.insp.mx/resources/images/stories/2020/docs/situacion_%20actual_de_la_lactancia_materna_en-mexico.pdf
- Jackman, M. R., y Jackman, R. W. (1973). An interpretation of the relation between objective and subjective social status. *American Sociological Review*, 38(5), 569-582.
- Jamehei, F., Ostovar, A., y Javadzade, H. (2017). Predictors of Exclusive Breastfeeding among Nulliparous Iranian Mothers: Application of the Theory of Planned Behaviour. *Int J Pediatr*, 5(3), 4457-4467
- Juárez Castelán, M. A., Rojas Russell, M. E., Serrano Alvarado, K., Gómez García, J. A., Huerta Ibáñez, A., y Ramírez Aguilar, M. (2018). Diseño y validación de un instrumento para medir la autoeficacia para lactar de mujeres embarazadas mexicanas. *Psychologia*, 12(1), 25-34. <https://doi.org/10.21500/19002386.3344>
- Kent, J. C., Ashton, E., Hardwick, C. M., Rea, A., Murray, K., y Geddes, D. T. (2021). Causes of perception of insufficient milk supply in Western Australian mothers. *Maternal & Child Nutrition*, 17(1). <https://doi.org/10.1111/mcn.13080>
- Kent, J.C., Mitoulas, L.R., Cregan, M.D., Ramsay, D.T., Doherty, D.A. y Hartmann, P.E. (2006) Volume and frequency of breastfeedings and fat content of breast milk throughout the day. *Pediatrics*. 117 (3) , 387 – 395. 10.1542/peds.2005-1417
- Llorente-Pulido, S., Custodio, E., López-Giménez, M. R., y Otero-García, L. (2021). Barriers and Facilitators for Exclusive Breastfeeding within the Health System and Public Policies from In-Depth Interviews to Primary Care Midwives in Tenerife (Canary Islands, Spain).

- International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 128.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19010128>
- Marín-Arias, L. y Gutiérrez, O.Y. (2012) Percepciones de las madres lactantes sobre el apoyo recibido durante el amamantamiento de sus hijos. *Nutr Hosp.* 27(3). 69-87.
<http://goo.gl/AbzMsy>
- Martínez-Aguilera, P., Cárdenas-Villarreal, V.M. y Ramírez-Silva, C.I. (2018). Conducta de apetito-saciedad y estado nutricional en lactantes menores de 6 meses de edad. *Medicina y Ciencias de la Salud.* 12(2). 22-28.
- Martínez Salgado, 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>
- Mohebati, L. M., Hilpert, P., Bath, S., Rayman, M. P., Raats, M. M., Martinez, H., y Caulfield, L. E. (2021). Perceived insufficient milk among primiparous, fully breastfeeding women: Is infant crying important? *Maternal & Child Nutrition*, 17(3).
<https://doi.org/10.1111/mcn.13133>
- Morales, G. G. W., de Christoffel, M. M., Toso, B. R. G. de O., y Viera, C. S. (2021). Association between duration of exclusive breastfeeding and nursing mothers' self-efficacy for breastfeeding. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, e03702.
<https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019038303702>
- Mota-Castillo, P.J., Hernández-Ibarra L.E., Pelcastre-Villafuerte B.E., Rangel-Flores, Y.Y. (2019). Experiencias y creencias de madres sobre la lactancia materna exclusiva en una región de México. *Journal of Nursing and Health.* 9(1). 1-14
- Organización Mundial de la Salud – OMS. (2016). Biblioteca electrónica de documentaciones científicas sobre medidas nutricionales. Recuperado a partir de:
http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2003). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Singapur: OMS.

- OMS y UNICEF. (2022). Más de la mitad de los progenitores y las embarazadas están expuestos a la mercadotecnia abusiva de los sucedáneos de la leche materna. Recuperado de: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/mas-de-mitad-progenitores-embarazadas-expuestos-mercadotecnia-sucedaneos-leche-materna>
- Organización Panamericana de la Salud (2016). La Iniciativa Hospital Amigo del Niño en América Latina y el Caribe: estado actual, retos y oportunidades. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18829/9789275318775_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ortega-Ibarra, I., Ortega-Ibarra, E., Martínez-Landa, R., & Ruiz-Santiago, R. (2020). Lactancia Materna: Beneficios, tipos de leche y composición. *Entorno UDLAP*, 10, 4–15. <https://entorno.udlap.mx/lactancia-materna-beneficios-tipos-de-leche-y-composicion/>
- Parker, M. G., Hwang, S. S., Forbes, E. S., Colvin, B. N., Brown, K. R., y Colson, E. R. (2020). Use of the Theory of Planned Behavior Framework to Understand Breastfeeding Decision-Making Among Mothers of Preterm Infants. *Breastfeeding Medicine*, 15(10), 608-615. <https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0127>
- Peacock-Chambers, E., Dicks, K., Sarathy, L., Brown, A. A., y Boynton-Jarrett, R. (2017). Perceived Maternal Behavioral Control, Infant Behavior, and Milk Supply: A Qualitative Study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 38(6), 401-408. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000455>
- Pérez-Escamilla. R. (2016). Determinantes culturales, económicas y sociales de la lactancia. En T. González de Cosío & S. Hernández (Eds.), *Lactancia materna en México* (Primera ed, pp. 83–97). Intersistemas

- Pérez-Laborde, L.E. & Moreyra-Jiménez, L. 2017. El quehacer profesional de la Psicología de la salud: definiciones y objetivos. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*. 3(2). 21-34. <https://doi.org/10.22402/j.rdi.pycs.unam.3.2.2017.81.136-155>
- Piccolo, O., Kinshella, M.-L. W., Salimu, S., Vidler, M., Banda, M., Dube, Q., Kawaza, K., Goldfarb, D. M., y Nyondo-Mipando, A. L. (2022). Healthcare worker perspectives on mother's insufficient milk supply in Malawi. *International Breastfeeding Journal*, 17(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s13006-022-00460-1>
- Quispe-Ilanzo, M.P., Oyola-García, A.E., Navarro-Cancino, M. y Silva-Mancilla J.A. (2017). Características maternas asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Revista Cubana de Salud Pública*. 33(4). 1-12.
- Rahimi, T., Dehdari, R., Faryabi, R., y Ghazvinian, L. (2015). The Applicability of the Theory of Planned-Behaviour in Predicting the Intention to Exclusive Breast-feeding among Pregnant Women in Qom in 2014. *Rafsanjan Univ Med Sci*, 14(4), 299-310.
- Riaz, A., Bhamani, S., Ahmed, S., Umrani, F., Jakhro, S., Qureshi, A. K., y Ali, S. A. (2022). Barriers and facilitators to exclusive breastfeeding in rural Pakistan: A qualitative exploratory study. *International Breastfeeding Journal*, 17(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s13006-022-00495-4>
- Sachs, M., Dykes, F. y Carter, B. (2006) Feeding by numbers: an ethnographic study of how breastfeeding women understand their babies' weight charts. *Int Breastfeeding J*. 1. 1-29. [10.1186/1746-4358-1-29](https://doi.org/10.1186/1746-4358-1-29)
- Sandhi, A., Lee, G. T., Chipojola, R., Huda, M. H., y Kuo, S.-Y. (2020). The relationship between perceived milk supply and exclusive breastfeeding during the first six months postpartum: A cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal*, 15(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00310-y>
- Shamah-Levy, T., Vielma-Orozco, E., Heredia-Hernández, O., Romero-Martínez, M., MojicaCuevas, J., Cuevas-Nasu, L., Santaella-Castell, J., y Rivera-Dommarco, J. E.

- (2020). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados Nacionales. En Instituto Nacional de Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/informes.php>
- Schellhorn, C., y Valdés, V. (2010). *Manual de Lactancia Materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud.* (S. de S. Pública, Ed.). Departamento de Asesoría Jurídica.
- Shao, S., Yan, S., Zhu, P., Hao, J., Zhu, B., & Tao, F. (2022). Persistent Pregnancy-Related Anxiety Reduces Breastfeeding Exclusiveness and Duration: A Prospective Cohort Study. *Breastfeeding Medicine*, 17(7), 577–583. <https://doi.org/10.1089/bfm.2021.0346>
- SUTEBA (2010). Diez pasos a cumplir para una lactancia materna exitosa. Recuperado de: <https://www.suteba.org.ar/10-pasos-a-cumplir-para-una-lactancia-exitosa-5762.html#:~:text=La%20OMS%20defini%C3%B3%2010%20pasos,e%20inicio%20de%20la%20lactancia.>
- Tirano Bernate, D. C., Pinzón Espitia, O. L., y González Rodríguez, J. L. (2018). Factores de riesgo y barreras de implementación de la lactancia materna: Revisión de literatura. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 22(4), 263-271. <https://doi.org/10.14306/renhyd.22.4.442>
- UNICEF. (2018). Lactancia materna. México: UNICEF para cada niño. Recuperado de https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
- UNICEF. (2013). Lactancia materna. UNICEF. Recuperado de [https://www.unicef.org/ecuador/media/2611/file/Lactancia materna.pdf](https://www.unicef.org/ecuador/media/2611/file/Lactancia%20materna.pdf)
- Velasco, A. I. J. (2017) Construcción y validación de una escala para medir creencias sobre lactancia en mujeres embarazadas usuarias de un centro de salud de primer nivel en la Ciudad de México. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. México.

- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., Franca, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., y 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)
- Wood, N. K., Sanders, E. A., Lewis, F. M., Woods, N. F., y Blackburn, S. T. (2017). Pilot test of a home-based program to prevent perceived insufficient milk. *Women and Birth*, 30(6), 472-480. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.04.006>
- Zhang, Z., Zhu, Y., Zhang, L., y 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>

ANEXOS

Anexo 1.



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PROYECTO PAPIIT-IN307916



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

Que tiene como objetivo:

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

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

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

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

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

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

He leído y comprendo la información relativa al estudio y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Entiendo que puedo retirarme del estudio en el momento en que lo desee.

Por favor, indique si está de acuerdo en que la información contenida en su expediente clínico, que se encuentra a resguardo del Centro de Salud " _____ " sea utilizada para fines de la presente investigación.

Estoy de acuerdo () No estoy de acuerdo ()

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento

Firma del participante y/o de la persona responsable

Fecha

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

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

Firma del investigador

Fecha

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

Anexo 2.

¿Cree producir suficiente leche?	Si (1) No (0)
----------------------------------	---------------

Anexo 3.

Cuestionario de Control Conductual Percibido

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.[]

<i>Me dificultará amamantar a mi hijo(a) si</i>	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo	
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 Autoeficacia para Lactar

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

No marcar la parte sombreada

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

Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque...	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Completamente segura	
14. ...tenga grietas en los pezones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14.[]
15. ...me produzca dolor en los senos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15.[]
16. ...se me escurra la leche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16.[]

Anexo 5.

Cuestionario de Actitudes hacia la Lactancia Materna

En este apartado se le presentan una serie de palabras opuestas, en cada una de ellas **marque con “x” el número que más se acerque** a lo que usted piensa o siente respecto a alimentar a su hijo(a) con leche materna.

Ejemplo

Una persona que piensa que hacer ejercicio es cansado, pero no mucho, podría poner una “x” en el número 8.

Energico	0	1	2	3	4	5	6	7	X	9	10	Cansado
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	----------	---	----	---------

Una persona que piensa que hacer ejercicio es muy enérgico, pondrá una “x” en el número 0.

Enérgico	X	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Cansado
----------	----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------

Una persona que piensa que hacer ejercicio ni es cansado ni es enérgico, pondrá una “x” en el número 5.

Enérgico	0	1	2	3	4	X	6	7	8	9	10	Cansado
----------	---	---	---	---	---	----------	---	---	---	---	----	---------

Alimentar a mi hijo con leche materna es:													
1. Feo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bonito	1.[]
2. Amoroso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Odioso	2.[]
3. Protector	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dañino	3.[]
4. Irresponsable	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Responsable	4.[]
5. Divertido	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aburrido	5.[]
6. Caro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Barato	6.[]
7. Insatisfactorio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Satisfactorio	7.[]
8. Maravilloso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Horrible	8.[]
9. Importante	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Irrelevante	9.[]
10. Necesario	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Innecesario	10.[]
11. Sencillo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Complicado	11.[]
12. Natural	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Vergonzoso/penoso	12.[]
13. Incómodo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Cómodo	13.[]
14. Doloroso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Placentero	14.[]
15. Estresante/irritante	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Relajante	15.[]
16. Equivocado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Adecuado/correcto	16.[]

Anexo 6.

Cuestionario de Creencias sobre Lactancia Materna

Marque con una “x” la opción que mejor represente lo que **usted cree respecto a alimentar a su hijo con leche materna**. No hay respuestas buenas ni malas, por lo que le pedimos que responda con la mayor sinceridad posible.

No escriba en la parte sombreada

<i>Alimentar a mi hijo (a) con leche materna...</i>	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo	
1... es un tiempo para tener al bebé en mis brazos					1. []
2... me permite acariciarlo mientras lo alimento					2. []
3... le ayuda a su crecimiento					3. []
4... me permite estimularlo					4. []
5... causa dolor físico					5. []
6... me provoca ardor/irritación en los pechos					6. []
7... Produce bolitas en los pechos					7. []
8... causa inflamación de las venas					8. []
9... hace que mis senos se vuelvan flácidos					9. []
10... me hace los pechos sensibles					10. []
11... hace que mis senos crezcan					11. []
12... es formar un vínculo muy bonito con el bebé					12. []
13... me produce dolor en los pechos					13. []
14... es doloroso porque las encías de mi bebé me lastiman					14. []
15...me produce grietas en los pezones					15. []
16... le genera seguridad al bebé					16. []
17... es nutritivo					17. []
18... es bueno para mi salud, porque reduce el riesgo de tener cáncer de mama					18. []
19... es una manera de darle protección					19. []
20... es ayudarlo a crecer					20. []
21... es ayudarlo a su desarrollo mental					21. []

<i>Alimentar a mi hijo (a) con leche materna...</i>	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo	
22... es el mejor alimento que le puedo dar					22. []
23... favorece a que se enferme menos					23. []
24... lo relaja					24. []
25... le ayuda a desarrollarse psicológicamente					25. []
26... le ayuda a desarrollar su personalidad					26. []

Anexo 7.

Cuestionario de seguimiento de factores psicosociales asociados a la 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) Sí (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 Sí (1)	6. [] 7. []
7. ¿Cuál? _____	
8. ¿Su hijo(a) tuvo alguna complicación durante el parto? No (0) PASE A LA PREGUNTA 11 Sí (1)	8. [] 9. []
9. ¿Cuál? _____	10. []

10. ¿Esta complicación impidió que alimentara a su hijo con leche materna? No (0) Sí (1)	11. []
11. ¿Usted presentó alguna complicación médica después del parto? No (0) PASE A LA PREGUNTA 15 Sí (1)	12. []
12. ¿Cuál? _____	
13. ¿Estuvo hospitalizada? No (0) Sí (1)	13. [] 14. []
14. ¿Durante cuánto tiempo? a)3 a 5 días (0) b)6 a 10 días (1) c)Más de 15 días (2)	15. []
15. ¿Su hijo(a) presentó alguna complicación médica después del parto? No (0) PASE A LA PREGUNTA 17 Sí (1)	16. []
16. ¿Cuál? _____	
17. ¿Su hijo(a) estuvo hospitalizado(a) por alguna complicación médica? No (0) PASE A LA PREGUNTA 1, PARTE IV Sí (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. []

PARTE IV	
1. ¿Cuánto tiempo después del parto usted y su hijo(a) estuvieron juntos en la misma habitación?	1. []
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)	
2. ¿Cuál fue el primer alimento que recibió su bebé?	2. []
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? _____	3. []
3. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que nació su hijo(a) hasta la primera vez que lo alimentó con leche materna?	
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)	4. []
4. ¿El personal de salud le administró fórmula láctea a su bebé?	5. []
No (0) Si (1) Sí, pero sin mi consentimiento (2)	
5. ¿De qué manera alimento a su bebé desde el nacimiento hasta que salió del hospital?	
a) Únicamente leche materna (0) b) Únicamente fórmula láctea (1) c) Leche materna y fórmula láctea (2)	

PARTE V	
1. ¿De qué manera ha alimentado a su hijo(a) desde que salió del hospital hasta el día de hoy?	1. []
a) Únicamente leche materna (0) b) Únicamente fórmula láctea (1) c) Leche materna y fórmula láctea (2)	
2. ¿Con qué frecuencia alimenta a su hijo(a) de esta manera?	2. []
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)	
3. ¿Cuánto tiempo dura cada toma?	
a) 1 a 10 minutos (0) b) 11 a 20 minutos (1) c) 21 a 30 minutos (2) d) Más de 30 minutos (3)	3. []
4. ¿Su bebé y usted duermen en la misma cama?	4. []
No (0) Si (1)	5. []
5. ¿Cómo alimenta a su bebé durante la noche?	6. []
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	

PARTE VI Contestar únicamente si alimenta a su hijo con fórmula láctea	
1. ¿Quién le indicó administrar fórmula láctea?	
Médico (0) Pediatra (1) Enfermeras (2) Familiar (3) Amistad (4)	1. []
Nadie me lo indicó, yo tomé la decisión (5)	2. []
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)	
3. ¿Cuál de las siguientes situaciones se relaciona con su decisión de dejar la lactancia materna?	3a. []
3a) Mi bebé tuvo problemas para engancharse al pecho No (0) Si (1)	3b. []
3b) Mi bebé perdió el interés en la leche materna No (0) Si (1)	3c. []
3c) No me salía leche No (0) Si (1)	3d. []
3d) La leche que producía no era suficiente No (0) Si (1)	3e. []
3e) Motivos estéticos (flacidez, estrías, etc) No (0) Si (1)	3f. []
3f) Mis pezones dolían, estaban agrietados o sangrando No (0) Si (1)	3g. []
3g) Quería fumar o consumir alcohol No (0) Si (1)	3h. []
3h) Regrese a la escuela o al trabajo No (0) Si (1)	
4. ¿Qué apoyos o recursos podrían haber sido útiles o necesarios para que amamantara?	4. []
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)	

PARTE VII	
1. Después de alimentar a su hijo(a) ¿cómo lo percibe?	
1a) Inquieto No (0) Si (1)	1a. []
1b) Relajado No (0) Si (1)	1b. []
1c) Irritable No (0) Si (1)	1c. []
1d) Feliz No (0) Si (1)	1d. []
2. Usualmente después de alimentar a su hijo(a), él/ella...	
2a) Se duerme No (0) Si (1)	2a. []
2b) Llora No (0) Si (1)	2b. []
2c) Se ríe No (0) Si (1)	2c. []
2d) Juega No (0) Si (1)	2d. []
2e) Otro: _____	2e. []
3. ¿Con qué frecuencia le da chupón a su hijo(a)?	3. []
Nunca (0)→PASE A LA PREGUNTA 1, PARTE VIII Rara vez (1) Algunas veces (2) Frecuentemente (3)	
Siempre (4)	4. []
4. ¿Qué edad tenía su hijo(a) la primera vez que utilizo el chupón? _____	5. []

5. ¿Actualmente su hijo usa chupón? No (0) Si (1)	
PARTE VIII	
Si usted NO alimenta a su hijo con leche materna pase a la PARTE IX	
1. ¿Cuándo amamanta a su hijo(a) cree que queda satisfecho(a)? No (0) Si (1)	1. []
2. ¿Considera que su leche es suficiente para calmar el apetito de su hijo? No (0) Si (1)	2. []
3. ¿Cree producir suficiente leche? No (0) Si (1)	3. []
4. ¿Considera que su leche es de buena calidad? No (0) Si (1)	4. []
5. ¿Piensa que su hijo(a) ha ganado peso suficiente debido a la leche materna? No (0) Si (1)	5. []
6. ¿Recibió asesoría sobre lactancia materna? No recibí (0) → PASE A LA PREGUNTA 9 Antes del parto (1) Después del parto (2) Antes y después del parto (3)	7. []
7. ¿Quién le brindó la asesoría sobre lactancia materna?	7. []
7a) Enfermeras No (0) Si (1)	
7b) Médico No (0) Si (1)	
7c) Pediatra No (0) Si (1)	8. []
7d) Trabajadora social No (0) Si (1)	
7e) Familiar No (0) Si (1)	9. []
7f) Nadie No (0) Si (1)	
7g) Otro _____	10. []

PARTE IX		
1. ¿Ha tenido que amamantar fuera de casa? No (0) Pase a la PARTE X Sí (1)		1. []
2. ¿Dónde?		2. []
2a) Trabajo.	No (0) Si (1)	2 []
2b) Transporte	No (0) Si (1)	2. []
2c) Hospitales/Clínicas	No (0) Si (1)	2. []
2d) Comercios/Tiendas de autoservicio	No (0) Si (1)	2. []
2e) Lugares recreativos (parques, cine, etc.)	No (0) Si (1)	2. []
2f) Iglesia	No (0) Si (1)	2. []
2g) Reunión	No (0) Si (1)	2. []
2h) Otros: _____		
3. ¿Mientras lactaba en público sintió que alguien la miraba con morbo o desaprobación? No (0) Pase a la PARTE X Morbo (1) Desaprobación (2) Ambas (3) Otros: _____		3. []
4. ¿Cómo se sintió con esta situación?		
4a) Estresada	No (0) Si (1)	4a. []
4b) Intimidada	No (0) Si (1)	4b. []
4c) Apenada	No (0) Si (1)	4c. []
4d) Enojada	No (0) Si (1)	4d. []
4e) Indiferente	No (0) Si (1)	4e. []
4f) Otra: _____		4f. []
4g) Otra: _____		4g. []
5. ¿Qué hizo?		
5a) Ignorar a la persona.	No (0) Si (1)	5a. []
5b) Pedir ayuda	No (0) Si (1)	5b. []
5c) Retirarse del lugar	No (0) Si (1)	5c. []
5d) Dejó de alimentar a su bebé	No (0) Si (1)	5d. []
5e) Otra: _____	No (0) Si (1)	5e. []
PARTE X		
1. ¿Tuvo que abandonar su trabajo o sus estudios debido al embarazo? No (0) Trabajo (1) Escuela (2) Ambos (3)		1. []
2. ¿Actualmente se encuentra trabajando? No (0) Si (1)		2. []
3. ¿En qué trabaja? _____		3. []
4. ¿Extrae su leche? No (0) Si (1)		4. []
5. ¿De cuánto tiempo dispone en su trabajo para la extracción y conservación de su leche? _____		5. []
6. ¿Quién cuida de su hijo(a) mientras trabaja? _____		6. []
7. ¿Cómo alimentan a su hijo cuando usted sale de casa? Únicamente leche materna (0) Únicamente fórmula láctea (1) Leche materna y fórmula láctea (2) otra (4) _____		7. []

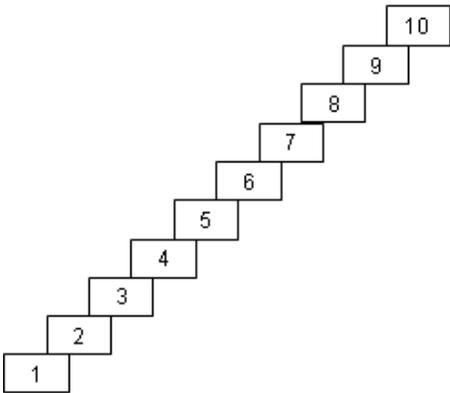
PARTE XI		
1. ¿Ha acudido a consultas médicas para la atención de su salud después del nacimiento de su bebé? No (0) Si (1)		1. []
2. ¿Durante el primer mes de la lactancia presentó alguna de estas molestias en sus pechos?		2. []
2a) Inflamación No (0) Si (1)		
2b) Dolor No (0) Si (1)		
2c) Grietas No (0) Si (1)		3. []
2d) Ampollas No (0) Si (1)		
2e) Abscesos No (0) Si (1)		
2f) Ninguna No (0) Si (1)		5. []
2g) Otras: _____		
3. ¿Debido a algunos de estos síntomas interrumpió la lactancia? No (0) Si la interrumpí, pero la retomé (1) La interrumpí definitivamente (2)		6a. [] 6b. []
4. ¿Actualmente consume algún medicamento que contraindique la lactancia? No (0) PASE A LA PREGUNTA 6 Si (1)		6c. [] 6d. []
5. ¿Cuál? _____		6e. [] 6f. []

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)?		
6a). Ninguna No (0) PASE A LA PARTE XII Si (1)		
6b) He disminuido de peso No (0) Si (1)		
6c) He aumentado de peso No (0) Si (1)		
6d) Mi periodo se ha presentado de manera irregular No (0) Si (1)		
6e) No he tenido mi periodo No (0) Si (1)		
6f) Gasto menos dinero en la alimentación y salud de mi hijo. No (0) Si (1)		

PARTE XII		
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)		1. []
2. ¿Desde que nació su bebé, hasta el día de hoy, su hijo(a) presentó alguna de los siguientes síntomas o enfermedades?		
2a) Ninguna No (0) PASE A LA PARTE XIII Si (1)		2a. []
2b) Diarrea. No (0) Si (1)		2b. []
2c) Estreñimiento No (0) Si (1)		2c. []
2d) Reflujo No (0) Si (1)		2d. []
2e) Infecciones en el oído. No (0) Si (1)		2e. []
2f) Infecciones respiratorias No (0) Si (1)		2f. []
2g) Fiebre No (0) Si (1)		2g. []
2h) Problemas en la piel. No (0) Si (1)		2h. []
2i) Otras: _____		2i. []
3. ¿Cuántas veces? _____		3. []
4. ¿Su hijo(a) consume o consumió algún medicamento debido a estos síntomas o enfermedades? No (0) Si (1) No aplica (2)		4. []

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)		

Anexo 8.

Cuestionario de datos generales y gineco-obstétricos		
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. []	

1. ¿Su embarazo fue planeado? Sí (1) No (0)
2. ¿Cuánto pesaba antes del embarazo? Kg
3. Peso actual ___ Kg 4. Estatura ___ m.

4. Semana de embarazo/gestación: semanas días
5. Fecha probable de parto: ____ día ____ mes ____ año
6. ¿En qué semana del embarazo acudió por primera vez al centro de salud a consulta prenatal? _____
7. 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 _____
8. ¿Asiste a algún Grupo de Ayuda Mutua en el Centro de Salud?
Sí (1) No (0)
9. ¿Ha asistido a pláticas o asesorías sobre lactancia materna?
Sí (1) No (0)
10. 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
11. ¿Es su primer embarazo?
Sí (1) **HA TERMINADO EL CUESTIONARIO, GRACIAS**
12. 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