



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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

**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**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
JESÚS IVÁN VELASCO ÁLVAREZ**

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: Dr. Mario Enrique Rojas Russell

**COMITÉ: Dra. Luz María Flores Herrera
Dra. Mirna García Méndez
Mtro. Ángel García Pacheco
Lic. Karina Serrano Alvarado**



Proyecto financiado por el PAPIIT IN307916

Ciudad de México

Marzo, 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Este trabajo simboliza para mí la culminación de un ciclo el cual se logró gracias al apoyo de personas que directa o indirectamente me apoyaron, no solo durante mi etapa universitaria sino desde los primeros años académicos. Es por ello que este pequeño pero significativo apartado, ha sido dedicado para ustedes.

A mi madre querida

Por la hermosa persona que eres ya que a pesar a las adversidades siempre muestras la frente en alto y la actitud dispuesta para enfrentarse al mundo. Gracias por depositar tú confianza en mí, por hacerme ser una persona con valores y por inspirarme en que la vida puede ser mejor si uno está en constante movimiento. Este es un triunfo de los muchos que vendrán.

A mi padre

Has sido parte clave de la motivación que llevo a diario, tu constancia de seguir adelante, de trabajar, de ser ambicioso con lo que uno desea, de innovar día a día para sobresalir de los demás y por mostrar tu alegría con el mundo para que este sea mucho más fácil de navegar en él, son aprendizajes que me han ayudado durante esta trayectoria.

A los dos en su conjunto, por enseñarme además de ser responsable, el valor del trabajo, de las cosas y del buscar en sí mismo el potencial por ser mejor cada día.

A Mayra y a Kevin

Que son el pensamiento de todos los días, la procuración del bienestar de ustedes por encima de todas las cosas. En este momento les muestro que se puede llegar muy alto, más allá de lo que uno cree poder imaginarse, solo es cuestión de aferrarse a una idea y fabricar métodos para llegar a ella. En este momento les toca fabricar su idea y trabajar en ella, para así superar este límite trazado por mí.

A mi familia

Que durante toda ésta etapa de mi vida me apoyaron, mis abuelos Melchor y Anita, Mon y Nufita, que con su bendición y sus buenas enseñanzas me dieron ejemplo de que las cosas se dan cuando la humildad está presente y el esfuerzo es constante.

A mis tíos, Mario y Bety, Martha y Víctor les agradezco por albergarme en su hogar, respectivamente. Por proveerme de un techo, alimento y todo lo necesario para desarrollarme durante mi etapa universitaria, ya que sin ese apoyo me hubiera sido difícil llegar hasta donde estoy en este momento. Agradezco también a mi tío Sergio y Martina, por ofrecerme su apoyo desde los primeros días en ésta la ciudad.

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Por el magnífico conocimiento que existe en sus aulas, por la diversidad de ideas que recorren en sus pasillos y la calidad de personas con las que compartí esta trayectoria. Gracias UNAM que me diste el impulso para desarrollar mis habilidades académicas y personales para el ejercicio adecuado de mi profesión.

Dr. Mario Rojas

Por darme la oportunidad de pertenecer a su equipo, por enseñarme una vertiente novedosa de la psicología y nuevos hábitos profesionales que me serán de gran ayuda en mis próximos proyectos. Mi mayor agradecimiento y gran admiración hacia usted.

Karina Serrano

Fueron muy valiosos los conocimientos que me compartiste, las aclaraciones de dudas y el apoyo brindado durante estos años para la realización de diversos trabajos. Eres una maestra admirable y gran persona.

Al PAPIIT

Agradezco el apoyo brindado durante estos 12 meses en la realización de este trabajo, y por seguir apoyando proyectos que posibilitan a alumnos de pregrado adquirir conocimientos y habilidades en base a problemáticas sociales.

Contenido

INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO 1. LACTANCIA MATERNA	8
1.1 DEFINICIÓN	8
CAPITULO 2. EPIDEMIOLOGÍA	9
2.1 PANORAMA MUNDIAL DE LA LACTANCIA MATERNA	9
2.2 PANORAMA NACIONAL DE LA LACTANCIA	10
CAPITULO 3. ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA LECHE MATERNA	11
3.1 ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DE LA MAMA	11
3.2 PROPIEDADES DE LA LECHE MATERNA	12
3.3 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA	14
3.3.1 BENEFICIOS ECONÓMICOS	15
3.3.2 BENEFICIOS PARA EL HIJO(A)	15
3.4.3 BENEFICIOS PARA LA MADRE	17
CAPITULO 4. FACTORES DISTALES DE LA LACTANCIA MATERNA	18
4.1 POLÍTICAS INTERNACIONALES PARA FAVORECER LA LACTANCIA	18
4.2 POLÍTICAS NACIONALES	19
4.3 FACTORES SOCIALES DE LA LACTANCIA MATERNA	20
CAPITULO 5. FACTORES PROXIMALES DE LA LACTANCIA MATERNA	23
5.1 FACTORES BIOLÓGICOS	23
5.2 FACTORES PSICOSOCIALES	25
5.3 FACTORES PSICOLÓGICOS	27
5.4 CREENCIAS RELACIONADAS A LA LACTANCIA MATERNA	29
5.4.1 ESTUDIOS SOBRE LAS CREENCIAS EN LACTANCIA MATERNA	30
5.4.2 MEDICIÓN DE LAS CREENCIAS EN LACTANCIA MATERNA	32
CAPÍTULO 6. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	38
6.1 VALIDEZ DE CONTENIDO	38
6.2 VALIDEZ DE CONSTRUCTO	38
6.3 CONFIABILIDAD	39
CAPÍTULO 7. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	41
7.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	42
7.2 OBJETIVOS	42
7.2.1 OBJETIVO GENERAL	42
7.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
CAPÍTULO 8. MÉTODO	43
8.1 TIPO DE ESTUDIO	43
8.2 DEFINICIÓN DE VARIABLES	43
8.2.1 COVARIABLES	43
8.3 DISEÑO	44
8.4 PARTICIPANTES	44
8.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	45
8.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	45

8.7 PROCEDIMIENTO PARA EL DESARROLLO DE LA ESCALA DE CREENCIAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EN MUJERES EMBARAZADAS.....	45
8.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.....	46
CAPÍTULO 9. RESULTADOS.....	48
9.1 PRIMERA FASE	48
9.2 SEGUNDA FASE	49
9.2.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	49
9.2.1.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	49
9.2.1.2 VARIABLES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO	50
9.2.2 PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL INSTRUMENTO	50
9.2.2.1 ANÁLISIS DE REACTIVOS	50
9.2.2.2 ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO	51
9.2.2.3 ANÁLISIS DE CONSISTENCIA INTERNA	52
CAPÍTULO 10. DISCUSIÓN Y CONCLUSION.....	54
REFERENCIAS	59
ANEXO 1.....	73
ANEXO 2.....	76
ANEXO 3.....	77

Índice De Tablas

TABLA 1 Enfermedades prevenibles con la práctica de la lactancia materna exclusiva. Ministerio de Salud de Chile, 2010. (Pág. 16)

TABLA 2 Resultados del análisis de contenido del grupo focal. (Pág. 48)

TABLA 3 Datos sociodemográficos de la muestra (Pág. 49)

TABLA 4 Reactivos con posibilidad de eliminación (Pág. 50)

TABLA 5 Matriz de componentes principales con rotación varimax (Pág. 51)

TABLA 6 Distribución de la consistencia interna de los factores (Pág. 52)

TABLA 7 Matriz de correlaciones (rho de Pearson) entre las dimensiones de la escala (Pág. 52)

TABLA 8 Diferencia de los factores según paridad de la madre (Pág. 53)

TABLA 9 Asociación de la edad y la escolaridad entre las dimensiones del instrumento (Pág. 53)

RESUMEN

La lactancia materna (LM) además de ser un proceso biológico, es una actividad cultural, donde las creencias sobre la lactancia influyen en la decisión de la madre de proveer leche materna exclusiva a sus hijos durante los primeros 6 meses de edad (Dettwyler, 2004). Sin embargo, en México la leche materna ya no es el alimento en los primeros seis meses de un recién nacido, reflejo de ello son las bajas tasas de lactantes (Villanueva, 2012). Durante el 2012, tuvo un retroceso de 7.9% al pasar de 22.3% a 14.5%. El descenso ocurrió también en las zonas urbanas, ya que el porcentaje bajo de 36.9% a 18.5% (González de Cossío, Escobar-Zaragoza, González-Castell, & Rivera-Dommarco, 2013), con una duración promedio de 10 meses en el mismo año (ENSANUT, 2012). Cifra que disminuyó en el 2014 a 9 meses (INEGI, 2015). Las creencias sobre la lactancia se han identificado como elementos por las cuales las madres abandonan el amamantamiento y eligen cada vez con más frecuencia el uso de fórmula a temprana edad del bebé. Es por ello que el estudio tuvo como objetivo construir y validar una escala en madres embarazadas, usuarias de un centro de salud de primer nivel en la Ciudad de México para la identificación de las creencias que influyen en la decisión de lactar. Se realizó un estudio instrumental de tipo transversal. Participaron 120 mujeres, de 14 a 39 años ($\bar{x}=23.15$ años, d.e. = 5.70), usuarias de un Centro de Salud de la Ciudad de México. La versión final del instrumento consta de 21 reactivos tipo Likert, distribuidos en 4 factores que explican el 65.7% de la varianza total, con un alpha de Cronbach total de 0.83. Conforme a lo anterior, la escala de Creencias sobre Lactancia en Mujeres Embarazadas cuenta con los niveles de validez y confiabilidad adecuados para su uso.

Palabras Clave: *Lactancia materna, creencias, escala, validez, mujeres embarazadas.*

INTRODUCCIÓN

Durante el transcurso de las épocas, la Lactancia Materna (LM) ha sido objeto de interés tanto en el ámbito social como en el sanitario. En los últimos años, se ha intentado resaltar la importancia de la lactancia materna, debido a que existe un importante componente cultural transmitido de generación en generación, que ha perdido relevancia con el paso de los años (Acosta-Torres, Vazquez, Dávila-Torres, & Parrila-Rodriguez, 1999; Alvarez-Zendejas, 2013). Con el fin de entender la manera en la que ha evolucionado esta práctica, Hernández-Gamboa (2008) divide la historia de la LM en 3 momentos.

1. De la prehistoria al Cristianismo: Influencia de la Iglesia como institución y por el poder monárquico sobre la lactancia. Surgen las nodrizas, quienes son mujeres que amamantaban a los hijos de aquellas madres, por lo general de una clase social alta, que no querían brindar lactancia materna por el desgaste que esta producía.
2. Del Siglo I al XVII: La lactancia sufre una evolución en donde pasa a ser un medio de representación a nivel social, con el pago de nodrizas a ser un medio de vinculación madre-hijo; con ello se procuraba una maternidad sana y adecuada para madre y lactante.
3. Edad moderna: La lactancia es afectada en gran medida por la industrialización y la llegada de nuevas tecnologías, entre ellas la introducción de leche en polvo y suplementos alimenticios para el bebé, las cuales influyen en la elección de la madre para proveer de leche materna al recién nacido.

Como se describe, la cultura ha sido parte esencial del desarrollo de la lactancia en las mujeres. Por medio de este componente cultural, han surgido distintas creencias, las cuales han influido en la forma de alimentación de los recién nacidos, esto ha sido un problema recurrente, ya que en cada época y cultura han tenido sus propios condicionantes (Dettwyler, 2004).

Actualmente, el predominio de la cultura está relacionada sobre esta práctica, es por ello necesario el identificar objetivamente, el tipo de creencias que influyen sobre la decisión personal de amamantar o proporcionar fórmula láctea, para lo cual se diseñó y validó una escala que mide las creencias sobre lactancia materna en mujeres embarazadas usuarias de un centro de salud de la CDMX.

CAPITULO 1. LACTANCIA MATERNA

1.1 Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1991) mediante un Consenso de Expertos, acuñó definiciones precisas de los tipos de alimentación del lactante:

- Lactancia Materna Exclusiva (LME): Es el proveer al bebé únicamente de leche materna (extraída o de nodriza), se permite que el lactante reciba gotas o jarabes.
- Lactancia Materna Predominante: Consiste en proveer de leche materna al infante (extraída o de nodriza) como fuente principal de alimento, este tipo de alimentación permite que reciba líquidos (agua, agua endulzada, infusiones de sales de rehidratación oral o zumos), bebidas rituales, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).
- Alimentación complementaria: Es la alimentación a partir de leche materna y alimentos sólidos o semisólidos, está permitida cualquier comida o líquido incluyendo leche no humana.
- Alimentación por biberón: Es la alimentación a partir de alimentos líquidos o semisólidos tomados por medio del biberón o tetina

Actualmente la OMS recomienda la práctica de la LME durante los primeros seis meses de vida del neonato, sin líquidos suplementarios o alimentos sólidos. Posterior a este periodo se recomienda el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más con la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros el bebé (Félix-Valenzuela, Martínez-Caldera, & Sotelo-Ham, 2011; OMS, 2002).

Sin embargo, a pesar de las recomendaciones proporcionadas por la OMS, globalmente se tiene que menos de 35% de los niños menores de 6 meses de edad son alimentados únicamente al seno materno. Los factores que no permiten que la LME se lleve a cabo exitosamente, son diversos y varían de acuerdo al nivel socioeconómico, región geográfica, políticas implementadas y recursos sanitarios de cada país (CDC, 2014).

CAPITULO 2. EPIDEMIOLOGÍA

2.1 Panorama Mundial de La Lactancia Materna

Los países con las tasas más altas de Lactancia Materna Exclusiva (LME) se encuentran en el continente europeo, Suecia y Noruega encabezan la lista, con cifras superiores al 60% en el cuarto mes de LME. Posteriormente le siguen Australia y Nueva Zelanda con cifras estables del 80, 50 y 20% a los 0, 3 y 6 meses, respectivamente. En un reporte realizado por Schultink (2016), publicado en *The Lancet* en enero del 2016, afirma que los países desarrollados han demostrado la posibilidad de mantener altos índices de LME, siempre y cuando existan compromisos políticos, que establezcan programas sociales sólidos, que proporcionen educación, protección, consejería a las lactantes.

Cabe señalar que la mayoría de los países de la región europea los indicadores de lactancia materna son bajos, muchos no llegan a 70% de LME inicial. Por ejemplo, Francia alcanzó durante el 2013 apenas el 50 %. En el continente africano, se tuvieron en promedio cifras inferiores al 20 % a los 6 meses postparto, en algunos como Senegal, República Centroafricana, Níger y Nigeria, las cifras se encontraron por debajo del 5% de LME (Fisher, Hammarberg, Wynter, McBain, & Gibson, 2013; Gorrita-Pérez, 2014).

En el continente americano, los Centros de Prevención y Control de las Enfermedades de los EE. UU (por sus siglas en inglés, CDC, 2014) reportaron que el 79% de los nacimientos del 2011 iniciaron la LME, de las cuales solo el 49% lactaron hasta los 6 meses y el 27% hasta los 12 meses. Particularmente, las mujeres latinas tuvieron altas tasas de iniciación comparadas con las de raza blanca, negra, amerindia, asiática que pertenecen a los EE.UU. Esto es congruente con los hallazgos de Linares, Rayens, Gomez, Gokun, & Dignan (2014) que mostraron que cerca del 95% de mujeres hispanas iniciaban la lactancia desde el hospital. Este mismo estudio destacó las cifras en Latinoamérica, que a principios de la década de los 90, cerca del 95% de los niños eran amamantados en algún momento de la etapa postnatal, sin embargo, en los últimos años se ha mostrado un descenso, ya que se reportan tasas inferiores al 20%, incluso del 10% (región caribeña), con excepción de Bolivia, que conserva cifras superiores a 50% en los primeros 4 meses de vida del neonato. Esto es consistente con los reportes de los metaanálisis de enero del 2016 en el *Lancet*, que afirman que los países en vías de desarrollo lactan más.

2.2 Panorama Nacional de la Lactancia

En México, la LME menor a 6 meses permaneció estable durante la década de los 70 hasta el 2006. A partir de este año y hasta el 2012, se observó en zonas urbanas una caída de 7.9 puntos porcentuales, al pasar de 22.3% a 14.5%. El descenso ocurrió también en las zonas rurales, ya que el porcentaje bajó de 36.9% a 18.5% (González de Cossío, Escobar-Zaragoza, González-Castell, & Rivera-Dommarco, 2013). En el 2014, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015), reportó que el 91.4% de las mujeres refirieron dar leche materna. Mientras que en el 2015, datos de la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (ENIM, 2015) indicaron que solo el 51% de mujeres lactaron dentro de la primera hora después de haber dado a luz. Al paso de seis meses, el porcentaje de lactantes con leche materna exclusiva fue de 30.8%.

Conforme a la duración promedio de la LM (no exclusiva) en México, se ha mantenido estable en los últimos años. Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) en el 2012 fue de 10 meses; cifra estable en las tres encuestas de Nutrición y Salud de 1999, 2006 y 2012 (9.7, 10.4 y 10.2 meses respectivamente). En el 2014 se reportó una duración media de la lactancia de 9 meses y 10.9 meses, respectivamente (INEGI, 2015; ENIM, 2015).

Las mujeres de zonas urbanas redujeron considerablemente el tiempo de amamantamiento, en el 2006 era de 8.5 meses mientras que en el 2012 fue de 4.9; los estados de Morelos y Cuernavaca, reportaron tener las cifras más bajas de lactancia materna predominante. En el año 2006, la práctica de la lactancia disminuyó en ciertos subgrupos, más notablemente entre la clase baja (González de Cossío, Escobar-Zaragoza, González-Castell, Reyes-Vázquez, et al., 2013).

Como se observa, la leche materna ya no es el alimento habitual durante los primeros seis meses de un recién nacido (Villanueva, 2012). El uso de la fórmula láctea cada vez es más predominante, tan solo en el 2012, se reportó un incremento de 5% en niños menores de seis meses que consumen fórmula láctea, en comparación con los resultados del 2006 (ENSANUT, 2012). En el 2015, el porcentaje de niños alimentados con biberón se encontraba en 66.4%, además de que el uso de agua durante los primeros 6 meses mostró un aumento de 4.4 puntos porcentuales, esto es negativo porque inhibe la producción láctea e incrementa de manera importante el riesgo de enfermedades gastrointestinales (ENIM, 2015).

CAPITULO 3. ASPECTOS BIOLOGICOS DE LA LECHE MATERNA

Las mamas son una característica distintiva de los mamíferos. Han evolucionado como órganos productores de leche para proporcionar nutrición a los descendientes dependientes e inmaduros (De la Flor López en Asociación Española de Pediatría, 2008). En los siguientes apartados se describe cómo su estructura y organización anatómica están concebidas para su principal función, la Lactancia Materna (LM).

3.1 Anatomía y fisiología de la mama

La leche materna se produce en la mama, la cual es la estructura anatómica en donde se encuentra la glándula mamaria. El máximo desarrollo de esta glándula se produce durante el embarazo, especialmente en el período posterior al parto y durante la lactancia (Aguilar-Palafox & Fernández-Ortega, 2007). En la Figura 1 se muestran las principales partes que constituyen la glándula, la cual es prácticamente la misma en todas las especies: un parénquima glandular, compuesto de alvéolos y conductos, y un estroma de soporte. Cada célula alveolar constituye en sí una unidad de secreción de leche materna. La forma de las mamas es variable según características individuales, genéticas y raciales.

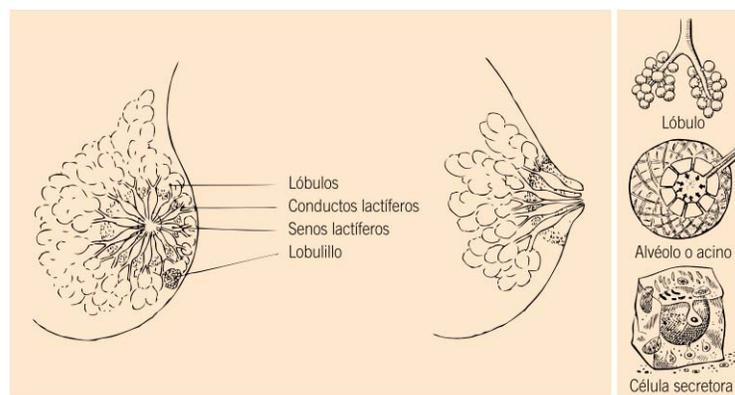


Figura 1 Estructura anatómica de la mama (Schellhorn & Valdés, 2010)

La leche materna se da por medio del proceso de la Galactogénesis, que comprende tres etapas. Se inicia con la producción de calostro durante las primeras horas inmediatamente al postparto. Entre los 2 a 15 días postparto, se produce la leche madura. La tercera etapa llamada Galactopoyesis es referente al mantenimiento en la producción de leche, esta etapa depende tanto del ambiente hormonal del plasma materno (oxitocina y prolactina) como de la remoción de la secreción láctea de la mama (Espinoza, Zamorano, Graham, Orozco, 2014).

Durante la LM hay mecanismos neurohormonales que aseguran una producción eficiente y oportuna de leche para la alimentación al niño, según éste lo demande. Dentro de los principales mecanismos, se destaca el *reflejo liberador de prolactina*, *reflejo eyectolácteo de evaluación de la leche o de oxitocina*, los cuales se activan mientras más frecuente sea el amamantamiento, esto propicia la producción de prolactina y oxitocina, que es indispensable para la producción y el vaciamiento de la leche materna durante la lactancia. El *reflejo de erección, protrusión del pezón, reflejo de ingurgitación areolar*, que consiste en la capacidad de protrusión del pezón para que este pueda ser alargado y pueda llegar al fondo de la boca del bebé. Por último, *el control interno de la secreción láctea en el alvéolo*, es el mecanismo por el cual una de las mamas puede mantener su producción y la otra inhibir la secreción láctea (Schellhorn & Valdés, 2010).



Figura 2 Reflejo liberador de prolactina, reflejo eyectolácteo de evaluación de la leche o de oxitocina (Schellhorn & Valdés, 2010)

Los lactantes se alimentan con una frecuencia variable y toman diferentes cantidades de leche en cada mamada. La ingesta de leche en 24 horas, varía entre los binomios madre-lactante desde 440 a 1220 ml, con un promedio de aproximadamente 800 ml por día durante los primeros 6 meses (Dewey & Lonner, 1983). Si la técnica de la lactancia materna es satisfactoria, la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida cubrirá las necesidades de energía y nutrientes que el recién nacido necesita (Butte, López-Alarcon, & Garza, 2002).

3.2 Propiedades De La Leche Materna

Pese a todos los esfuerzos, la prevalencia en la práctica de la lactancia continúa con bajas cifras, es en este punto donde se plantea, ¿por qué muchas mujeres deciden no brindarle el

seno materno a su hijo (a), a pesar de sus innumerables aportes nutrimentales al niño? La leche humana ofrece al niño el alimento ideal y completo durante los primeros 6 meses de vida y sigue siendo la óptima fuente de lácteos durante los primeros dos años, al ser complementada con otros alimentos (Calvo-Quirós, 2009; Sipsma et al., 2013).

La leche materna tiene características propias que la diferencian significativamente de otras leches de mamíferos, que la hacen adecuada para la cría de los neonatos (Picciano, 2001). En la mujer se distinguen cuatro tipos de leche materna: la leche de pretérmino, el calostro, la leche de transición y la leche madura. Dentro de estos tipos, el calostro se origina poco después de dar a luz al bebé, es un fluido espeso y amarillento. El volumen varía entre 2 y 20 ml por toma, en los tres primeros días, tiene 2 g/100 ml de grasa, 4 g/100 ml de lactosa y 2 g/100 ml de proteína. Produce 67 Kcal/100 ml. En comparación con la leche madura, contiene menos cantidades de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles, y mayores cantidades de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos, algunos minerales como sodio y zinc, el betacaroteno le confiere un color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado (Schellhorn & Valdés, 2010).

La leche madura, comienza su producción a partir del decimoquinto día posterior al parto y puede continuar por más de 15 meses. Su volumen promedio es de 750 ml/día, pero puede llegar hasta 1.200 ml/día en madres con embarazo múltiple (Aguayo, 2001). Tiene una gran variedad de elementos, las cuales varían en sus componentes no sólo entre mujeres, sino también en la misma madre, entre ambas mamas, entre lactadas, durante una misma mamada y en las distintas etapas de la lactancia (Schellhorn & Valdés, 2010).

Dentro de sus principales componentes se encuentra el *agua* que representa el 87% del total de sus componentes, *energía* aporta 670 a 700 kcal/L en su mayoría a través de los hidratos de carbono y grasas. *Hidratos de Carbono*, la lactosa y la galactosa son los principales hidratos de carbono. *Grasas*, aporta ácidos grasos de cadena larga cuyos precursores son el ácido linolénico y el ácido linoleico. *Proteínas*, contiene entre 8.2 y 9 g de proteína por litro, dentro de las principales se encuentran la α -lactoalbúmina y la β -lactoglobulina, estas son proteínas del suero y actúan como cofactor en la biosíntesis de lactosa (García-López, 2011). Contiene *vitaminas* la niacina y la vitamina C son las más abundantes. *Minerales*, se destaca el hierro cuyas concentraciones se reducen a lo largo de la lactancia hasta mantenerse estable a los seis

meses (Aguilar-Cordero, 2005). Por último, se encuentran los *Oligoelementos*, el zinc es parte de los sistemas activadores de las enzimas, el flúor a pesar de su baja cantidad es útil para evitar las caries (Lawrence & Lawrence, 2007).

Cabe mencionar que las propiedades de la leche materna no son fijas, sino que se adecuan idóneamente al momento de la lactada, al momento del día y post-concepcional del bebé (Barriuso, De Miguel, & Sánchez, 2007). Esto garantiza la disponibilidad de alimento seguro, suficiente, gratuito, de insustituible calidad y a la medida de los requerimientos nutricionales del infante (UNICEF, 2011).

Está ampliamente documentado que cuando los recién nacidos son amamantados parcialmente, corren el riesgo de enfermarse por infecciones agudas y gastrointestinales, es por ello que se recomienda la práctica de la lactancia materna exclusiva (Khan, Vesel, Bahl, & Martínez, 2014; Rodríguez, Borace, & López, 2006).

3.3 Beneficios de la Lactancia

Como se ha mencionado anteriormente, la leche materna le proporciona al recién nacido todos los nutrientes que necesita durante los primeros seis meses de vida y en forma complementaria hasta los dos años, por lo tanto es importante que el inicio de otros alimentos sea en un momento oportuno y no tempranamente. Ya que la lactancia en su práctica correcta y adecuada, posee numerosos beneficios comparados con los sustitutos en leche materna (Nanni-Zacher, 1994). Estos beneficios se dan a pesar de que la madre se encuentre en estado de desnutrición, ya que la leche se producirá a expensas de sus propias reservas. En un inicio la calidad de la leche puede afectarse, sin embargo se compensará con el aumento en la frecuencia de lactadas (Rodríguez et al., 2006).

Actualmente, es mayor la atención que se le brinda a la lactancia materna, debido a que es una de las decisiones más importantes que una madre puede hacer después de tomar la decisión de tener hijos, ya que tiene el potencial de influir en numerosos resultados para la salud de ella, su hijo (a) y la sociedad (Feldman-Winter, 2013; Hayes et al., 2014; Tsai, 2014). Los beneficios se describen de manera detallada en los siguientes párrafos, con el fin de hacer hincapié sobre el fomento de la lactancia en las mujeres.

3.3.1 Beneficios Económicos

A nivel global la LM es una de las estrategias más rentables para apoyar la salud y la supervivencia infantil (Rivera-Pasquel, Escobar-Zaragoza, & González de Cosío, 2015). The Lancet reportó que la LM podría salvar 820,000 vidas y ahorrar \$302 billones en la economía mundial. Tan solo en EE. UU., el ahorro sería de \$312 millones, en el Reino Unido de \$48 millones y de \$30 millones en poblaciones urbanas de China. De forma contraria, los costos de no amamantar son grandes, se calcula que las pérdidas asociadas ascienden a \$302 mil millones al año. Los países de bajos y de medianos ingresos pierden alrededor de \$70 mil millones al año, mientras que los países de altos ingresos pierden más de \$230 mil millones al año, todo ello debido a las actuales bajas tasas de LM.

De manera semejante, los beneficios económicos a nivel familiar se ven reflejados con la práctica de la lactancia, esto es porque favorece al ahorro en la economía del hogar. Por ejemplo, en madres con bajos recursos económicos que no puedan solventar la compra de fórmula láctea (Calvo-Quirós, 2009). El beneficio es mayor para quienes viven en poblaciones vulnerables, donde el agua y las condiciones sanitarias son deplorables, y donde los servicios de salud no emprenden campañas de prevención y fomento de conductas de autocuidado (González de Cossío, Escobar-Zaragoza, González-Castell, Reyes-Vázquez, et al., 2013).

3.3.2 Beneficios para el hijo(a)

Los beneficios en el bebé surgen desde el parto, ya que a partir del contacto piel a piel el neonato aprende a regular su temperatura, estabilizan su respiración y ritmo cardíaco. Posteriormente con la primera toma les ayuda a controlar el azúcar en la sangre; lo cual es un efecto relajante para disminuir el llanto (Hughes et al., 2015). Esta secuencia de eventos es importante para la supervivencia de los niños, es por ello la reiteración que se hace en los hospitales por medio de las diversas políticas, para la facilitación de esta experiencia entre la madre e hijo(a) (Rodríguez et al., 2006).

Posterior al nacimiento, el calostro es la fuente primaria de inmunidad pasiva, la cual confiere protección al infante frente a las agresiones del nuevo entorno. Posee propiedades estimulantes y hormonas que favorecen la regulación de los niveles de glucemia en los primeros días de vida; que se produce en volúmenes pequeños, justo lo que el niño necesita, lo cual hace la

estimulación del movimiento intestinal de tal modo que, el meconio es eliminado rápidamente, esto favorece la liberación de la bilis, evitando la ictericia (Avalos-González, 2011).

Le confiere al recién nacido protección de los ojos, disminución del riesgo relacionado con: posibles bronco aspiraciones, esto por su alto contenido de vitaminas (Binns et al., 2016; Rodríguez et al., 2006). Le disminuye la probabilidad de sufrir enfermedades infecciosas en vías respiratorias, de padecer otitis media (Nanni-Zacher, 1994) o enfermedades diarreicas (González de Cossío et al., 2013) en el último caso, cabe mencionar que la lactancia no debe ser suspendida cuando el niño está con diarrea, por el contrario, la protección conferida por la lactancia favorece la recuperación del niño (Rodríguez et al., 2006).

El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL 2010) mostró a partir de la técnica in Vitro los beneficios de la leche materna contra microorganismos patógenos. En la Tabla 1 se muestran las principales enfermedades prevenibles para el recién nacido.

Tabla 1

Enfermedades prevenibles con la práctica de la lactancia materna exclusiva (MINSAL, 2010)

Actividad	Enfermedad
Antibacteriana	E. coli, C. tetani, C. diptheriae, K. pneumoniae, Salmonella (6 grupos), Shigella, Streptococcus, S. mutans, S. sanguis, S. salivarius, S. pneumoniae, H. influenzae y otros. Poliovirus
Antiviral	Poliovirus tipos 1, 2, 3, Coxsackie tipos A9, B3, B5, Ecovirus tipos 6, 9, rotavirus, citomegalovirus, reovirus tipo 3, virus rubeola, Herpes simple, parotiditis, influenza, sincicial respiratorio y otros
Antiparasitaria:	G. lamblia, E. histolytica, S. mansoni, Cryptosporidium.

De acuerdo con estimaciones de la OMS (2012) el logro de la cobertura universal de la LM óptima podría evitar 13% de las muertes que ocurren en niños menores de 5 años, mientras que las prácticas apropiadas de alimentación complementaria podrían significar un beneficio adicional del 6% en la reducción de la mortalidad en menores de 5 años de edad.

Es importante mencionar que los beneficios de la lactancia materna se mantienen a largo plazo, debido a que mantienen un efecto protector durante la niñez que persiste hasta la vida adulta en enfermedades como la gastritis, carcinoma gástrico, caries dental (Binns et al., 2016), leucemia linfoclastica aguda y leucemia mieloblastica aguda, enfermedad isquémica del corazón, arterioesclerosis, asma (Nanni-Zacher, 1994) y desnutrición durante la niñez

(Rodríguez et al., 2006). Investigaciones (Binns et al., 2016; Glaser & Basch, 2013; Jacobson et al., 2015; Moss & Yeaton, 2014; Trigo-Besore, 2014) indicaron la formación de un posible mecanismo sobre el establecimiento del microbioma humano, el cual está relacionado con la prevención de la diabetes tipo 1 en adolescentes y adultos jóvenes, y tipo 2 en adultos mayores.

3.4.3 Beneficios para la madre

En la mujer lactante, los beneficios físicos se perciben en distintas fases de tiempo:

En el corto plazo, se ha mostrado que ayuda a la contracción fisiológica del útero materno posterior al parto (Glaser & Basch, 2013). A través del contacto piel a piel ayuda a la prevención de la depresión postparto (Rodríguez et al., 2006), disminuye la ansiedad de la madre y en el fortalecimiento de la confianza en el cuidado del neonato, lo que fortalece la unión con él bebe (Hughes, Rodriguez-Carter, Hill, Miller, & Gomez, 2015).

A mediano plazo, surgen cambios hormonales asociados con la lactancia, suspendiendo la fertilidad materna (MINSAL, 2010). Cabe señalar que en madres lactantes con empleo, la lactancia, además de la provisión de anticuerpos, fortalece los lazos afectivos entre madre e hijo (a) (Rodríguez et al., 2006).

A largo plazo, disminuye el riesgo de sufrir hipertensión, hiperlipidemia, diabetes, desarrollo de cáncer de mama y de ovario (Jacobson et al., 2015). Así mismo, favorece la pérdida de peso. Binns, Lee, y Low, 2016 afirmaron que las mujeres que lactan, suelen ser en promedio 8 kilos más delgadas 6 años después de haber dado a luz, comparadas con madres quienes no lactaron a sus hijos

Las creencias que generalmente tienen las madres sobre los beneficios de la lactancia materna para sus hijos, en muchas ocasiones son deficientes y generalmente los pocos que se poseen son de tipo nutricional e inmunológicos, debido a la falta de información (Maestre, Urbano, León, Hernández, & Maestre, 2003). Por ello es importante que todas las madres tengan la suficiente información sobre la importancia de la leche materna, principalmente para salvaguardar el adecuado crecimiento y nutrición del niño, lo que se traduzca en una actitud positiva frente a la lactancia materna que elimine creencias erróneas sobre la misma (Bellido-Roque & Bellido-Roque, 2016).

CAPITULO 4. FACTORES DISTALES DE LA LACTANCIA MATERNA

En el comportamiento de la Lactancia Materna (LM), las variables asociadas a los niveles de grupo y sociedad influyen en la iniciación y duración de la conducta. En una sociedad donde las enfermedades crónicas son las principales causas de morbilidad y mortalidad en los niños y el uso del biberón es sinónimo actual de modernidad, además de que las prácticas hospitalarias erróneas y la desinformación del personal de salud, la publicidad masiva en favor de las fórmulas lácteas y la incorporación de la mujer al mercado laboral, impiden el inicio adecuado del amamantamiento y desplazan esta conducta por el uso cada vez más recurrente de fórmula láctea (Alvarez-Zendejas, 2013).

Instituciones internacionales como el Fondo Nacional de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueven diversas acciones para el fomento del apoyo y orientación a las madres, para el reconocimiento del derecho que toda mujer tiene de amamantar a su hijo (a), así como también del derecho de todo niño o niña de recibir leche materna (OMS 2003).

4.1 Políticas Internacionales Para Favorecer La Lactancia

Se enlistan se manera cronológica las siguientes reglamentaciones que fomentan la lactancia materna:

1. *El Código Internacional para Sucedáneos de la Leche Materna* (1981) fue abordado por la 31ª Asamblea de la OMS en 1981, establece la regulación absoluta de los Sucedáneos en Leche Materna (SLM), de acuerdo a sus artículos 5 y 6, prohíbe la distribución de muestras gratuitas de fórmula a madres, familiares o trabajadores de la salud, con el fin de evitar la utilización de biberones.
2. *Convención sobre los derechos del niño* (1989) reconoce el derecho del niño a disfrutar del más alto nivel de salud posible. Entre ellos, el de otorgar la lactancia materna para promover los beneficios que provee en el bebé.
3. *La Declaración de Innocenti sobre la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna* (1990), establece la Lactancia Materna Exclusiva (LME) para todos los niños durante los primeros seis meses de vida, promueve que todos los gobiernos desarrollen políticas nacionales para lograr el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

4. *Conferencia Internacional de Nutrición* (1992), definió estrategias para disminuir el hambre y la desnutrición, fomenta la lactancia materna y concluye que una de las acciones para lograr mayores índices de lactancia en el mundo es la implementación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.
5. *La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño* (2003), solicita la LME desde el nacimiento hasta los 6 meses, posterior a ello la lactancia continuada y la introducción oportuna de alimentos complementarios por el paso de los años siguientes.
6. Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN, 1991), apoya la LME hasta los 6 meses con la introducción a tiempo, adecuada, segura y apropiada de alimentación complementaria, y la lactancia por lo menos hasta los dos años, promueve también la implementación de los “Diez pasos para una lactancia exitosa” propuestos por la OMS/UNICEF.

4.2 Políticas Nacionales

En México, existen decretos que promueven la protección hacia la lactancia materna, a través de Normas Oficiales Mexicanas de la Secretaría de Salud

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atiende la protección del embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, fomentando el alojamiento conjunto y la lactancia materna inmediata, así como la promoción de la LME.

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, en ella se recalca la importancia de la LM para la prevención de enfermedades diarreicas y respiratorias agudas en niños menores de 6 meses de edad, así como mejores prácticas de ablactación a partir de los 6 meses de edad.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-043-SSA2-2005, promueve la educación para la salud en materia alimentaria. En esta norma se recomienda la promoción de la LME durante los primeros 6 meses de vida, además de cuidar que el consumo de alimentos sea suficiente.

En el 2012, el Secretario de Salud publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF 2012) dos acuerdos nacionales de trascendental importancia con base en las políticas promovidas por instituciones internacionales:

1. Señala la aplicación en hospitales y centros de nacimiento de “Los diez pasos para una lactancia exitosa” parte de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN).
2. Se establecen directrices para el fortalecimiento de la política pública de la LM, incluye el cumplimiento de la IHAN, exige apoyo técnico del personal de salud para el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, el ISO de la técnica de Canguro, el uso de Bancos de Leche Humana en los hospitales, así como la creación de un sistema de información sobre lactancia materna.

Con la inserción de las mujeres en el mercado laboral en México, la Ley Federal del Trabajo (2012) en su art. 170 establece que las mujeres que amamantan, tienen derecho a tomar dos periodos de 30 minutos fuera de sus responsabilidades de trabajo para amantar durante la jornada laboral, de suministrar el apoyo necesario que requiera la lactante, así mismo que el lugar de trabajo cuente con lactarios equipados para la extracción y almacenamiento de leche materna.

De acuerdo a los centros nacionales para la prevención de enfermedades crónicas y promoción de la salud de los EE. UU. (CDC, 2014) las políticas y prácticas implementadas en los centros de nacimiento, impactan significativamente en la decisión de la madre en el inicio y mantenimiento de la lactancia. Ya que determinan el apoyo que se le brinde a una madre durante el parto y el alojamiento en conjunto en el hospital.

Es así como las organizaciones han realizado numerosos esfuerzos para el incremento en el índice de inicio de lactantes. La idea principal de estos esfuerzos, es concebir la lactancia una decisión de la madre influenciada por una serie de factores y no un acto que se imponga arbitrariamente a toda mujer (Calvo-Quirós, 2009). Ilabaca y Atalah (2002) señaló que la mayoría de las madres inició la lactancia de forma natural, aunque diversos factores sociales, económicos y culturales han influido para que se produzca una caída en el porcentaje de madres que lactan a sus hijos por el tiempo recomendado.

4.3 Factores Sociales de la Lactancia Materna

Como se mencionó anteriormente, las tasas de lactancia materna exclusiva se mantienen bajas en las distintas regiones, a pesar del fomento y apoyo que ha tenido por diversas organizaciones mundiales, respaldada por la evidencia de las grandes ventajas que posee para

el lactante, la madre, el ambiente, la economía entre muchos otros más (Calvo-Quirós, 2009). Sin embargo, la difusión de uso de fórmula láctea a través de medios de comunicación masiva, da lugar a la “cultura del biberón”, con el fin de convencer a las madres que las leches producidas artificialmente eran iguales, o incluso superiores a la leche materna (Parsa et al., 2015).

A finales del siglo XIX, el desarrollo de una industria química cada vez más científicamente preparada, una competencia comercial por el mercado de la alimentación infantil. Por medio de una ideología dominante que elogiaba el progreso y la tecnología vino a ponderar la maternidad científica, uno de cuyos paradigmas era la lactancia artificial. La ciencia de la nutrición desarrolla tal dependencia del cálculo y la medición, que lleva a la falsa creencia entre la población de que lo industrial es más perfecto que lo natural porque se puede medir “científicamente” (Rodríguez, Borace, & López, 2006).

Con ello la presión comercial de empresas multinacionales con intereses en la alimentación sigue jugando un papel importante para hacer que muchas mujeres decidan no dar pecho a sus hijos y que aquellas que sí lo hacen acaben pronto. El riesgo incrementa, con la actual libre venta de fórmulas lácteas, que impactan particularmente a los hogares más humildes, las cuales debido a su déficit educativo no toman conciencia de las posibles causas y enfermedades que puede generar en el futuro de los niños por falta de leche materna (Olaiya et al., 2016). De acuerdo a lo anterior, estudios (Calvo-Quirós, 2009; Niño et al., 2012) han mostrado que las mujeres más jóvenes, las que tienen bajo nivel educativo y las que son solteras lactan durante menos tiempo.

Entre aquellas características que favorecen la lactancia, investigaciones (González de Cossío et al., 2013; Jacobson et al., 2015) indicaron que la lactancia tuvo más posibilidades de iniciarse si la madre tenía mayor edad y un alto nivel educativo. Avalos-González (2011) señaló que las madres con mayor nivel educativo, contaban con mayores conocimientos y comprendían mejor los beneficios que tiene la leche materna en la salud de sus hijos, lo cual repercutía en el sostenimiento de la lactancia (Calvo-Quirós, 2009; De Mendoza, Harville, Theall, Buekens, & Chasan-Taber, 2015; Swanson & Power, 2005).

Otro factor mencionado en la literatura es el lugar de residencia de la madre lactante, esto debido a las diferentes prácticas de alimentación de acuerdo al área geográfica. Las

desventajas de alimentación ocurren particularmente en grupos de mayor vulnerabilidad social: indígenas, medio rural, en la región sur de México, quienes no reciben servicios de salud y en madres que no cuentan con un empleo remunerado (González de Cossío et al., 2013; Pérez-Escamilla & Dewey, 1993; Villanueva, 2012).

Un fenómeno particular en México, ocurre cuando las mujeres de zonas rurales emigran a zonas urbanas donde las prácticas modernas pueden reemplazar las tradicionales, ya que adoptan fácilmente las ventajas que se presentan en la zona y el tipo de vida que se vive en ella. No obstante, la migración a las metrópolis podría ser un factor de inestabilidad, ya que se supone que las mujeres al trasladarse a la ciudad deberían obtener una mejor atención y mayor acceso a los servicios de salud, con lo cual la lactancia materna puede beneficiarse. Sin embargo, también puede ser afectada, en familias que se trasladan a asentamientos marginales a orillas de la ciudad, donde deben afrontar situaciones difíciles en donde muchas veces no alcanzan para satisfacer las necesidades básicas (Quispe-Ilanzo et al., 2015).

En este capítulo se muestra la práctica de la lactancia materna, como un eje integrador en el cual confluyen una serie de aspectos sociales, políticos y culturales que hacen del acto mismo de amamantar una verdadera integración de todos los aspectos inherentes al ser humano. Como describe Vargas-Bonilla (2008), las realidades socioculturales son dinámicas y están en permanente cambio. El problema se presenta, cuando algunos sectores se empeñan en desestimar la práctica de la lactancia y fomentar un proceso que lleva a las madres y las familias a “desaprender” ese conocimiento que han adquirido de generación en generación. Estos sectores pueden ser modificaciones en la estructura social sobre todo a nivel familiar, ya que sucesos como la entrada de la mujer al campo de trabajo, la era de la industrialización que tiene que ver con el estrato económico y la migración de la zona rural hacia la ciudad ha influido a nivel mundial en el abandono de la lactancia materna exclusiva (Cardenas, Montes, Varon, Arenas, & Reina, 2010).

Por ello el reconocer la prevalencia de esta práctica en nuestra población y los factores personales, familiares y socioculturales que la condicionan positiva o negativamente permitirá diseñar estrategias de trabajo y hacer recomendaciones basadas en la evidencia local (Rodríguez-Leon, 2014).

CAPITULO 5. FACTORES PROXIMALES DE LA LACTANCIA MATERNA

En el capítulo anterior se describieron los factores socioeconómicos y culturales que influyen en el inicio y mantenimiento de la lactancia, tales como el lugar de residencia de la madre lactante, los índices socioeconómicos, la cultura del biberón; a esto se agregan los factores personales que influyen sobre la conducta de lactar (Rodríguez-Leon, 2014).

5.1 Factores Biológicos

Entre los factores biofísicos, la literatura menciona la paridad y el tipo de parto como factores que muestran diferencias significativas en la práctica de la lactancia materna.

- **Paridad**

Diferentes estudios muestran diferencias significativas entre primíparas y múltiparas.

Las mujeres primiparas al no tener experiencia previa sobre la lactancia, que les permitiera adquirir conocimientos por medio de esta práctica, favoreció en ellas el surgimiento de creencias positivas hacia el amamantamiento, las cuales eran potenciadas por el valor y las expectativas de sus seres significativos en relación a la lactancia, produciendo un efecto positivo en ellas para que consideraran llevar a cabo el amamantamiento (Delgado-Ojeda, 2011; MINSAL, 2007).

Colodro-Conde, Limiñana-Gras, & Ordoñana (2014) mostraron el tipo de decisiones hacia la alimentación de su hijo (a), en mujeres primíparas durante las primeras semanas después del parto. Describieron una mayor tendencia en comportarse de manera agradable, comprometida, con el establecimiento de vínculos afectivos positivos, leales e incluso dóciles, para disimular cualquier sentimiento negativo o de malestar en sus relaciones interpersonales. Sin embargo, investigaciones (Laghi-Rey et al., 2015; Moraes, Amerio, Valiero, & Sosa, 2012; Cardenas et al., 2010; Prendes-Labrada, Del Río, Gutiérrez-González, & Reyes, 1999) mostraron que la primiparidad está fuertemente asociado con el abandono de la LME, con casi 15 veces más probabilidad comparadas con las múltiparas. Ello puede deberse a la poca experiencia y desconocimiento de las técnicas de amamantamiento de las primíparas, lo cual puede resultar en la aparición de grietas en el pezón y otras molestias asociadas a la deficiente práctica de la LM.

Por otra parte, investigaciones señalan que las multíparas tuvieron menor tendencia al abandono temprano de la lactancia (Caballero-Ortiz et al., 2013; Laghi-Rey, Yaipen-Ayca, Risco-Denegri, & Pereyra-Elias, 2015).

En el estudio de Kronborg & Vaeth (2009) con 579 mujeres de Dinamarca, identificaron que la experiencia previa de las mujeres multíparas, influyó en la probabilidad de mantener la LM en promedio 16.8 semanas. Mientras que Prendes et al., (1999) en su estudio con 236 mujeres de Cuba, reportaron mayor tendencia a prolongar la lactancia entre 1 y 4 meses de las multíparas en comparación con las primíparas.

De manera contraria, Delgado-Ojeda (2011) afirma que las primíparas mostraron mayor probabilidad de amamantar que las multíparas. Esto es debido a que las mujeres multíparas han tenido experiencias previas negativas con la LM o experiencias positivas con la alimentación con fórmula. Además, Pereda et al., (2014) identificó que el historial de un aborto previo fue un factor asociado con el retraso en la iniciación de la lactancia en multíparas.

- **Tipo de parto**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2010) señaló que las madres de niños que han nacido mediante cesárea, pueden practicar la lactancia materna con normalidad, a no ser que exista alguna otra complicación, como ser enfermedad o anomalía. Sin embargo, datos de Pérez-Escamilla y Sellen (2015) reportaron en México que la alta incidencia de cesáreas y la prevalencia de partos prematuros, afectaron el inicio precoz del amamantamiento. La ENADID (2014) reportó que de Enero del 2009 a Septiembre del 2014, de cada 100 partos ocurridos, 46 eran por cesárea y 54 partos vaginales. Diversas investigaciones (Hayes et al., 2014; Ishak et al., 2014; Linares et al., 2014; Laghi-Rey et al., 2015) señalaron que las mujeres que tuvieron parto por cesárea eran menos propensas a seguir amamantando a sus bebés, comparadas con aquellas con parto vaginal; esto se debió al dolor y malestar originado por la cesárea.

5.2 Factores Psicosociales

La decisión de una madre a lactar puede ser influida por otros factores, como son familiares, cuidado para la salud, proveedores, ocupación, medios de comunicación y normas culturales en la comunidad (Kornides & Kitsantas, 2013).

La LM en la población latinoamericana se ve afectada por la influencia familiar, la cual de ser positiva, da como resultado altas probabilidades de continuar la lactancia exclusiva hasta los dos meses (Kornides & Kitsantas, 2013; Street & Lewallen, 2013; Trigo-Besore, 2014). Lo cual es congruente con los estudios de Aguilar Palafox & Fernández Ortega, (2007) y Félix-Valenzuela et al., (2011) que mencionaron que las redes de apoyo son esenciales para el sostenimiento de la lactancia.

Esto refleja la importancia del entorno familiar, sobre la decisión de la madre para proporcionar fórmula o alimentación complementaria. Por ejemplo, la emisión de comentarios de que él bebe no se encuentra con sobrepeso, refleja una perspectiva de la cultura latina que asocia el sobrepeso como símbolo de salud en el niño y el normopeso como desnutrición (Hamilton, Daniels, Murray, White, & Walsh, 2012; Trigo-Besore, 2014).

No obstante, Landa-Rivera y Paricio-Talayero (en Asociación Española de Pediatría, 2008) afirman que el actual ambiente familiar ha dejado de ser un soporte válido para la lactancia, ya que se ha reportado que las mujeres cercanas a la madre lactante, no han amamantado ni han visto amamantar eficazmente, lo cual se convierten con frecuencia en una barrera para los deseos de la madre que está decidida a amamantar. Ya que las prácticas y conocimientos culturales que se adquieren durante el amamantamiento, no pueden ser compartidos por las mujeres por medio de la experiencia previa. Datos de Ishak et al., (2014) señalaron que casi el 40% de las madres que habían abandonado la lactancia, tuvieron problemas durante el periodo del mantenimiento de esta conducta, esto reflejaba el carente apoyo por parte de familiares y profesionales de la salud durante este periodo.

El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL, 2010) señala que las madres adolescentes viven una situación complicada, ya que si no cuentan con el suficiente apoyo de su familia, optan por la introducción precoz de fórmula o alimentación complementaria. Cuando el apoyo familiar es insuficiente, los proveedores de servicio de salud pueden ayudarles, ofreciéndoles

apoyo emocional y motivándolas a compartir su experiencia con otras mujeres en situación similar.

El estado civil de la madre lactante, ha mostrado diferencias significativas en el mantenimiento de la lactancia. Cuando existe apoyo emocional y económico por parte de la pareja de la madre lactante, se reconoce como clave de éxito en la LME (Avalos-González, 2011; McQueen, Sieswerda, Montelpare, & Dennis, 2015; Raintung, 2015; Shahla, Fahy, & Kable, 2010), todo ello dependerá del grado de conocimiento que él tenga sobre la lactancia materna (Sipsma et al., 2013). No obstante, en mujeres solteras Delgado-Ojeda (2011) señaló que ellas confiaban más en sus propios conocimientos sobre LME, adquiridos y reforzados probablemente por personas significativas para ella, como sus padres, familiares, amigos cercanos. Inclusive a quienes apoyan económicamente a la madre lactante, profesionales de atención a la salud y toda aquella persona que sea cerca a la lactante y que pueda influir en esta decisión (Lamontagne, Hamelin, & St-Pierre, 2008; Swanson & Power, 2005).

Existen investigaciones (Hayes et al., 2014; Navarro-Estrella, Duque-López, & Trejo y Pérez, 2003; Trigo-Besore, 2014) que apoyan la idea de que cuando la madre es soltera suele ser una desventaja ante el mantenimiento de la lactancia, ya que situaciones como el retorno a los estudios o la dificultad para costear el cuidado infantil, lo cual orilla a la madre a dejar a sus hijos (as) al cuidado de amigos o familiares para ir a la escuela o al trabajo, por lo que la lactancia puede ser suspendida.

Es por ello que Tsai (2014) asegura que el regreso al trabajo o a la escuela, sin dejar la lactancia se presenta como un reto para las madres, sin embargo, muchas mujeres dejan de amamantar y favorecen el uso de la alimentación con fórmula, por ser una forma práctica de alimentar al infante (Neifert & Bunik, 2013; Trigo-Besore, 2014). Datos de Rivera-Pasquel et al., (2015) mostraron que las mujeres con empleo descontinuaron la lactancia al paso de unos meses. Mientras que en el estudio de Laghi-Rey, Yaipen-Ayca, Risco-Denegri y Pereyra-Elias, (2015) con 109 madres de Lima, Perú reportaron que aproximadamente el 70% de las mujeres estudiantes abandonaron la LME antes de los seis meses.

El ambiente laboral suele ser un obstáculo para el mantenimiento de la lactancia, Tsai (2014) mencionó que veces no es suficiente un espacio adecuado para la lactancia, aunque es

importante que se realice en condiciones agradables para lactar o extraer la leche, sino también es necesario que los empleadores presenten una actitud positiva hacia sus empleadas lactantes. Cabe mencionar, que la falta de apoyo en los lugares de trabajo como son: el no tener permisos prolongados para ausentarse del trabajo (Ishak et al., 2014; Trigo-Besore, 2014) o la duración excesiva de la jornada. Fueron razones por las cuales las madres decidieron interrumpir o no considerar la LM, a pesar de tener una actitud positiva hacia ella (Navarro-Estrella et al., 2003). En algunos países como México, se establecen descansos laborales para la lactancia sin embargo, la distancia del hogar y los problemas de transporte hacen poco prácticos el aprovechamiento de estos lapsos de tiempo (Alvarado-Casas, 2015).

5.3 Factores Psicológicos

Los factores psicológicos afectan las decisiones relacionadas con la diada madre-hijo desde la etapa prenatal, entre ellos se encuentran la planificación del embarazo (Delgado-Ojeda, 2011), la aceptación del hijo (a) durante la etapa gestacional (Linares et al., 2014) y por supuesto la decisión y compromiso de lactar (Navarro-Estrella et al., 2003). Así mismo, la puesta en marcha de recursos personales, las maneras de entender el entorno, las relaciones interpersonales y motivaciones individuales, son fundamentales para la iniciación de la conducta (Colodro-Conde et al., 2014). La motivación materna desde la etapa prenatal, será esencial para el sostenimiento de la conducta, ya que es más probable que la lactancia se suministre si existe una percepción vinculada a la satisfacción de necesidad (aspecto valor), y una expectativa positiva para el éxito (Mutuli & Walingo, 2014).

En esta etapa es importante que las mujeres reconozcan que la lactancia favorece el apego entre la madre y el bebé, que ayuda a su nutrición, lo protege contra infecciones y que además es un método que no implica costos económicos. Cuando esta creencia se mantiene presente, motiva a la madre a considerar la lactancia como un método de alimentación para sus futuros hijos (Acosta-Torres et al., 1999).

Investigaciones (Ho & McGrath, 2010; MINSAL, 2010) han descrito que una adecuada lactancia se asoció si la madre tenía sentimientos de logro, satisfacción personal, aumento del autoestima y aprobación social por el desempeño de la madre.

Colodro-Conde (2014) describió el perfil de personalidad de las mujeres que dieron LME durante el primer mes. Señaló que mostraron ser menos propensas a presentar comportamientos individualistas, centrados en satisfacer sus propios deseos y necesidades. Cognitivamente, fueron menos orientadas a procesar la información mediante la lógica y el razonamiento analítico. Interpersonalmente, fueron indiferentes socialmente, poco sumisas, discrepantes o inconformistas. Sin embargo, con el paso del tiempo las madres pueden sentir dificultad en la crianza y en la satisfacción de las necesidades del hijo, de tal manera que ella como mujer y esposa se debilite; en oportunidades puede ocurrir agotamiento por la intensidad del trabajo y la falta de tiempo para ella misma, lo cual puede ser más acentuado por la tendencia a la depresión que con frecuencia tienen algunas madres en el puerperio inmediato (Materán, Materán, Chávez, Fiore, & Cárdenas, 2003). Sobre este tema, Cárdenas et al., (2010) afirmó que los estados de ánimo negativos inhiben la secreción de oxitocina, sustancia primordial para la eyección de la leche. Por esto que se considera necesario hacer énfasis en que la LM sea ideal, para que sea valiosa en el desarrollo emocional del bebé.

No obstante, la LM es muy variable de una cultura a otra, ya que varía de acuerdo a las distintas reglas culturales, que fijan el inicio, la frecuencia y el fin de la lactancia materna. La forma en que una madre cuida de su hijo, depende de una mezcla compleja de su constitución genética, la respuesta del niño, una larga historia de relaciones interpersonales, su entorno familiar, orientación médica, factores sociales y culturales, de allí que el aprendizaje tiene un papel fundamental en la lactancia materna, pero es un aprendizaje centrado en las creencias, actitudes y valores de la cultura (Hostalot, Sorní, Jovani, Rosal, & Mercé, 2001; López et al., 2000).

De acuerdo a Quispe-Ilanzo et al., (2015) los factores psicosociales tienen un impacto importante en el éxito de la LME, más que los factores biológicos; puesto que la conducta de amamantar es muy variable de una cultura a otra, y cada cultura tiene distintas reglas sobre la lactancia, ya que fijan el inicio, la frecuencia y el fin de la lactancia materna.

De igual manera, Materán et al., (2003) mencionó que la cultura dicta la forma en que una madre cuida de su hijo, dado que depende de una larga historia de relaciones interpersonales, su entorno familiar, orientación médica entre otros mencionados en los párrafos anteriores. Resulta complicado entender cuál de estas variables se expresa con más intensidad en la definición de esta conducta, sin embargo lo que sí es certero, es que la educación y el

conocimiento acerca de los beneficios de la lactancia materna disminuye considerablemente el riesgo de obviar este alimento al momento de tener hijos (Maestre et al., 2003). De allí que el aprendizaje centrado en las creencias, actitudes y valores de la cultura tiene un papel fundamental en la lactancia materna (Materán et al., 2003).

5.4 Creencias Relacionadas a la Lactancia Materna

En lo referente a las ideas y creencias que tienen las mujeres con respecto a la lactancia, hay que tener en cuenta que al tratarse de un fenómeno biocultural, está fuertemente impregnado de todo tipo de mitos e incluso supersticiones, por lo que es preciso considerar las distintas procedencias geográficas y los diferentes contextos socioculturales como lengua, religión, estructura familiar, tradiciones y costumbres (Donnan et al., 2013; Swanson & Power, 2005).

Las creencias hacen referencia a la afirmación personal que se considera verdadera, en muchos casos son subconscientes, ya que afecta la percepción que se tiene de sí mismo, de los demás y de las cosas y situaciones que rodean al individuo. Un alto porcentaje de personas tienden a pensar que sus creencias son universalmente ciertas y esperan que los demás las compartan (Auchter & Galeano, 2003).

Prieto y Ruiz (2013) afirman que la cultura es un factor determinante en muchos de los cuidados que la madre realiza para sí misma y para su recién nacido. Aunque algunas de estas prácticas son benéficas y representan una tradición alrededor de una cultura las cuales debe respetarse, sin embargo, otras representan un riesgo para el neonato o la madre, lo que se traduce en obstáculos para la práctica de la LM. Algunas de estas creencias erróneas sobre la lactancia se describen a continuación:

Hay evidencia sobre la creencia de suspender la lactancia en el caso que el niño se enferme, lo cual es erróneo. Sin embargo, esta situación es guiada por componentes cognitivos y afectivos que perjudican al niño con la pérdida de peso (Villaverde-Vergara, 2013).

Se ha considerado que la lactancia impide el desarrollo adecuado de los niños por su pobreza nutricional, lo cual da como resultado el optar por la fórmula para el complemento de la LM (Londoño-Franco & Mejía-López, 2010 & Quispe-Ilanzo et al., 2015). Normalmente ésta creencia viene antecedida por el dolor producido al amamantar, la idea de que los alimentos picantes tienen impacto sobre el bebé, el miedo que las emociones negativas y estrés pueden

afectar la calidad de la leche (Calvo-Quirós, 2009; Colodro-Conde, Limiñana-Gras, & Ordoñana, 2014; Trigo-Besore, 2014), o que el (bajo) nivel de producción láctea, genera la idea de que el niño se queda con hambre (Quispe-Ilanzo et al., 2015). Conviene subrayar el estudio de Londoño-Franco y Mejía-López (2010) en una muestra de 384 niños de entre dos y cinco años originarios de Calarcá, Colombia, observaron que al finalizar el primer mes, un 17% de los niños ya recibían alimentos diferentes a la leche, en el segundo mes, el porcentaje aumentó al 27%.

Por último, existen creencias asociadas con razones estéticas, ya que se cree que el amamantamiento genera deterioro en la figura o en la forma de las mamas (Alvarado-Casas, 2015; Niño, Silva, & Atalah, 2012; Quispe-Ilanzo et al., 2015). Carrasco-Negüe y Corvalán-Velásquez (2015) identificaron en 22 mujeres de Chile que el 72.7% de ellas consideraba que al amamantar por un largo periodo los pechos se caen. Este tipo de creencias se ven afectadas por los actuales cánones de belleza, donde se ha destacado el aspecto lúdico de los senos por parte de los hombres, con la idealización de pechos pequeños (MINSAL, 2010).

Por ello es imprescindible que los hombres sean conscientes de que la lactancia materna cambia la apariencia de los senos, lo cual no debe dar lugar a una percepción negativa de la lactancia, para evitar que sea una conducta privada, restringiendo su práctica en sitios públicos (Trigo-Besore, 2014). Datos de Giles y colaboradores (2014) indicaron que más de la mitad de las participantes tuvieron limitaciones en la lactancia, como la exposición de la conducta en sitios públicos o con la exposición de familia o amigos.

De acuerdo con Leininger (2006), el identificar las creencias será esencial para detectar aquellos que puedan preservarse, negociarse o reestructurarse, y así poder obtener un cuidado culturalmente congruente. Prieto y Ruiz (2013) afirmó que para llevar a cabo este objetivo, es necesario conocer la cultura y reflexionar sobre la influencia que ésta ejerce en el cuidado del recién nacido.

5.4.1 Estudios sobre las creencias en Lactancia materna

La búsqueda bibliográfica muestra que las intervenciones estratégicas hacia la lactancia materna que están basadas sobre teorías validadas empíricamente, las cuales muestran ser potencialmente más efectivas en el cambio de conductas de salud, esto es debido a que la

teoría ofrece una explicación de la manera en que las intervenciones actúan (Giles et al., 2014).

La Teoría de la Acción Razonada (Fishbein, M., & Ajzen, 1981) (Figura 1) se ha utilizado para explicar diferentes comportamientos en contextos disímiles, como puede ser la salud, la cultura, el ámbito laboral o el propiamente social (Rodríguez, 2007).

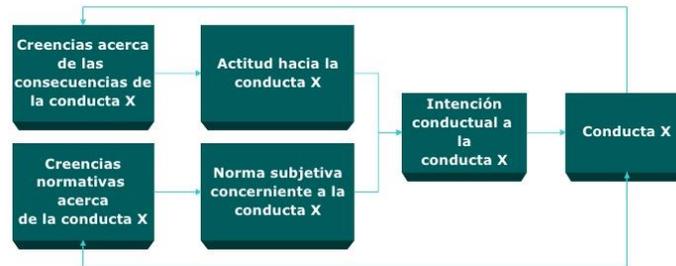


Figura 3 Teoría de la Acción Razonada (Fishbein & Ajzen, 1981)

Resulta ser sumamente completa y permite obtener mayor seguridad en la medición de los factores determinantes de la conducta. Este modelo simula un predictor, el cual es un juicio probabilístico donde puede estimarse la interacción hacia la conducta objetivo. La mayoría de las investigaciones que se han centrado en el estudio de los distintos factores que pueden predecir el comportamiento saludable, han dado una relevancia especial a los factores cognitivos, especialmente a las creencias y actitudes (Ballester & Asensio, 1997).

Dentro de esta teoría, las creencias forman parte de las causas que pueden predecir una conducta. Fishbein & Ajzen, (1975) las definen como la probabilidad subjetiva de una relación entre el objeto de la creencia y algún otro objeto, concepto, valor o atributo. La formación de una creencia implica la unión entre dos aspectos determinados del mundo de un individuo, esto tiene el propósito de conseguir el entendimiento de sí mismo y de su medio ambiente. Para su análisis las creencias son clasificadas en:

Descriptivas: aquellas que se obtienen de la observación directa de un objeto dado por el individuo.

Inferenciales: las cuales tienen su origen en las creencias descriptivas realizadas con antelación y se basan principalmente en las relaciones probabilísticas entre las creencias, las cuales siguen los lineamientos del razonamiento silogístico.

Informativas: adquirida por la información obtenida de otros acerca de un objeto.

Las creencias determinan las evaluaciones cognitivas o juicios que se hacen en torno a un comportamiento y son susceptibles de ser modificadas, por ello la importancia de identificarlas para determinar su papel en la ejecución de una conducta (Giles et al., 2007).

5.4.2 Medición de las Creencias en Lactancia Materna

La identificación de las creencias de las mujeres sobre la lactancia materna se ha realizado mediante el uso de distintos instrumentos de recolección de información, que van desde la aplicación de entrevistas individuales, la realización de grupos focales, el diseño de encuestas o la construcción de instrumentos de evaluación psicológica con validez estadística.

Por medio de la realización de grupos focales, se ha rescatado gran información acerca de las creencias en las mujeres, ya que como mencionaron Hamui-Sutton y Varela-Ruiz (2013) los grupos focales son un método de investigación colectivista, que se centra en la pluralidad y variedad de las actitudes, experiencias y creencias de los participantes. Dentro de las investigaciones encontradas bajo esta metodología para la exploración de las creencias en mujeres sobre la lactancia materna, se encuentran:

Gill, Reifsnider, Mann, Villarreal, & Tinkle (2004) identificaron las creencias culturales de la lactancia en un grupo de México-Americanos de bajos recursos. Se realizó un grupo focal compuesto por 10 mujeres embarazadas, 15 mujeres primíparas, 9 hombres y 5 abuelas. Dentro de los principales hallazgos fue la creencia en las mujeres de que la leche en fórmula es un alimento alternativo adecuado que se puede dar al bebé. Además, ellas creen que la lactancia puede ser más fácil si los familiares cercanos, amigos o personal de salud le ofrecen ayuda o asesoría durante la etapa prenatal y posterior al parto.

Lindsay et al., (2016) su estudio tuvo como objetivo el explorar las creencias y prácticas de alimentación infantil de 29 madres inmigrantes brasileñas en los EE. UU. Se diseñaron grupos focales de discusión bajo el modelo socioecológico. En este estudio se encontraron creencias positivas y negativas hacia la lactancia. En el primer caso fue encontrar la percepción de que la lactancia tiene beneficios para el hijo y la madre, además de que la lactancia se debe de iniciar desde el hospital. En cuanto a las creencias negativas, las participantes creían que la alimentación con formula aseguraba que el bebé estuviera lleno, lo que permitía a la madre y

al bebé a dormir bien. Algunas madres también creían que la fórmula tenía vitaminas y nutrientes que los bebés no podían obtener de la leche materna. También, varias madres reportaron usar fórmula cuando estaban fuera de casa, por conveniencia y/o por las normas sociales. Por último, reportaron que la creencia de tener leche insuficiente o de que el niño se quedaba con hambre, fueron razones por las cuales hubo abandono de la lactancia materna.

Las entrevistas individuales, también han sido un método recurrente para la exploración de creencias, debido a que es el método más completo para adquirir información, por estar en contacto directo con la fuente y poder observar la realidad circundante, que es visualizada en los aspectos que se consideren oportunos a lo largo de la entrevista (Torres & Paz, 2006), las investigaciones siguientes son algunos de los estudios encontrados mediante la revisión bibliográfica que usaron este método.

Hernández y Vásquez (2010) describieron las prácticas y creencias sobre la lactancia materna durante los primeros 6 meses posteriores al parto de 15 mujeres de entre 20 y 33 años pertenecientes a Cali, Colombia. La metodología utilizada fue la etnoenfermería a partir de la aplicación de entrevistas individuales. Dentro de sus principales hallazgos, se encontraron creencias que favorecen la lactancia, las mujeres percibieron esta conducta como el medio para sentir y manifestar el amor que profesan por su descendencia. También, fue hallada una creencia prevaleciente en esta población, ya que se creían que el tomar una bebida tradicional en aquel lugar compuesta por hinojo, hacía que la leche se volviera gruesa, lo cual daba como resultado mejores cualidades nutricionales al bebé. Sin embargo, se encontraron creencias negativas hacia el amamantamiento, puesto que las madres declararon que el niño alimentado exclusivamente con leche materna originaba que el bebé permaneciera hambriento, además también creyeron que la exposición a la luz solar originaba la disminución en la producción láctea, esto fue porque consideraban que el sol causaba que la leche comenzara a evaporarse.

Ergenekon-Ozelci, Elmaci, Ertem y Saka (2006) aplicaron la técnica de entrevista a profundidad, en mujeres pertenecientes a la región de Evler de Diyarbakir, Turquía. En ellas exploraron las creencias y prácticas sobre la lactancia materna de las madres que se vieron obligadas a emigrar de sus aldeas originales y que actualmente viven en Diyarbakir en Turquía. Dentro de sus principales hallazgos, fue encontrar la prevalencia de la creencia de no dar al bebé leche materna durante el primer día de vida, debido a que declararon no tener leche

blanca y el calostro proveniente de ellas estaba demasiado sucio para proveer durante las primeras horas.

Durante la revisión bibliográfica, se encontró un estudio que realizó entrevistas por vía telefónica, éste fue elaborado por Osman, El Zein y Wick (2009) quienes exploraron las creencias que favorecen al abandono de la lactancia de 353 mujeres del Líbano de entre 21 y 32 años. Las principales creencias encontradas fueron, que las mujeres creían que el dolor abdominal materno, podía ser transmitido al bebé a través de la leche materna lo cual podría dar lugar a los cólicos en ellos. También creyeron que la ingesta de medicamentos y el tipo de dieta, eran posibles fuentes de daño para el bebé. Cabe subrayar, que se encontró la creencia del “mal de ojo” como una barrera para amamantar, esto fue porque ellas creían que cuando una madre teme que ha sido sometida al “mal de ojo”, puede negarle a su hijo los beneficios que confiere la su leche materna en ellos.

Dentro de la mayoría de estudios encontrados sobre la exploración de creencias en lactancia materna, fue la utilización de encuestas. Éste método es el más utilizado para la recolección de datos, ya que se puede aplicar a un colectivo más amplio, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación con el fin de obtener mediciones cuantitativas de una gran variedad de características objetivas y subjetivas de la población (Torres & Paz, 2006). En este tipo de metodología se encontraron los siguientes estudios:

Sibeko, Dhansay, Charlton, Johns, & Gray-Donald (2005) tuvo como objetivo el documentar las prácticas, creencias y actitudes de las madres lactantes de Sudáfrica con lactantes menores de 6 meses. Se diseñó un cuestionario estructurado que fue aplicado a 115 mujeres. Su principal hallazgo fue encontrar que 42 mujeres descartaron una pequeña cantidad de leche materna antes de cada periodo de amamantamiento, la razón fue que se creía que la leche “sentada” en un pecho durante algún tiempo estaba rancia y poseía gérmenes.

Quispe-Ilanzo, Oyola García, Navarro Cancino, & Silva Mancilla (2015) describieron las creencias relacionadas a la práctica de la lactancia materna en 239 madres usuarias de un hospital de Ica, Perú. En ellas se aplicó una encuesta estructurada validada por juicio de expertos, la cual tuvo la intención de explorar las creencias que llevan al abandono de la LME.

Su principal descubrimiento fue detectar la creencia de que el bebé no se llenaba con la leche materna.

Cadena-Meneses y Enríquez-Enríquez (2013) aplicaron un cuestionario de preguntas abiertas y cerradas a 102 mujeres de Tulcán, Ecuador. En su estudio señalaron el déficit de conocimientos con respecto a la LME y sobre los beneficios que les provee a ella y a su hijo (a). Afirmaron que existen creencias muy arraigadas en las mujeres, las cuales carecen de veracidad cuando se contrastan con estudios científicos. Por ejemplo, muchas mujeres asocian la calidad de la leche materna, con base en el color o consistencia de ésta, quizás sin saber que no existe leche de mala calidad, ya que ésta se adapta a las características de el/la hijo/a.

Gamboa, López, Prada y Gallo (2008) realizaron una encuesta estructurada en cuatro secciones (datos sociodemográficos y económicos, conocimientos y creencias, actitudes y prácticas relacionadas con la LM) los cuales permitieron identificar aspectos críticos en cuanto al manejo de las dificultades que se pueden presentar durante el amamantamiento y aquellos que favorece el mantenimiento de ésta práctica. En la sección de las creencias, identificaron que la mayoría de las madres percibieron los beneficios nutricionales de la lactancia materna y la importancia del calostro, por su contenido de factores inmunitarios, proteínas, minerales y carotenoides.

Bellido-Roque y Bellido-Roque (2016) diseñaron un cuestionario que contiene preguntas cerradas y semiestructuradas para medir los conocimientos y creencias sobre LME que poseen las madres púerperas en un Centro de salud de Piedra Liza, Lima Perú. La muestra estuvo conformada por 50 púerperas de entre 18 a 33 años. Dentro de los principales hallazgos de este estudio fue encontrar la prevalencia de dos creencias principales: el amamantar por un largo periodo origina que los pechos se caigan, y que la madre debe tomar leche para producir leche.

Acosta-Torres, Vazquez, Dávila-Torres, & Parrila-Rodriguez (1999) utilizaron la Teoría de la Acción Razonada para identificar las creencias y actitudes que apoyan la lactancia en público, en un grupo de estudiantes de una escuela superior de la región de Caguas, Puerto Rico. Los resultados mostraron que las mujeres con creencias equivocadas acerca de la lactancia, tenían más probabilidad de que sus creencias fueran una barrera en su intención de lactar.

Como se ve el desarrollo de encuestas, trae consigo gran cantidad de información, por la facilidad de cooperación de las participantes, porque se puede aplicar a gran cantidad de personas y los costos son más reducidos a comparación de la aplicación de entrevistas o grupos focales. Sin embargo, los estándares de evaluación psicológica son cada vez más estrictos, debido a que los conceptos de fiabilidad y validez son criterios clave para juzgar a las pruebas psicológicas (González-Llaneza, 2007). Por ello, también se han construido instrumentos en menor proporción, que cuenten con procedimientos de validez estadística para la evaluación de las creencias en las mujeres sobre la lactancia materna.

Durante la revisión bibliográfica, se encontró el estudio realizado por Bates, Fitzgerald, & Wolinsky (1994) a una muestra de 500 madres de recién nacidos a término sanos de Indianapolis. En ellas se aplicó una escala llamada “Maternal Health Beliefs Questionnaire”, con un índice de confiabilidad de 0.79. La escala incluye 4 dimensiones: percepción de la susceptibilidad infantil a una variedad de enfermedades; severidad percibida de esas enfermedades, percepción de la capacidad de la atención médica para prevenir la enfermedad; y las barreras y beneficios de la asistencia sanitaria.

Como se describe en los párrafos anteriores, hay diversidad de estudios que exploran las creencias en las mujeres sobre la lactancia materna, bajo el uso de distintas metodologías, cada una con ventajas y desventajas. En su mayoría, se encontraron estudios que usaron la encuesta como método de recolección de datos; éste método trae consigo diversas ventajas pues reduce los sesgos ocasionados por la presencia del entrevistador, además es un formato simple que facilita el análisis y reduce los costos de aplicación (González-Llaneza, 2007).

La entrevista, a diferencia del cuestionario que se contesta por escrito por el encuestado, tiene la particularidad de ser más concreta, puesto que las preguntas presentadas de forma contundente por el entrevistador no deja ambigüedades, es personal y no anónima, es directa por que no deja al entrevistado consultar las respuestas, no obstante existe una desventaja ya que este procedimiento resulta caro, pues hay que tener personal capacitado para la realización eficiente de las entrevistas (Torres & Paz, 2006). Algo similar sucede con la realización de los grupos focales, no obstante, ésta técnica mantiene una gran ventaja y es que los participantes son orientados hacia situaciones reales en un espacio de respeto, empatía e interacción grupal

que facilita la apertura, la espontaneidad de expresiones aún en temas de difícil abordaje (Hamui-Sutton & Varela-Ruiz, 2013).

Por otra parte, los instrumentos psicométricos quedan englobados dentro del proceso de evaluación psicológica; en los cuales se realizan pruebas psicométricas como instrumentos de medida, que tienen el objetivo de alcanzar una información amplia del sujeto, que le permita al investigador, crear hipótesis de trabajo, que orienten su proceder evaluativo y diagnóstico (González-Llaneza, 2007).

Para el área de la psicología, el contar con una diversidad de instrumentos de medición válidos y confiables impacta en la evaluación objetiva de la persona, grupo social, organización o comunidad, y esto a su vez posibilita el diseño y aplicación de programas de intervención psicológica eficaces y eficientes (Sotelo-Castillo & Bojórquez-Díaz, 2013). Es por ello que los instrumentos de evaluación psicológica necesitan demostrar su utilidad y validez científica.

La precisión en la redacción de los reactivos permitirá que se obtengan las características psicométricas de validez y confiabilidad indispensables de cualquier instrumento de medición psicológica (Flores-Herrera & Bustos-Aguayo, 2013). De acuerdo a Pick (2005) para la construcción de una escala se debe contener los siguientes puntos: 1) las escalas deben poseer los principios fundamentales de validez y confiabilidad o consistencia interna, 2) las afirmaciones contenidas en la escala deben presentar un orden lógico, del más favorable al menos favorable pasando por todos los puntos intermedios y, 3) las escalas se deben elaborar con afirmaciones y no preguntas.

En psicología, la psicometría es la disciplina encargada de garantizar que los instrumentos de medición elaborados cuenten con las garantías científicas para su uso, ya que estudia las propiedades métricas exigibles en las mediciones psicológicas, además establece las bases para que dichas mediciones se realicen de forma adecuada (Aragón-Borja, 2010).

CAPÍTULO 6. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

En el desenvolvimiento de la psicología como ciencia, ha sido necesario realizar estudios a fin de poder determinar si difieren los seres humanos entre si y en qué grado se presentan estas diferencias (Morales, 1975) y medirlas en términos cuantificables. A causa de ello, es de fundamental importancia que los instrumentos de medición, midan lo que dicen medir, de manera contraria se estaría operacionalizando incorrectamente el atributo, al no corresponder lo que realmente se observa, con lo que se cree medir. Los métodos de medición están sujetos a errores, por lo que los procedimientos de validez y confiabilidad son necesarios para operacionalizar correctamente los atributos medidos y con ello tener indicadores válidos de las variables que se intentan conocer (Argibay, 2006). A continuación se mencionan los distintos niveles de validez psicométrica, que evalúan la congruencia en los instrumentos.

6.1 Validez de contenido

De acuerdo a Nunnally & Bernstein (1995) la validez de contenido es la representatividad o la adecuación del muestreo del contenido de un instrumento de medición. Esta guiada por la pregunta ¿la sustancia o contenido de la propiedad que se mide, es representativa del universo de contenido de la propiedad que se mide?

La validez de contenido debe asegurarse en términos de un plan y procedimiento bien formulado, antes que se desarrolle la prueba real en lugar de evaluarla después de su construcción.

Los reactivos de una prueba deben de estudiarse y se debe ponderar la representatividad supuesta de cada reactivo en el universo. La validación de contenido es básicamente de juicio, por lo común, otros jueces “competentes” deben juzgar el contenido de los reactivos. Se cuantifica a través del empleo de índices de concordancia de las evaluaciones de los jueces. Uno de dichos índices es la Kappa de Cohen

6.2 Validez de constructo

Kerlinger & Lee (2002) señalaron que en la medida en que una variable es abstracta y latente, más que concreta y observable se denomina constructo. De manera literal, esta variable es algo que los científicos “construyen” y que no existe como una dimensión observable de la conducta. Entonces, un constructo refleja una hipótesis, de que una variedad de conductas se

correlacionarán entre sí en estudios de diferencias individuales y/o serán afectadas de manera semejante por manipulaciones experimentales.

El objetivo del estudio de los constructos es emplear una o más medidas, cuyos resultados se generalicen a una clase más amplia de medidas que legítimamente empleen el mismo nombre. Hay tres aspectos importantes para la validación del constructo:

- 1) Especificar el dominio de observables relacionados con el constructo
- 2) Por medio de investigación empírica y análisis estadísticos, determinar el grado en que las variables observables tienden a medir lo mismo o varias cosas diferentes.
- 3) Realizar estudios subsecuentes y/o experimentos de diferencias individuales para determinar el grado en que las supuestas medidas del constructo son consistentes con “las mejores conjeturas” acerca del constructo.

6.3 Confiabilidad

La relativa libertad para cometer errores en psicometría es conocida como grado de confiabilidad de una prueba (Morales, 1975).

Kerlinger & Lee (2002) señalaron que la confiabilidad se relaciona con la precisión con la que un instrumento de medición mide aquello que se desea. Se define a través del error, a mayor error, menor confiabilidad; y a menor error, mayor confiabilidad. Una manera de calcular el coeficiente de confiabilidad es a través de la consistencia interna. Existen varios métodos para obtener la consistencia interna. Dentro de los más usados son: la confiabilidad por mitades, el coeficiente alfa y la formula 20 y 21 de Kurder-Richardson. De este rango de coeficientes de confiabilidad, el coeficiente alfa es el más general. Con este ahora es posible que un investigador encuentre la confiabilidad de un instrumento que utilicen escalas de Likert.

Nunnally & Bernstein (1995) afirman que un nivel satisfactorio de confiabilidad depende de cómo se utilice la medida. En algunos casos un valor de confiabilidad de .50 o .60 es aceptable; mientras que en otros un valor de .90 es apenas aceptable. Un valor bajo de confiabilidad puede ser aceptable si el instrumento de medición posee una validez alta.

Es necesario hacer notar que una prueba no es “buena” solamente por estar exenta de estos tipos de error. Puede ocurrir que una prueba sea poco confiable a pesar de estar bien estandarizada y, por lo contrario, puede estar mal estandarizada y ser altamente confiable, y

ser poco útil por falta de validez. La falta de confiabilidad reflejará falta de objetividad, fundamentalmente cuando ésta se refiere a la calificación. La validez requiere un mínimo de objetividad, confiabilidad y estandarización. Una prueba falta de validez es absolutamente inútil, a pesar de que sea objetiva, confiable y este bien estandarizada (Morales, 1975).

CAPÍTULO 7. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente se recomienda la práctica de la lactancia materna de manera exclusiva por lo menos durante los primeros seis meses de vida y hasta los 2 años con alimentación complementaria (OMS, 1991). A pesar de los beneficios que conlleva amamantar, en México se registraron bajas cifras de la LME, desde el nacimiento hasta los 6 meses postparto. Durante el sexenio 2006-2012, disminuyó 8% al pasar de 22.3% a 14.3% en zonas urbanas, y 18.4% al pasar de 36.9% a 18.5% en zonas rurales (González de Cossío et al., 2013). En relación a la duración de la LM, datos de la ENSANUT (2012) y la ENADID (2015) mostraron que la duración promedio en el 2012 fue de 10 meses, y de 9 meses en el 2014.

Son diversos los factores por los cuales las madres abandonan el amamantamiento y eligen cada vez con más frecuencia el uso de fórmula a temprana edad del bebé. Durante el 2012 incrementó en 5 puntos porcentuales el uso de fórmula en niños menores de seis meses, y 4.4 el uso de agua (ENSANUT, 2012). Estas prácticas atentan contra la salud del hijo, ya que ponen en riesgo su supervivencia. Durante el trienio 2011-2013, la tasa de mortalidad infantil fue de 14.3 decesos de menores de un año por cada mil nacidos (INEGI, 2015)

A pesar de las distintas leyes internacionales y nacionales que promueven la LM, y restringen el uso de fórmula láctea desde la estancia en el hospital, no han marcado diferencias sobre la práctica posterior al alta médica, reflejo de ello son las cifras anteriores en donde el índice de iniciación o duración no son acordes a lo recomendado por instituciones de salud.

Por ésta razón, actualmente la LM se ha convertido en objeto de estudio de distintas disciplinas científicas. Durante la revisión bibliográfica, se pudo constatar de la diversidad de estudios que han explorado las creencias de las mujeres sobre la lactancia materna, bajo el uso de distintas técnicas de recolección de información. A pesar de que son estudios ajenos a México, que reflejen la influencia de las creencias hacia ésta práctica. Son estudios que han explorado las creencias en las distintas dimensiones (Informativas, descriptivas, inferenciales) que proponen Fishbein y Ajzen (1975) en la Teoría de la Acción Razonada. Es importante señalar, que en su mayoría de los estudios no mostraron pruebas de validez estadística que respaldaran la validez del constructo medido. Solo el instrumento diseñado por Bates,

Fitzgerald y Wolinsky (1994) en Indianapolis, EE. UU., reportaron tener adecuados valores de confiabilidad y validez estadística.

Es por ello que se cree que con el diseño de un instrumento, con propiedades de validez y confiabilidad estadística, permitirá aportar información valiosa de las creencias sobre lactancia en mujeres embarazadas de la CDMX. Además, será un instrumento novedoso y confiable; ya que se sustentará en la Teoría de la Acción Razonada.

7.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es la validez y la confiabilidad de una Escala de Creencias sobre lactancia materna en mujeres embarazadas, usuarias de un centro de salud de primer nivel de la Ciudad de México?

7.2 Objetivos

7.2.1 Objetivo general

Desarrollar y determinar la validez y confiabilidad de una Escala de Creencias sobre Lactancia Materna en mujeres embarazadas, usuarias de un centro de salud de primer nivel en la Ciudad de México.

7.2.2 Objetivos específicos

- Examinar la validez de contenido por medio de la saturación teórica de una escala de creencias sobre lactancia materna en mujeres embarazadas.
- Examinar la validez de constructo de una escala de creencias sobre lactancia materna en mujeres embarazadas.
- Examinar la confiabilidad de una escala de creencias sobre lactancia materna en mujeres embarazadas.
- Explorar la validez de criterio de la escala de creencias sobre lactancia materna en mujeres embarazadas

CAPÍTULO 8. MÉTODO

8.1 Tipo de estudio

Instrumental, consiste en el desarrollo de pruebas e instrumentos, incluye tanto el diseño (o adaptación) como el estudio de las propiedades psicométricas de los mismos, en una sola muestra (Montero & León, 2007).

8.2 Definición de Variables

Creencias sobre la lactancia materna

Definición conceptual

Conjunto de ideas que posee la madre acerca de hechos que no están demostrados o comprobados sobre la lactancia materna (Maestre et al., 2003).

Definición operacional

Puntaje obtenido en la Escala de Creencias sobre lactancia materna para mujeres embarazadas.

8.2.1 Covariables

Paridad

Definición Conceptual: Número de embarazos a término, más allá de las 38 semanas, no importando si son gemelos o trillizos, se dividen el primíparas (Ha dado a luz a un solo feto o fetos viables), Multípara (Ha completado dos o más embarazos viables) y Nulípara (Mujer que no ha dado a luz a ningún hijo) (Holoway & Moredich, 2012).

Definición Operacional: Número de embarazos completados reportados por las participantes

Nivel Socioeconómico Subjetivo

Definición Conceptual: Percepción del individuo de su propia posición en la jerarquía social (Jackman & Jackman, 1973).

Definición Operacional: Nivel reportado por las participantes, en el dibujo de una escalera con 10 peldaños. Donde la parte más alta (escalón 10) representaba las personas más ricas, con los mejores empleos, mejores sueldos y un gran número de recursos sociales y materiales. Y en la parte más baja (escalón 1), las personas más pobres, sin trabajo, sin dinero, sin escolaridad y con muchas limitaciones sociales y económicas.

Edad de la Madre

Indicador: Número de años transcurridos entre la fecha de nacimiento de las personas, hasta el momento de la entrevista (INEGI, 2012).

Definición Operacional: Años cumplidos.

Escolaridad de la Madre

Indicador: Grado máximo de estudios

Definición Operacional: Estudios concluidos de primaria, secundaria, preparatoria o licenciatura.

8.3 Diseño

Transversal

El estudio consistió de dos fases:

1.- Componente cualitativo: exploración a través de un grupo focal de los conocimientos, actitudes y prácticas (duración, tasa de iniciación y patrones de lactancia, conocimiento percibido de beneficios y desventajas, y emociones que giran en torno a la lactancia) en un grupo de mujeres embarazadas, integrantes de un grupo de ayuda mutua de un centro de salud del gobierno de la Ciudad de México. Por medio de la información recabada, se diseñó en esta fase el instrumento utilizado en el presente estudio.

2.- Componente cuantitativo: evaluación de la validez y confiabilidad del instrumento en una muestra de 120 mujeres embarazadas usuarias de un centro de salud de primer nivel de atención

8.4 Participantes

Primera fase: Participaron 16 mujeres embarazadas de entre 16 a 28 años (\bar{x} =20.93 años d.e.= 4.61) seleccionadas de manera intencional que participaron en el grupo focal.

Segunda fase: una vez elaborada la versión final del instrumento obtenido a partir de los datos recabados con el grupo focal, se aplicó a una muestra no probabilística de 120 mujeres embarazadas de entre 14 a 39 años de edad (\bar{x} =23.15 años d.e. = 5.7),

Los criterios de inclusión y exclusión para ambas fases del estudio fueron:

8.5 Criterios de inclusión

Mujeres embarazadas, que asistieran a cuidados prenatales a un centro de salud de primer nivel de atención de la Ciudad de México, que supieran leer, escribir y que aceptaran participar en el estudio de manera voluntaria.

8.6 Criterios de exclusión

Se excluyeron mujeres embarazadas portadoras de VIH, con alguna condición clínica en la que estuviera contraindicada la lactancia, que consumieran medicamentos prescritos que contraindicaran la lactancia.

8.7 Procedimiento para el desarrollo de la Escala de Creencias sobre Lactancia Materna en mujeres embarazadas.

La construcción del instrumento comprendió 2 fases, una cualitativa y otra cuantitativa.

En la primera fase, se realizó una búsqueda bibliográfica acerca del constructo de creencias que forma parte de la Teoría de la Conducta Planeada de Fishbein y Ajzen (1981), para el diseño de un cuestionario semiestructurado (Anexo 1). El cual se aplicó a un grupo focal con mujeres pertenecientes a un Grupo de Ayuda Mutua (GAM) en el Centro de Salud donde se realizó el estudio, El grupo focal fue videograbado, con previo consentimiento informado. Se realizó un análisis de contenido de las grabaciones y se identificaron las creencias asociadas a la LM, las cuales fueron categorizadas como: descriptivas, inferenciales e informativas. Para asegurar la validez de contenido se incluyeron todas aquellas creencias mencionadas por las mujeres siguiendo el criterio de saturación de la información.

Con la obtención de la primera versión del instrumento se realizaron dos pruebas piloto en un Hospital Materno Infantil, para verificar la comprensión de las instrucciones, preguntas y opciones de respuesta del cuestionario, de acuerdo a los comentarios de las participantes se hicieron ajustes de redacción y formato a las distintas dimensiones que conformaron el instrumento. El instrumento final estuvo compuesto en dos partes, el primero relacionado con los datos sociodemográficos y al embarazo; y la segunda con la escala de creencias sobre la lactancia en mujeres embarazadas, con 36 ítems tipo Likert con cuatro opciones de respuesta:

a) Totalmente en desacuerdo, b) En desacuerdo, c) De acuerdo y d) Totalmente de acuerdo (Anexo 2).

En la segunda fase, se contactó a los directivos del Centro de Salud para programar el inicio de la aplicación del instrumento diseñado, se realizó la aplicación del instrumento en el Centro de Salud a 120 mujeres embarazadas, durante el turno matutino en las diferentes salas de espera y consultorios.

La aplicación se realizó de manera individual, en una sola sesión con una duración aproximada de 20 minutos, se explicó el objetivo de este estudio y se brindó ayuda en todas las dudas que surgieron durante la aplicación. A todas las participantes de forma verbal, se les aseguró la confidencialidad y el anonimato de la información brindada.

8.8 Análisis estadísticos

En la primera fase, se utilizó la herramienta de análisis cualitativo Atlas.Ti versión 1.0.43 para llevar a cabo el análisis de contenido, de los datos obtenidos en el grupo focal de las mujeres integrantes del GAM.

Durante la fase dos del estudio, por medio del paquete estadístico Stata V. 13 para Mac OS se realizaron los siguientes análisis:

Se realizaron estadísticos descriptivos para conocer las características generales de las participantes (variables sociodemográficos, prenatales y antecedentes en lactancia materna) y de los reactivos que conforman el instrumento.

Para el análisis de los ítems, se realizó un análisis de discriminación por medio de pruebas de comparación de dos muestras independientes y correlación ítem-prueba total. En el primer caso, con base en la suma total de las respuestas a los reactivos, tomando a la mediana como criterio la muestra se dividió en dos grupos: puntajes altos y puntajes bajos. Cada reactivo se comparó entre estos dos grupos. Se conservaron aquellos reactivos con diferencias significativas ($p < .05$) entre ambos grupos. En el segundo caso, se conservaron aquellos reactivos que tuvieran una correlación superior a 0.2 e inferior a 0.8, además de ser significativos.

La validez de constructo se indagó mediante un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación varimax. La confiabilidad de la escala se determinó mediante el

coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach para cada factor identificado, además se correlacionaron los factores que conformaron el instrumento por medio de la correlación de Pearson.

Por último, para la exploración de la validez de criterio se realizaron correlaciones y pruebas t de student entre las variables demográficas y relacionadas con el embarazo, y los factores obtenidos de la escala.

CAPÍTULO 9. RESULTADOS

9.1 Primera fase

El grupo focal estuvo conformado por un total de 16 participantes, de entre 16 y 28 años (\bar{x} = d.e = 4.61) usuarias del Centro de Salud de primer nivel de Atención. El 50% de la muestra reportó estar en el nivel 5, de un rango de 1 a 10 de la escala del nivel socioeconómico subjetivo.

El 25% de las participantes indicaron estar casada o en unión libre. El 56.25% de las participantes mencionó haber cursado la secundaria completa o incompleta. El 31.25% fueron menores de edad y el 80% se dedicaban al hogar.

Los resultados del análisis de contenido se muestran en la Tabla 2, los cuales permitieron la redacción de la Escala de Creencias sobre la Lactancia en mujeres embarazadas.

Tabla 2

Resultados del análisis de contenido del Grupo Focal

Descriptivas	Creencias Inferenciales	Informativas
“Es un momento en que puedes tener al bebé entre tus brazos”	“Un vínculo muy bonito con tu hijo” (6)	“Uno no gasta tanto”
“Lo acaricias y le hablas, y lo estás estimulando al mismo tiempo que los estás alimentando”	“Satisfacción también para la mamá”	“Reduce el riesgo de cáncer”
“Está bien grandote”	“Que sienta seguridad y protección” (3)	“Te ayuda a adelgazar, a bajar más rápido de peso” (2)
“Por todas las ventajas que tiene”	“Puede ser doloroso” (4)	“Ellos son los que mismo te curan” (3)
“Me produce ardor”	“Lloran por lo mismo de que ya están inflados” (2)	“Lo hace menos enfermizo” (5)
“Me produce bolitas”	“Puede ser que no tenga nutrientes” (2)	“Les sirve de sedante (estábamos viendo un video donde le sacan sangre a un bebé y su mamá le estaba dando de comer y así, ni panchos hizo)”
“Se me inflaman las venas”	“Me pidió fórmula, pero no se llenaba”	“Crece sanamente” (2)
“Me produce flacidez en los senos”		“Es un beneficio para él bebe”
“Hay más sensibilidad en mi senos”		“Es lo mejor que se le puede dar” (2)
“Me crecen más las bubis (2)”		“Desarrolla su salud”
“Es doloroso” (7)		“Lo ayudas a crecer, no solo física sino psicológicamente”
“Es incómodo”		“Beneficios para el niño cuando esté más grande” (2)
“No tienen dientes, y así con las encías te lastiman” (2)		“Lo estás ayudando para su desarrollo y personalidad”
“Las grietas entre los pezones irritados”		
“Le daba pecho y no se llenaba”		

“Amamantar no es como que tan grato”

“A cada rato te la tienes que estar sacando”

“Las mordidas”

“Que se te escurra la leche“(5)

“Que huela feo”

9.2 Segunda Fase

9.2.1 Descripción de la muestra

9.2.1.1 Variables sociodemográficas

Participaron 120 mujeres embarazadas, de entre 14 y 39 años (\bar{x} =23.15 años d.e. = 5.71), usuarias de un Centro de Salud de primer nivel de Atención. La media del nivel socioeconómico subjetivo fue de 4.88 (d.e. = 1.43) de un rango de 1 a 10.

El 77.31% mencionaron estar casadas o en unión libre. Más de la mitad (66.4%) mencionó ser ama de casa. El 54.6% de las participantes reportó tener concluida la secundaria y la primaria, y solo el 9.2% el nivel de licenciatura (Tabla 3).

Tabla 3

Datos sociodemográficos de la muestra (N= 120)

	Variable	n (%)
Edad (años)		
	14 – 20	46 (38.3)
	21 – 27	50 (41.6)
	28 – 34	19 (15.8)
	35 – 39	5 (4.1)
Estado civil		
	Casada o unión libre	92 (77.3)
	Soltera	25 (23)
	Otro	2 (1.7)
Ocupación		
	Profesional o técnica especializada, jefa y/o directiva de empresa o institución	3 (2.5)
	Comerciante, trabajadora administrativa, pequeña empresario	10 (8.4)
	Trabajadora manual no calificado, obrera, trabajadora por cuenta propia	8 (6.7)
	Ama de casa	79 (66.4)
	Estudiante	11 (9.2)
	Desempleada, jubilada o pensionada	8 (6.7)
Escolaridad		
	Primaria o menos	19 (16)
	Secundaria completa	46 (38.7)
	Bachillerato o equivalente	43 (36.1)
	Licenciatura completa	11 (9.2)

9.2.1.2 Variables relacionadas con el embarazo

Las participantes reportaron tener en promedio 25.15 (d.e.=8.1) semanas de gestación al momento de la entrevista. Solamente 22 (18.5%) participantes asistían al GAM. Con respecto al promedio de consultas prenatales recibidas, en el centro de salud fueron 4.1 consultas (d.e.=2.4) con un rango de 1 a 11 consultas, mientras que en la consulta privada asistieron en promedio a 3.36 consultas (d.e.=2.2). En relación al uso de algún método de planificación familiar previo al embarazo, el 58.3% (n= 70) no usaba ningún método anticonceptivo.

Respecto a la paridad, el 47.4% de las participantes eran multíparas. En este grupo, el promedio de embarazos fue de 2.5 (d.e.=1.1). El 41.4% fue parto por cesárea.

9.2.2 Propiedades psicométricas del instrumento

9.2.2.1 Análisis de reactivos

El análisis se realizó a través de dos pruebas: análisis de discriminación por medio de pruebas de comparación de dos muestras independientes y correlación ítem-prueba total. En el primer caso, con base en la suma total de las respuestas de los reactivos, tomando a la mediana como criterio la muestra se dividió en dos grupos: puntajes altos y puntajes bajos. Cada reactivo se comparó entre estos dos grupos. Se conservaron aquellos reactivos con diferencias significativas ($p < .05$) entre ambos grupos. En el segundo caso, se conservaron aquellos reactivos que tuvieran una correlación superior a 0.2 e inferior a 0.8, además de ser significativos.

De los 36 ítems que conformaron la escala inicial, en la Tabla 4, se muestran los siete reactivos con posibilidad de eliminación.

Tabla 4

Reactivos con posibilidad de eliminación

Reactivos	t de Student	Correlación
<i>Alimentar a mi hijo (a) con leche materna...</i>		
24... es desagradable porque la leche huele mal	-1.10	.14
26... provoca inflamación en el bebé	-0.97	.13
12... me hace sentir incómoda	-1.40	.22*
17... lo deja con hambre	-1.31	.21*
18... hace que se escurra la leche	-1.93	.27**
20 ... es pensar en dolor	-1.59	.20*
29 ... le da forma a mis pezones	-1.66	.25**

* $p < .05$; ** $p < .01$

Con base en los criterios de análisis previamente descritos, los reactivos 24 y 26 fueron eliminados, ya que no discriminaron en la prueba t de student, y tuvieron una correlación no significativa e inferior a 0.2. Los reactivos 12, 17, 18, 20, 29, fueron eliminados debido a no haber discriminado en la prueba t de student.

9.2.2.2 Análisis Factorial Exploratorio

En función de los resultados obtenidos anteriormente, quedaron 29 reactivos de la Escala de Creencias en Lactancia Materna, con los que se realizó el análisis factorial exploratorio, tras estimar que los datos fueran adecuados. La estimación se realizó con la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett, dónde se obtuvieron valores adecuados (KMO =0.83; $\chi^2= 1621.400$; $p= .000$).

En la Tabla 5, se observan los resultados del análisis factorial. Se seleccionaron los reactivos con cargas factoriales mayores o iguales a .40 y valores Eigen mayores a 1, además de que cada factor contará con al menos 3 ítems (Lloret-Segura et al., 2014). Con estos criterios se clasificaron 23 reactivos en tres factores y dos indicadores, que explicaron el 84.08% de la varianza total.

Tabla 5

Matriz de componentes principales con rotación varimax

Reactivos	Componentes			
	F1	F2	F3	Indicadores
3... le ayuda a su crecimiento	.438			
14... es formar un vínculo muy bonito con el bebé	.602			
21... es nutritivo	.503			
25... es una manera de darle protección	.430			
30... es ayudarlo a crecer	.654			
31... es ayudarlo a su desarrollo mental	.738			
32... es el mejor alimento que le puedo dar	.845			
33... favorece a que se enferme menos	.804			
5... causa dolor físico		.571		
6... me provoca ardor/irritación en los pechos		.686		
7... produce bolitas en los pechos		.570		
8... causa inflamación de las venas		.475		
10... me hace los pechos sensibles		.405		
13... me produce dolor en los senos		.505		
15... es doloroso porque las encías de mi bebé me lastiman		.732		
16... me produce grietas en los pezones		.663		
34... lo relaja			.500	
35... le ayuda a desarrollarse psicológicamente			.678	
36... le ayuda a desarrollar su personalidad			.525	
1... es un tiempo para tener al bebé en mis brazos				.799
2... me permite acariciarlo mientras lo alimento				.760

Nota: F1. Beneficios físicos para el recién nacido; F2. Daño físico en la madre; F3. Beneficios psicológicos y emocionales al bebé

Factor 1 Beneficios físicos para el recién nacido (8 reactivos): Se refiere al conjunto de beneficios de la lactancia materna para el recién nacido.

Factor 2 Daño físico en la madre (8 reactivos): Se relaciona con la creencia de que la lactancia materna tiene resultados contraproducentes en los senos.

Factor 3 Beneficios psicológicos y emocionales al bebé (3 reactivos): Se refiere a las creencias sobre el efecto de la lactancia sobre el adecuado desarrollo psicológico del bebé durante su infancia.

9.2.2.3 Análisis de consistencia interna

La confiabilidad de los factores del instrumento se obtuvieron mediante el alfa (α) de Cronbach. En la Tabla 6 se muestran los coeficientes de cada factor. Se observa que la mayoría de los resultados fueron valores moderadamente altos.

Tabla 6

Distribución de la consistencia interna de los factores

Factor	Numero de ítems	Alfa α
F1. Beneficios físicos para el recién nacido	8 reactivos	$\alpha=.88$
F2. Daño físico en la madre	8 reactivos	$\alpha=.84$
F3. Beneficios psicológicos y emocionales al bebé	3 reactivos	$\alpha=.81$

Por otra parte, en la Tabla 7 se presenta una matriz de correlaciones entre las dimensiones del instrumento, para conocer el grado de correlación entre factores. De las tres posibles correlaciones, sólo se observó una correlación moderada entre los factores “Beneficios psicológicos y emocionales al bebé” y “Beneficios físicos para el recién nacido”.

Tabla 7

Matriz de correlaciones (rho de Pearson) entre las dimensiones de la escala.

Factores	<i>Daño físico en la madre</i>	<i>Beneficios psicológicos y emocionales al bebé</i>
<i>Beneficios físicos para el recién nacido</i>	.02	.65**
<i>Daño físico en la madre</i>		-.08

* $p<05$; ** $p<01$

Por último, para la exploración de la validez de criterio, se realizaron pruebas t de student y correlaciones de Pearson de las variables sociodemográficas y relacionadas con el embarazo, con los factores obtenidos del instrumento diseñado. En el primer caso, la única variable que mostro diferencias significativas entre los factores, fue el tipo de paridad y el factor “Beneficios físicos para el recién nacido” (Tabla 8).

Tabla 8

Diferencia de los factores según paridad de la madre

Factor	Paridad				t de Student
	Primípara		Multípara		
	\bar{x}	D.E	\bar{X}	D.E	
Beneficios físicos para el recién nacido	20.5	.43	21.8	.37	2.21*
Daño físico en la madre	11.7	.47	11.1	.71	-0.72
Beneficios psicológicos y emocionales al bebé	6.6	.20	7.1	.22	1.69

*p<05; **p<01

En el segundo caso, la Tabla 9 muestra que sólo la edad tuvo asociaciones bajas pero significativas con los factores “Beneficios físicos para el recién nacido” y “Beneficios psicológicos y emocionales al bebé”.

Tabla 9

Coefficientes de correlación entre las dimensiones de la escala y edad

Factor	Variable
	Edad
Beneficios físicos para el recién nacido	.23**
Daño físico en la madre	-.08
Beneficios psicológicos y emocionales al bebé	.32**

*p<05; **p<01

CAPÍTULO 10. DISCUSIÓN Y CONCLUSION

A pesar de que la lactancia es un hecho natural, las decisiones acerca de la forma de alimentación de el/la hijo/a están influenciadas en gran medida por las creencias, las cuales están ligadas estrechamente a las costumbres y tipo de cultura que posea el grupo familiar y la comunidad (Maestre et al., 2003). Cada uno de ellas permea los comportamientos de la púérpera en torno a los cuidados de sí misma y hacia su bebé, pues las prácticas y creencias emergen de esta dimensión (Prieto & Ruiz, 2013).

El objetivo principal de la presente investigación fue desarrollar y determinar la validez y confiabilidad de la Escala de Creencias sobre lactancia materna en mujeres embarazadas, usuarias de un centro de salud de primer nivel en la Ciudad de México. El diseño del instrumento se basó en el modelo de la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein & Ajzen, 1981) en cuanto a la dimensión general del instrumento, y a la creación de reactivos encaminados a explorar las categorías específicas.

El instrumento aquí expuesto fue validado en una muestra de mujeres embarazadas de 14 a 39 años, que asistieron a un centro de salud ubicado al oriente de la CDMX. Los resultados de dicha investigación, dieron origen a una escala conformada por 23 ítems, distribuidos en tres factores y dos indicadores (Anexo 3), que permiten dar respuesta al objetivo, ya que lograron aportar evidencia de consistencia interna y validez del instrumento, lo cual accedió a corroborar las creencias de mujeres embarazadas en la lactancia materna.

De acuerdo a los objetivos específicos planteados, la validez de contenido del instrumento se examinó por medio del criterio de saturación de la información. La información obtenida del análisis de contenido, del grupo focal realizado, permitió recabar los determinantes de las creencias. A través de la codificación teórica como proceso de análisis de los datos, se sustentó la organización de los datos en las 3 dimensiones que forman las creencias (Descriptivas, Informativas e Inferenciales) propuestas por Fishbein y Ajzen (1975), esto contribuyó al desarrollo del instrumento utilizado. Martínez-Salgado (2012) y Ardila-Suárez & Rueda Arenas (2013) consideran que la saturación teórica consiste cuando el investigador ha recabado ya cierta cantidad de datos, y la adición de más información en vez de aportar al desarrollo de la teoría solo incrementa el volumen de la misma; ante este hecho, el

investigador podrá considerar detener la inclusión de más datos. Cantero (2014) señaló que este proceso es profundamente inductivo, ya que prescinde de una teoría para aplicar conceptos, leyes o dimensiones al texto que se está codificando.

En relación a la validez de constructo de la escala, se exploró por medio del análisis factorial exploratorio con rotación varimax. Este análisis permitió identificar el número adecuado de factores, teóricamente defendibles. Estos factores fueron: 1) Beneficios físicos al recién nacido, 2) Daño físico en la madre y, 3) Beneficios psicológicos y emocionales al bebé. La relación entre factores sólo se expresó entre los factores “Beneficios psicológicos y emocionales al bebé” y “Beneficios físicos para el recién nacido”, lo cual es congruente con el apartado 3.3.2 del presente trabajo, que relaciona estas dos dimensiones en una sola dirección, los beneficios que la lactancia provee al hijo(a) mediante el amamantamiento. Se plantea que la nula asociación con el factor “Daño físico en la madre” fue a causa de que las mujeres percibieron la lactancia como una práctica que tiene mayor relación con el niño y no con los daños que ésta les puede generar a ellas, sin embargo, esta afirmación está sujeta a estudios posteriores.

La asociación de estos dos factores que exploraron los beneficios que provee la lactancia al niño (a), se reflejó en la varianza total explicada que fue del 50.58%. Parsa, Masoumi, Parsa y Parsa (2015) mencionaron que una mujer que cree que la lactancia tiene beneficios para su recién nacido y para ella, y percibe menos barreras para llevar a cabo la conducta, tendrá más probabilidad de iniciar el amamantamiento. De acuerdo a la literatura revisada, el modelo de Creencias en Salud (Becker & Rosenstock, 1984) plantea cuatro dimensiones de las creencias que contribuyen significativamente al comportamiento en búsqueda de la salud. Éstas dimensiones son: 1) la susceptibilidad percibida a la enfermedad o a la incapacidad, 2) la gravedad percibida de la enfermedad o la incapacidad, 3) los beneficios percibidos de los comportamientos promotores de la salud, y 4) las barreras percibidas para realizar los comportamientos promotores de salud.

Por otra parte, la confiabilidad de los factores resultaron con alfas de Cronbach superiores a .80. Nunnally & Bernstein (1995) afirmaron que los valores superiores a 0.7 se consideran aceptables para escalas psicométricas, la presente escala estuvo por arriba de este criterio. Es

importante subrayar, que entre mayor sea la confiabilidad, mayor será la precisión con la que el instrumento estime la puntuación verdadera del individuo para un nivel de confianza dado.

Es importante subrayar que solo se encontró un instrumento con validez y confiabilidad estadística que exploró las creencias de las madres sobre la lactancia materna (Bates et al., 1994). A pesar de ello, hubo gran cantidad de investigaciones bajo distintas metodologías que exploraran este constructo. En su mayoría, se encontraron investigaciones que han diseñado encuestas (p. ej. Cadena-Meneses & Enríquez-Enríquez, 2013; Gamboa, López, Prada, & Gallo, 2008; Quispe-Ilanzo et al., 2015; Sibeko et al., 2005), así mismo han realizado entrevistas individuales (Ergenekon-Ozelci et al., 2006; Hernández & Vásquez, 2010; Osman et al., 2009) o grupos focales (Gill et al., 2004; Lindsay et al., 2016) todo ello con el objetivo de evaluar las creencias sobre la lactancia materna. A pesar de que son estudios ajenos a México, son investigaciones que abordan los componentes principales de las creencias (descriptivas, inferenciales e informativas), además de que los métodos utilizados fueron adecuados para la exploración de este constructo, ya que se obtuvo gran información sobre las creencias en las madres sobre la lactancia materna. Sin embargo, es necesario la construcción de instrumentos con validez y confiabilidad estadística, que permitan tener una base sólida para este constructo. Tal como menciona Sotelo-Castillo y Bojórquez-Díaz (2013) el contar con una diversidad de instrumentos de medición válidos y confiables impactará en la evaluación objetiva de la persona, grupo social, organización o comunidad, y esto a su vez posibilita el diseño y aplicación de programas de intervención psicológica eficaces y eficientes, esto representa un factor primordial para la promoción de la salud.

Gamboa, López, Prada, & Gallo (2008) subrayan que el identificar los conocimientos y creencias que posee la población es esencial para el desarrollo de estrategias que contribuyan a una adecuada salud y nutrición infantil. Ya que, en vista de la información que la madre reciba sobre los beneficios y técnicas, propiciará al desarrollo de la confianza y seguridad de las mujeres para amamantar a sus hijos. El apoyo brindado por parte del personal de salud, deberá ser desde la atención prenatal, por medio del primer nivel de atención, a través de Grupos de Ayuda Mutua, los cuales son grupos o sesiones de educación prenatal, coordinados por el personal de salud, con el objetivo de reunir y compartir experiencias entre generaciones que

permitirán a las madres adquirir conocimientos adecuados y oportunos sobre la práctica de la lactancia materna (Alvarez-Zendejas, 2013).

De manera complementaria al estudio, se exploró la validez de criterio del instrumento por medio de asociaciones y pruebas t de student con las variables sociodemográficas y relacionadas al embarazo, y los factores obtenidos con la finalidad de averiguar la interacción entre ellas.

En el primer caso, se observó que las mujeres con mayor edad, percibieron más beneficios físicos, psicológicos y emocionales de la lactancia hacia el recién nacido. Estudios (Félix-Valenzuela, Martínez-Caldera, & Sotelo-Ham, 2011; González de Cossío et al., 2013; Jacobson et al., 2015) han señalado que la lactancia tiene más probabilidad de iniciarse, cuando la mujer tiene mayor edad, puesto que la mujer toma conciencia de la importancia de su rol de madre, lo cual incrementa la percepción de los beneficios que le brinda la lactancia al bebé.

En el segundo caso, se observó que el tipo de paridad mostró diferencias significativas con el factor “Beneficios físicos para el recién nacido”. Esto se traduce en que las mujeres multíparas percibieron más beneficios físicos de la lactancia en el recién nacido que las primíparas. Prieto y Ruiz, (2013) señalaron en su estudio que para la madre primeriza, al no tener experiencia previa, creían que la lactancia es una experiencia dolorosa, sin embargo, para este grupo de mujeres reportaron que desde la primera tetada se crea un proceso de aprendizaje hacia esta conducta.

La literatura ha reportado factores como el nivel socioeconómico (González de Cossío, et al., 2013; Hayes et al., 2014; Navarro-Estrella, Duque-López, & Trejo y Pérez, 2003; Trigo-Besore, 2014), el estado civil (Avalos-González, 2011; McQueen, Sieswerda, Montelpare, & Dennis, 2015; Raintung, 2015; Shahla, Fahy, & Kable, 2010) y el tipo de parto (Hayes et al., 2014; Ishak et al., 2014; Linares, Rayens, Gomez, Gokun, & Dignan, 2014; McQueen et al., 2015), como variables que influyen en la percepción de creencias favorables hacia el inicio y duración de la lactancia. Este estudio no mostró diferencias significativas en estas variables, razón de ello pudo ser la homogeneidad en la población con respecto al nivel socioeconómico (\bar{x} = 4.88 d.e. = 1.43), además de que se utilizó una escala que mide el nivel socioeconómico

subjetivo en las participantes. Cabe señalar, que las correlaciones mostradas anteriormente fueron muy bajas. Probable causa de ello fue el tamaño de muestra.

El estudio presenta algunas limitaciones que hay que tomar en cuenta al momento de considerar su alcance: un reducido tamaño de muestra; ya que sólo se contó con la participación de 120 mujeres de 180 requeridas para la validación de la escala. Además que no se contó con una aleatoriedad en la selección de las mujeres, pues ellas fueron parte de una población demandante del servicio de salud. Por lo anterior, los resultados no pueden ser generalizados a otras poblaciones, pues solo son válidos para la población del centro de salud en que se efectuó el presente estudio.

Es importante considerar para futuros estudios, el incremento de la muestra por dos razones. La primera con la finalidad de confirmar si los dos indicadores resultantes en el análisis factorial exploratorio, se asocian en un solo factor o simplemente solo son indicadores del instrumento. Segunda, si con éste incremento de la muestra, permita visualizar el comportamiento de las correlaciones de cada factor con las variables edad y escolaridad, ya que en este estudio las correlaciones fueron débiles pero significativas, además de constatar si existe alguna otra relación con algunas otras covariables reportadas en otros estudios semejantes.

Se concluye que el instrumento desarrollado en este estudio cumple los requisitos de la primera etapa en la construcción y validación de un instrumento de medición, ya que se obtuvo un cuestionario que posee validez y confiabilidad, el cual a pesar de sus limitaciones se considera listo para llevar a cabo una segunda medición en la población.

Se planea llevar a cabo una segunda etapa de validación del instrumento, es decir, un trabajo de seguimiento que permita encontrar su valor pronostico por medio de una validez de criterio con el uso de métodos convencionales como la medición del nivel de creencias en madres embarazadas para predecir el éxito o fracaso en la lactancia materna exclusiva. Y con ello realizar el diseño de una intervención bajo el marco conceptual del Modelo Transteórico del Comportamiento en Salud de Prochaska y DiClemente (1984), con el objetivo de incidir en el sostenimiento de la lactancia materna exclusiva.

REFERENCIAS

- Acosta-Torres, N., Vazquez, V., Dávila-Torres, R. R., & Parrila-Rodriguez, A. M. (1999). Creencias Hacia la Lactancia Materna y la Actitud Hacia Apoyar la Lactancia en Público de un Grupo de Estudiantes de Salud de una Escuela Superior de la Región Educativa de Caguas. *PRHSJ*, 18(3), 229-239.
- Aguayo, J. (2001). Maternal lactation for preterm newborn infants. *Early Hum Dev*, 65(Suppl), S19-29.
- Aguilar-Cordero, M. (2005). Componentes bioquímicos de la leche humana. Vitaminas, minerales y otros compuestos. En M. Aguilar-Cordero (Ed.), *Lactancia Materna* (1a ed., pp. 65-76). Madrid, España: Elsevier Science.
- Aguilar-Palafox, M. I., & Fernández-Ortega, M. A. (2007). Lactancia materna exclusiva. *Revista de La Facultad de Medicina*, 50(4), 174–179.
- Ajzen, I. (1991). The Theory Of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [http://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](http://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Alvarado-Casas, R. (2015). *Estrategia De Comunicación Para La Promoción De La Lactancia Materna Exclusiva Dirigido A Usuaris Primerizas Gestantes Y Postparto Del Hospital General Dr. José G. Parres*. (Tesis de maestría). Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos.
- Álvarez-Zendejas, P. M. (2013). *Propuesta de intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva en pacientes adolescentes embarazadas de Santo Tomas Ajusco*. (Tesis de maestría). Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos
- Aragón-Borja, L. E. (2010). Fundamentos Psicométricos en la Evaluación Psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7(4), 23–43.
- Ardila-Suárez, E. E., & Rueda Arenas, J. F. (2013). La saturación teórica en la teoría fundamentada: su delimitación en el análisis de trayectorias de vida de víctimas del desplazamiento forzado en Colombia. *Revista Colombiana de Sociología*, Vol.36(No.2), 93–104.
- Argibay, J. C. (2006). Técnicas psicométricas. Cuestiones de validez y confiabilidad. *Subjetividad Y Procesos Cognitivos*, 15–33. Revisado de <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/765>

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1989). Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. Resolución 44/25. Revisado de <http://www.humanium.org/es/convencion-adaptada/>

Asociación Española de Pediatría. (2008). *Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica*. (Comité de lactancia materna de la AEP, Ed.). Madrid, España: Ed. Panamericana.

Auchter, M., & Galeano, H. (2003). Lactancia materna ¿Conocen las madres la importancia de una alimentación tan especial? Recuperado a partir de <http://www1.unne.edu.ar/cyt/2003/comunicaciones/03-Medicas/M-074.pdf>

Avalos-González, M. M. (2011). Comportamiento De Algunos Factores Biosociales En La Lactancia Materna En Los Menores De Un Año. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(3), 323–331.

Ballester, A. C., & Asensio, A. B. (1997). La predicción de la conducta a través de los constructos que integran la teoría de acción planeada. *Revista Electronica de Motivación Y Emoción*, 4(7). Retrieved from <http://reme.uji.es/articulos/abreva7191302101/texto.html>

Barriuso, L., De Miguel, M., & Sánchez, M. (2007). Lactancia materna: Factor de salud. Recuerdo histórico. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(3), 383–391. <http://doi.org/10.4321/S1137-66272007000500007>

Bates, A., Fitzgerald, J., & Wolinsky, F. (1994). Reliability and validity of an instrument to measure maternal health beliefs. *Med Care*, 32, 832–46.

Becker, M.H & Rosenstock, L. M. (1984). Compliance with medical advice. Em A Steptoe & A. Mathews (eds), *Health care and Human Behavior*. London: Academic Press.

Bellido-Roque, L., & Bellido-Roque, J. (2016). Nivel de conocimientos , creencias y actitudes sobre lactancia materna exclusiva que poseen las madres puérperas en el C.S. Piedra Liza 2014. *Revista Científica Ágora*, 3(1), 300–306.

Binns, C., Lee, M., & Low, W. Y. (2016). The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 28(1), 7–14. <http://doi.org/10.1177/1010539515624964>

Butte, N., López-Alarcon, M., & Garza, C. (2002). *Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life*. Geneva: World Health Organization.

- Caballero-Ortiz, V., Caballero-Ortiz, I., Ruiz-Gonzalez, M., Caballero-Ortiz, A., & Muchuli-Caballero, Y. (2013). Factores contribuyentes al abandono de la lactancia materna exclusiva en un área de salud. *MEDISAN*, 17(3), 455-461.
- Cadena-Meneses, J. M., & Enríquez-Enríquez, S. V. (2013). *Factores relacionados al destete precoz y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la lactancia exclusiva en madres con niños menores a 6 meses de vida que acuden al centro de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán durante el periodo Marzo-Agosto del 2012*. (Tesis de maestría) Universidad Politécnica Estatal del Carchi en Convenio con Universidad Central del Ecuador.
- Calvo-Quirós, C. (2009). Factores Socioeconomicos, Culturales y Asociados al Sistema de Salud que influyen en el Amamantamiento. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, (15), 1-8.
- Cantero, D. (2014). Teoría fundamentada y Atlas . ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista Electronica de Investigación Educativa*, 16(1), 104–122.
- Cárdenas, MH., Montes, E, Varon, M., Arenas, N., Reina, R. (2010). Perfil biopsicosocial de la madre y su relación con el abandono de la lactancia materna exclusiva. *Enfermería Global*, (20), 1-10.
- Carrasco-Negüe, K. A., & Corvalán-Velásquez, K.-V. (2015). *Asociación Entre El Destete Y Los Conocimientos, Creencias Y Actitudes Respecto De La Lactancia Materna Exclusiva En Madres De Niños/As Con 6 Meses De Vida, Cesfam Panguipulli*. (Tesis de licenciatura). Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.
- CDC. (2014). Breastfeeding Report Card United States 2014, 1-8. Recuperado a partir de <http://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2014breastfeedingreportcard.pdf>
- Colodro-Conde, L., Limiñana-Gras, R. M., & Ordoñana, J. R. (2014). Estilos de Personalidad y Adaptación Psicológica en la toma de decisiones sobre Lactancia en mujeres primíparas. *RIDEP*, 2, 155–179.
- De Mendoza, V., Harville, E., Theall, K., Buekens, P., & Chasan-Taber, L. (2015). Acculturation and Intention to Breastfeed among a Population of Predominantly Puerto Rican Women. *Birth*, 43(1), 78–85. <http://doi.org/10.1111/birt.12199>
- Delgado-Ojeda, S. V. (2011). *Factores psicosociales que influyen en la intención de amamantar de mujeres embarazadas en el último trimestre de gestación pertenecientes al*

- Centro de Salud Familiar Externo de Valdivia, Julio-Agosto 2010.* (Tesis de licenciatura). Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.
- Dettwyler, K. A. (2004) When to Wean: Biological versus Cultural Perspectives. *Clinical Obstetrics & Gynecology*. 47(3), 712–723.
- Dewey, K. G., & Lonner, B. (1983). Milk and nutrient intake of breastfed infants from 1–6 months: relation to growth and fatness. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 2, 497-506.
- Diario Oficial de la Federación 22/06/12. Acuerdo por el que se establecen las directrices para fortalecer la política pública en lactancia materna. [Consultado 2012 octubre 22]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5273984&fecha=22/10/2012
- Donnan, P. T., Dalzell, J., Symon, A., Rauchhaus, P., Monteith-Hodge, E., Kellett, G., Whitford, H. M. (2013). Prediction Of Initiation And Cessation Of Breastfeeding From Late Pregnancy To 16 Weeks: The Feeding Your Baby (FYB) Cohort Study. *BMJ Open*, 3(8), 1–10. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003274>
- ENIM. (2015). Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015. Instituto de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos.
- ENSANUT. (2012). Evidencia para la política pública en salud. Deterioro de la lactancia materna: dejar las fórmulas y apegarse a lo básico. Salud Pública de México. Revisado de <http://ensanut.insp.mx>
- Ergenekon-Ozelci, P., Elmaci, N., Ertem, M., & Saka, G. (2006). Breastfeeding beliefs and practices among migrant mothers in slums of Diyarbakir, Turkey, 2001. *European Journal of Public Health*, 16(2), 143–148. <http://doi.org/10.1093/eurpub/cki170>
- Espinoza, C., Zamorano, C., Graham, S. & Orozco, A. (2014). Factores que determinan la duración de la lactancia materna durante los tres primeros meses de vida. *Anales Médicos*. 2 (59):120- 126.
- FAO/OMS. (1992). Declaración Mundial y Plan de Acción para la Nutrición. En Conferencia Internacional de Nutrición. Roma.
- Feldman-Winter, L. (2013). Evidence-Based Interventions to Support Breastfeeding. *Pediatric Clinics of North America*, 60(1), 169–187. <http://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.09.007>

- Félix-Valenzuela, J. A., Martínez-Caldera, E., & Sotelo-Ham, E. I. (2011). Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Pediatría de Mexico*, 13(2), 47-56.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1981). Attitudes and Voting Behaviour: An Application of the Theory of Reasoned Action. *Progress in Applied Social Psychology*.
- Fisher, J., Hammarberg, K., Wynter, K., McBain, J., & Gibson, F. (2013). Assisted Conception, Maternal Age And Breastfeeding: An Australian Cohort Study. *Acta Paediatrica*, (102), 970–6.
- Flores-Herrera, L. M., & Bustos-Aguayo, M. (2013). Investigaciones psicoambientales en preescolares. México: UNAM, FES Zaragoza.
- Gamboa, E. M., López, N., Prada, G. E., & Gallo, K. Y. (2008). Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. *Revista Chilena de Nutrición*, 35(1), 1–17. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182008000100006>
- García-López, R. (2011). Composición e inmunología de la leche humana. *Acta Pediatr Mex*, 3232(44), 223-230.
- Giles, M., Connor, S., McClenahan, C., Mallett, J., Stewart-Knox, B., & Wright, M. (2007). Measuring Young People's Attitudes To Breastfeeding Using The Theory Of Planned Behaviour. *Journal of Public Health*, 29(1), 17–26.
- Giles, M., Connor, S., McClenahan, C., Mallett, J., Stewart-Knox, B., & Wright, M. (2014). Evaluation of a theory of planned behaviour-based breastfeeding intervention in Northern Irish Schools using a randomized cluster design. *Journal of Public Health*, 19(1), 16–35. <http://doi.org/10.1111/bjhp.12024>
- Gill, S. L., Reifsnider, E., Mann, A. R., Villarreal, P., & Tinkle, M. B. (2004). Assessing Infant Breastfeeding Beliefs Among Low-Income Mexican Americans. *Journal of Perinatal Education*, 13(3), 39–50. <http://doi.org/10.1624/105812404X1761>
- Glaser, D. B., & Basch, C. H. (2013). Communicating The Benefits Of Breastfeeding Through Social Marketing. *J Mass Communicat Journalism*, 2(7), 2–4. <http://doi.org/10.4172/2165-7912.1000>

- González de Cossío, T., Escobar-Zaragoza, L., González-Castell, D., Reyes-Vázquez, H., & Rivera-Dommarco, J. A. (2013). Breastfeeding in Mexico was stable, on average, but deteriorated among the poor, whereas complementary feeding improved: results from the 1999 to 2006 National Health and Nutrition Surveys. *The Journal of Nutrition*, 143(5), 664–71. <http://doi.org/10.3945/jn.112.163097>
- González de Cossío, T., Escobar-Zaragoza, L., González-Castell, L., & Rivera-Dommarco, J. (2013). Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. *Salud Pública Mex*, 55(Suppl (2)), S170–S179.
- González-Llaneza, F. M. (2007). *Instrumentos de evaluación psicológica*. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas.
- Gorrita-Pérez, R. R., Brito-Linares, D., Ravelo-Rodríguez, Y., & Ruiz-Hernández, E. (2014). Embarazo deseado y planificado, Lactancia previa, Aptitud para lactar y conocimientos de las madres sobre lactancia. *Revista Cubana de Pediatría*, 86(3), 289–297.
- Hamilton, K., Daniels, L., Murray, N., White, K. M., & Walsh, a. (2012). Mothers' Perceptions Of Introducing Solids To Their Infant At Six Months Of Age: Identifying Critical Belief-Based Targets To Promote Adherence To Current Infant Feeding Guidelines. *Journal of Health Psychology*, 17(1), 121–131. <http://doi.org/10.1177/1359105311409786>
- Hamui-Sutton, A., & Varela-Ruiz, M. (2013). La Técnica De Grupos Focales. *Inv Ed Med*, 2(1), 55–60. [http://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72683-8](http://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72683-8)
- Hayes, D. K., Mitchell, K. M., Donohoe-Mather, C., Zaha, R. L., Melcher, C., & Fuddy, L. J. (2014). Predictors Of Exclusive Breastfeeding At Least 8 Weeks Among Asian And Native Hawaiian Or Other Pacific Islander Race Subgroups In Hawaii, 2004-2008. *Maternal and Child Health Journal*, 18(5), 1215–1223. <http://doi.org/10.1007/s10995-013-1355-1>
- Hernández, L., & Vásquez, M. L. (2010). Practices and beliefs about exclusive breastfeeding by women living in Commune 5 in Cali , Colombia. *Colombia Médica*, 41(2), 161–170.
- Hernández-Gamboa, E. (2008). Genealogía Histórica de la Lactancia Materna. *Rev. Enfermería Actual En Costa Rica.*, (15), 1–6. Revisado de <http://www.revenf.ucr.ac.cr/genealogiahistorica.pdf>
- Ho, Y. J., & McGrath, J. M. (2010). A Review of the Psychometric Properties of Breastfeeding Assessment Tools. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 39(4), 386–400. <http://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2010.01153.x>

- Holoway, B., & Moredich, C. (2012). *Notas de Ginecología y Obstetricia* (2a. Ed.). Philadelphia, PA: Mc Graw-Hill.
- Hostalot, A. M., Sorní, H. A., Jovani, H. L., Rosal, R. L., & Mercé, G. J. (2001). Lactancia materna en el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento. *An Esp Pediatr*, 54, 297-302.
- Hughes, K. N., Rodríguez-Carter, J., Hill, J., Miller, D., & Gómez, C. (2015). Using Skin-to-Skin Contact to Increase Exclusive Breastfeeding at a Military Medical Center. *Nursing for Women's Health*, 19(6), 478–489. <http://doi.org/10.1111/1751-486X.12244>
- Ilabaca, M., & Atalah, S. (2002). Comparación de la prevalencia y porcentaje de acuerdo entre dos métodos de análisis de la lactancia materna. *Rev. chil. pediatr.*, 73(6), 583-589.
- INEGI. (2012). Modulo de Trayectorias Laborales 2012. Revisado el 3 de Noviembre, 2016, de <http://www3.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/95/study-description?idPro=>
- INEGI. (2015, julio 9). Encuesta Nacional De La Dinámica Demográfica 2014. *Boletín de prensa*, pp. 1-3. Aguascalientes, Ags. Recuperado a partir de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_1.pdf
- Ishak, S., Adzan, N. A. M., Quan, L. K., Shafie, M. H., Rani, N. A., & Ramli, K. G. (2014). Knowledge and Beliefs on Breastfeeding Are Not Determinants for Successful Breastfeeding. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 9(6), 1–5. <http://doi.org/10.1089/bfm.2013.0124>
- Jackman, M., & Jackman, R. (1973). Interpretation of relation between objective and subjective social status. *American Sociological Review*, 38(3), 569–582.
- Jacobson, L. T., Twumasi-Ankrah, P., Redmond, M. L., Ablah, E., Hines, R. B., Johnston, J., & Collins, T. C. (2015). Characteristics Associated with Breastfeeding Behaviors Among Urban Versus Rural Women Enrolled in the Kansas WIC Program. *Maternal and Child Health Journal*, 19(4), 828–839. <http://doi.org/10.1007/s10995-014-1580-2>
- Kerlinger, F. N., & Lee, H. D. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales* (Cuarta Edición). México: McGRAW-HILL.
- Khan, J., Vesel, L., Bahl, R., & Martines, J. C. (2014). Timing of Breastfeeding Initiation and Exclusivity of Breastfeeding During the First Month of Life: Effects on Neonatal Mortality and Morbidity-A Systematic Review and Meta-analysis. *Maternal and Child Health Journal*, 1–12. <http://doi.org/10.1007/s10995-014-1526-8>

- Kornides, M., & Kitsantas, P. (2013). Evaluation of breastfeeding promotion, support, and knowledge of benefits on breastfeeding outcomes. *Journal of child health care: for professionals working with children in the hospital and community*, 17(3), 264-73.
- Kronborg, H., & Væth, M. (2009). How Are Effective Breastfeeding Technique and Pacifier Use Related to Breastfeeding Problems and Breastfeeding Duration? *Birth*, 36(1), 34-42. <http://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00293.x>
- Laghi-Rey, A., Yaipen-Ayca, A., Risco-Denegri, R. V., & Pereyra-Elias, R. (2015). Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una muestra de madres de Lima , Perú, 2013. *iMedPub Journals*, 11(3:11), 1-7.
- Lamontagne, C., Hamelin, A.-M., & St-Pierre, M. (2008). The breastfeeding experience of women with major difficulties who use the services of a breastfeeding clinic: a descriptive study. *International Breastfeeding Journal*, 3, 17. <http://doi.org/10.1186/1746-4358-3-17>
- Lawrence, R., & Lawrence, R. (2007). Bioquímica de la leche humana. En R. Lawrence & R. Lawrence (Eds.), *Lactancia Materna. Una guía para la profesión médica* (6ta ed., pp. 111-76). Madrid, España: Elsevier Science.
- Leininger M, McFarland M. Culture care diversity and universality. A worldwide nursing theory. 2nd. Ed. New York: Jones and Barlett Publishers; 2006.
- Ley Federal del Trabajo de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: ww.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo9059.doc.
- Linares, A. M., Rayens, M. K., Gomez, M. L., Gokun, Y., & Dignan, M. B. (2014). Intention to Breastfeed as a Predictor of Initiation of Exclusive Breastfeeding in Hispanic Women. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(4), 1192–1198. <http://doi.org/10.1007/s10903-014-0049-0>
- Lindsay, A. C., Wallington, S. F., Greaney, M. L., Hasselman, M. H., Tavares Machado, M. M., & Mezzavilla, R. S. (2016). Brazilian Immigrant Mothers' Beliefs and Practices Related to Infant Feeding: A Qualitative Study. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association*. <http://doi.org/10.1177/0890334416676267>
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: Una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151–1169. <http://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>

- Londoño Franco, A. L., & Mejía-López, M. S. (2010). Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico bajo. Calarcá-Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud. Bogota (Colombia)*, 9(19), 124–137.
- López, L. P., Arévalo, S. B., Carreño, D. R., Martínez, M. J., Lorente, G. M., & Rodríguez, T. M. (2000). La lactancia natural o materna: conceptos básicos y trascendencia actual. *Medicina General*, (23), 360-369.
- Maestre, R., Urbano, E., León, W., Hernández, G., & Maestre, R. (2003). Conocimientos, Creencias y Actitudes de las Madres de la Comunidad de Cambalache Sobre la Lactancia Materna, Puerto Ordaz, Estado Bolívar. *Archivos Venezolanos de Puericultura Y Pediatría*, 66(2), 45–58.
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613–619. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>
- Materán, M., Materán, M., Chávez, G., Fiore, P., & Cárdenas, A. (2003). Factores psicológicos y culturales de la lactancia materna en madres del centro ambulatorio «Los Guayos» y centro policlínico Valencia. Valencia. Estado carabobo. Enero 2001-2002. *Salus*, 7(1), 21-27.
- McQueen, K., Sieswerda, L. E., Montelpare, W., & Dennis, C.-L. (2015). Prevalence and Factors Affecting Breastfeeding Among Aboriginal Women in Northwestern Ontario. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 44(1), 51–68. <http://doi.org/10.1111/1552-6909.12526>
- Ministerio de Salud. (2007). Política de Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna. Ministerio de Salud de El Salvador.
- Ministerio de Salud. (2010). *Manual de Lactancia Materna. Contenidos Técnicos para profesionales de la salud*. (C. Schellhorn & V. Valdés, Eds.) (2da Edición). Subsecretaría de Salud Pública. Departamento de Asesoría Jurídica. ISBN 978-956-8823-94-8.
- Montero, I., & León, O. G. (2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847–862.
- Moraes, M., Amerio, P., Valiero, R., & Sosa, C. (2012). El consumo de alcohol disminuye el tiempo de lactancia exclusiva. *Rev Soc Bol Ped*, 51(2), 134–140.

- Morales, M. L. (1975). *Psicometría aplicada* (1ra Edición). México: Editorial Trillas.
- Moss, B. G., & Yeaton, W. H. (2014). Early childhood healthy and obese weight status: Potentially protective benefits of breastfeeding and delaying solid foods. *Maternal and Child Health Journal*, 18(5), 1224–1232. <http://doi.org/10.1007/s10995-013-1357-z>
- Mutuli, L. A., & Walingo, M. K. (2014). Applicability of Theory of Planned Behavior in understanding Breastfeeding Intention of Postpartum Women. *Internacional Journal of Multidisciplinary and Current Research*, 2, 258–266.
- Nanni-Zacher, D. (1994). Benefits of breastfeeding. *NSW Public Health Bulletin*, 16(3–4), 42–55. <http://doi.org/10.1071/NB05011>
- Navarro-Estrella, M., Duque-López, M. X., & Trejo y Pérez, J. A. (2003). Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. *Salud Publica de México*, 45(4), 276–284. <http://doi.org/10.1590/S0036-36342004000200001>
- Neifert, M., & Bunik, M. (2013). Overcoming Clinical Barriers to Exclusive Breastfeeding. *Pediatric Clinics of North America* (Vol. 60). <http://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.10.001>
- Niño, M. R., Silva, G., & Atalah, E. (2012). Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Revista Chilena de Pediatría*, 83(2), 161–169. <http://doi.org/10.4067/S0370-41062012000200007>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1995). *Teoría Psicométrica* (Tercera Ed). México: McGRAW-HILL.
- Olaiya, O., Dee, D. L., Sharma, A. J., & Smith, R. A. (2016). Maternity Care Practices and Breastfeeding Among Adolescent Mothers Aged 12-19 Years - United States, 2009-2011. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65(2), 17–22. <http://doi.org/10.15585/mmwr.mm6502a1>
- OMS/UNICEF. (1990). *Declaración de Innocenti*. En Sobre la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna. (pp. 1–3). Florencia, Italia: Organización Mundial de la Salud. Revisado de https://www.ihan.es/cd/documentos/Declaracion_innocenti_1990.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1981). Resolución WHA 31.47 Manual de resoluciones y Decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo, 4ta ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud p.62

- Organización Mundial de la Salud. (1981). *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*. (Organización Mundial de la Salud, Ed.). Ginebra. Revisado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42533/1/9243541609_spa.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (1991). *Indicadores para evaluar las prácticas de lactancia materna*. En (WHO/CDD/SER/91.14). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Estrategia Mundial Para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño. En *55 Asamblea Mundial de la Salud* (p. 20).
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Estrategia Mundial para la Alimentación del lactante y del Niño Pequeño*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Revisado de http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA54/ea54id4.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2012). 10 facts on breastfeeding. Recuperado 1 de octubre de 2016, a partir de <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/index.html>
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *La alimentación del lactante y del niño pequeño Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. Washington, D.C: OPS.
- Osman, H., El Zein, L., & Wick, L. (2009). Cultural beliefs that may discourage breastfeeding among Lebanese women: a qualitative analysis. *International Breastfeeding Journal*, 4(12), 1–6. <http://doi.org/10.1186/1746-4358-4-12>
- Parsa, P., Masoumi, Z., Parsa, N., & Parsa, B. (2015). Parents' Health Beliefs Influence Breastfeeding Patterns Among Iranian Women. *Oman Medical Journal*, 30(3), 187–192. <http://doi.org/10.5001/omj.2015.40>
- Pereda, B., Etxaniz, I., Aramburu, I., Ugartemendia, M., Uranga, M., & Zinkunegi, N. (2014). Beneficios De Las Intervenciones Profesionales De Apoyo En La Lactancia Materna. Revisión Bibliográfica. *Matronas Profesional*, 15(2), 1–8.
- Pérez-Escamilla, R., & Dewey, K. G. (1993). Epidemiología De La Lactancia Materna En Zonas Rurales Y Urbanas De México. *Bol Of Sanit Panam*, 114(5), 399–406.
- Perez-Escamilla, R., & Sellen, D. (2015). Equity in Breastfeeding: Where Do We Go from Here? *Journal of Human Lactation*, 31(1), 12–14. <http://doi.org/10.1177/0890334414561062>
- Picciano MF. (2001). Nutrient composition of human milk. *Pediatr Clin North Am*. 48(1):53-67.
- Pick, S. (2005). *Como investigar en ciencias sociales*. México: Trillas.

- Prendes Labrada, M. D. L. C., Del Río, M. V., Gutiérrez González, R. M., & Reyes, W. G. (1999). Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(4), 397-402.
- Prieto, B. M. B., & Ruiz, C. H. (2013). Significados durante el puerperio: A partir de prácticas y creencias culturales. *Aquichan*, 13(1), 7-16.
- Prochaska J., & DiClemente C. (1984). *The transtheoretical approach*. New York: Dow Jones;
- Quispe-Ilanzo, M. P., Oyola García, A. E., Navarro Cancino, M., & Silva Mancilla, J. A. (2015). Características y creencias maternas asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4), 582-592.
- Raintung, B. (2015). Multi-Tasking Breastfeeding Mamas: Morality And Gender In Health Promotion. Revisado el 19 de Enero, 2016, de <http://indonesiaatmelbourne.unimelb.edu.au/author/belinda/>
- Rivera-Pasquel, M., Escobar-Zaragoza, L., & González de Cosío, T. (2015). Breastfeeding and Maternal Employment: Results from Three National Nutritional Surveys in Mexico. *Maternal and Child Health Journal*, 19(5), 1162-1172. <http://doi.org/10.1007/s10995-014-1622-9>
- Rodríguez, F., Borace, R., & López, A. (2006). Conocimientos, actitudes y prácticas del personal multidisciplinario de salud y la promoción realizada a las madres con respecto a la lactancia materna en dos maternidades. *Unicef*. Recuperado a partir de http://www.unicef.org/panama/spanish/estudio_lactancia-web.pdf
- Rodríguez, L. R. (2007). La Teoría De Acción Razonada : Implicaciones Para El Estudio De Las Actitudes. *Investigación Educativa Duranguense*, (7), 66-77.
- Rodríguez-Leon, L. (2014). *Factores Asociados al Abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en Mujeres Derechohabientes de la Ciudad de Córdoba Veracruz*. Universidad Veracruzana.
- Schellhorn, C., & Valdés, V. (2010). *Manual de Lactancia Materna. Contenidos tecnicos para profesionales de la salud*. (S. de S. Pública, Ed.). Departamento de asesoría Jurídica.
- Schellhorn, C., & Valdés, V. (2010). *Manual de Lactancia Materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud*. (S. de S. Pública, Ed.). Departamento de asesoría Jurídica.
- Schultink, W. (2016). *New Research Shows That Breastfeeding Matters Everywhere and Could Save Millions of Lives and Dollars*. Revisado el 29 de Abril, 2016 de

http://www.huffingtonpost.com/werner-schultink/new-research-shows-that-breastfeeding-matters-everywhere-and-could-save-millions-of-lives-and-dollars_b_9106540.html

Secretaría de Salud. (1993). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Recuperado a partir de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>

Secretaría de Salud. (1999). Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999. Recuperado a partir de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>

Secretaría de Salud. (2005). Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005. Recuperado a partir de <http://bibliotecas.salud.gob.mx/gsd/collect/nomssa/index/assoc/HASH0138/713924cd.dir/doc.pdf>

Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Ley Federal Del Trabajo, Pub. L. No. Art. !70 (2012). México: DOF 30-11-2012. Revisado de <http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/42632/76357/F-241362169/MEX42632.pdf>

Shahla, M., Fahy, K., & Kable, A. K. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women and Birth*, 23(4), 135–145. <http://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.02.002>

Sibeko, L., Dhansay, M. A., Charlton, K. E., Johns, T., & Gray-Donald, K. (2005). Beliefs, attitudes, and practices of breastfeeding mothers from a periurban community in South Africa. *Journal of Human Lactation*, 21, 31–38. <http://doi.org/10.1177/0890334404272388>

Sipsma, H. L., Divney, a a, Magriples, U., Hansen, N., Gordon, D., & Kershaw, T. (2013). Breastfeeding Intentions Among Pregnant Adolescents And Young Adults And Their Partners. *Breastfeed Med*, 8(4), 374–380. <http://doi.org/10.1089/bfm.2012.0111> [doi]

Sotelo-Castillo, M. A., & Bojórquez-Díaz, C. I. (2013). *Diseño de Instrumentos de Medición en Psicología y sus Propiedades Psicométricas : Diseño de Instrumentos de Medición en Psicología y sus Propiedades Psicométricas :Competencia Metodológica en Estudios de Psicología* (Vol. 2). Sonora, Méxocp: Instituto Tecnológico de Sonora.

Street, D. J., & Lewallen, L. P. (2013). The influence of culture on breast-feeding decisions by African American and white women. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 27(1), 43–51. <http://doi.org/10.1097/JPN.0b013e31827e57e7>

- Swanson, V., & Power, K. G. (2005). Initiation And Continuation Of Breastfeeding: Theory Of Planned Behaviour. *Journal of Advanced Nursing*, 50(3), 272–282. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03390.x>
- Torres, M., & Paz, K. (2006). Métodos de recolección de datos para una investigación. Retrieved from <http://www.uovirtual.com.mx/moodle/lecturas/semti1/9.pdf>
- Trigo-Besore, C. (2014). Barriers to Breastfeeding for Hispanic Mothers. *Breastfeeding Medicine*, 9(7), 352–354. <http://doi.org/10.1089/bfm.2014.0090>
- Tsai, S.-Y. (2014). Employee Perception of Breastfeeding-Friendly Support and Benefits of Breastfeeding as a Predictor of Intention to Use Breast-Pumping Breaks After Returning to Work Among Employed Mothers. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 9(4), 222–30. <http://doi.org/10.1089/bfm.2013.0127>
- UNICEF. (2011, Noviembre). Análisis del Módulo de Lactancia Materna. Encuesta Nacional de Hogares 2010. Informe Final, (506), 1–24. Revisado de http://www.unicef.org/costarica/docs/cr_pub_Analisis_Modulo_Lactancia_Materna.pdf
- Vargas-Bonilla, A. (2008). La lactancia materna y sus beneficios. *Revista Enfermería Actual En Costa Rica*, (15), 3. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2745763>
- Villanueva, P. (2012). *Retrocede en el país lactancia materna*. El Mañana. Ciudad de México: El Mañana.
- Villaverde-Vergara, E. S. (2013). Factores socioculturales de las madres adolescentes asociados a la lactancia materna exclusiva en el centro de salud Pérez Carranza. Universidad Ricardo Palma.
- WHO/UNICEF. (2008). *Section 1: Background and implementation*. In Baby-friendly Hospital Initiative: Revised, updated and expanded for integrate care. Geneva: World Health Organization.

ANEXO 1



CUESTIONARIO LACTANCIA MATERNA

PROYECTO PAPIIT-IN307916



Instrucciones: A continuación se le presenta una serie de preguntas las cuales están relacionadas con la lactancia materna (alimentar a su hijo(a) por medio de leche materna), así como algunos datos sociodemográficos (edad, estado civil, escolaridad etc.). Le solicito lea cada una de las preguntas y responda de manera honesta. Todas sus respuestas serán confidenciales y se emplearán con fines de investigación.

Lactancia materna: Es la conducta de alimentar a su hijo (a) de leche materna. El inicio será durante la primera hora después del nacimiento y deberá ser exclusiva hasta los 6 meses de edad, complementándola posteriormente con alimentos hasta los 2 años o más. La leche materna proveerá los nutrimentos necesarios para el desarrollo, crecimiento y salud óptima de su hijo (a).

Fecha: ____/____/____ Folio: _____ Expediente: _____ Nombre: _____	Edad: _____ Estado civil: Soltera () Casada () Otro: _____
1.- Escolaridad: <input type="checkbox"/> Primaria o menos <input type="checkbox"/> Secundaria (completa o incompleta) <input type="checkbox"/> Preparatoria o carrera técnica (completa o incompleta) <input type="checkbox"/> Profesional y posgrado	2.- Ocupación: <input type="checkbox"/> Profesional o técnica especializada, jefa y/o directiva de empresa o institución <input type="checkbox"/> Comerciante, trabajadora administrativa, pequeña empresaria <input type="checkbox"/> Trabajadora manual no calificada, obrera, trabajadora por cuenta propia <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Desempleada
3.- 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.	
4.- Semana de embarazo/gestación: _____ 5.- Número de consultas prenatales: a) En el Centro de Salud _____ b) En consulta privada: _____ 6.- ¿Asiste a algún Grupo de Ayuda Mutua en el Centro de Salud? Si () No ()	7.- Antes de embarazarse, ¿usó algún método de control prenatal?: a) Si () b) No () a.1) ¿Cuál?: _____ 8.- Número de embarazos: _____ 9.- Número de partos: _____
10.- Si tiene más de un hijo, ¿de qué forma alimentó al anterior (es)?: a) Lactancia Materna Exclusiva () b) Alimentación mixta () c) Únicamente fórmula láctea ()	Si respondió a ò b 11.- ¿Durante cuánto tiempo amamantó a su hijo(a)? _____

1. ¿De qué manera piensa alimentar a su hijo(a) una vez que nazca?

2. Alimentar a su hijo (a) con leche materna es: (piense en todas las palabras que se le ocurran)

3. Liste todas las **ventajas** que se le ocurran o piense que pueda tener alimentar a su hijo (a) con leche materna:

4. Liste todas las **desventajas** que se le ocurran o piense que pueda tener alimentar a su hijo (a) con leche materna:

5. Mencione alguna(s) persona(s) o grupo(s) que conozca que considera estarían **de acuerdo** en que usted alimentara a su hijo (a) con leche materna y escriba sus razones:

6. Mencione alguna(s) persona(s) o grupo(s) que conozca que considera estarían **en desacuerdo** en que usted alimentara a su hijo(a) con leche materna y escriba sus razones:

7. Qué situaciones o eventos le **facilitarían** alimentar a su hijo (a) exclusivamente (solamente, nada más) con leche materna, durante los primeros seis meses de edad de su hijo (a):

8. Qué situaciones o eventos le **dificultarían** alimentar a su hijo (a) exclusivamente (solamente, nada más) con leche materna, durante los primeros seis meses de edad de su hijo (a):

9. ¿Ha pensado cómo hará para alimentar a su hijo (a) solamente con leche materna, durante los primeros seis meses de edad?

10. Mencione durante cuánto tiempo estaría dispuesta a alimentar a su hijo(a) **exclusivamente** con leche materna durante los primeros seis meses de edad y ¿qué haría para lograrlo?:

11. En un día normal ¿cuántas veces le daría de amamantar a su hijo(a) y qué haría para lograrlo?:

ANEXO 2

A continuación se le presentan una serie de afirmaciones. 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 marcar 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	0	1	2	3	1. f 1
2... me permite acariciarlo mientras lo alimento	0	1	2	3	2. f 1
3... le ayuda a su crecimiento	0	1	2	3	3. f 1
4... me permite estimularlo	0	1	2	3	4. f 1
5... causa dolor físico	0	1	2	3	5. f 1
6... me provoca ardor/irritación en los pechos	0	1	2	3	6. f 1
7... produce bolitas en los pechos	0	1	2	3	7. f 1
8... causa inflamación de las venas	0	1	2	3	8. f 1
9... hace que mis senos se vuelvan flácidos	0	1	2	3	9. f 1
10... me hace los pechos sensibles	0	1	2	3	10. f 1
11... hace que mis senos crezcan	0	1	2	3	11. f 1
12... me hace sentir incómoda	0	1	2	3	12. f 1
13... me produce dolor en los senos	0	1	2	3	13. f 1
14... es formar un vínculo muy bonito con con el bebé	0	1	2	3	14. f 1
15... es doloroso porque las encías de mi bebé me	0	1	2	3	15. f 1
16...me produce grietas en los pezones	0	1	2	3	16. f 1
17... lo deja con hambre	0	1	2	3	17. f 1
18... hace que se escurra la leche	0	1	2	3	18. f 1
19... le genera seguridad al bebé	0	1	2	3	19. f 1
20... es pensar en dolor	0	1	2	3	20. f 1
21... es nutritivo	0	1	2	3	21. f 1
22... es económico, porque ahorras lo que costaría la	0	1	2	3	22. f 1
23... es bueno para mi salud, porque reduce el riesgo de	0	1	2	3	23. f 1
24... es desagradable porque la leche huele mal	0	1	2	3	24. f 1
25... es una manera de darle protección	0	1	2	3	25. f 1
26... provoca inflamación en el bebé	0	1	2	3	26. f 1
27... me hace adelgazar	0	1	2	3	27. f 1
28... ayuda a curar las lesiones que te puede provocar	0	1	2	3	28. f 1
29... le da forma a mis pezones	0	1	2	3	29. f 1
30... es ayudarlo a crecer	0	1	2	3	30. f 1
31... es ayudarlo a su desarrollo mental	0	1	2	3	31. f 1
32... es el mejor alimento que le puedo dar	0	1	2	3	32. f 1
33... favorece a que se enferme menos	0	1	2	3	33. f 1
34... lo relaja	0	1	2	3	34. f 1
35... le ayuda a desarrollarse psicológicamente	0	1	2	3	35. f 1
36... le ayuda a desarrollar su personalidad	0	1	2	3	36. f 1



ANEXO 3

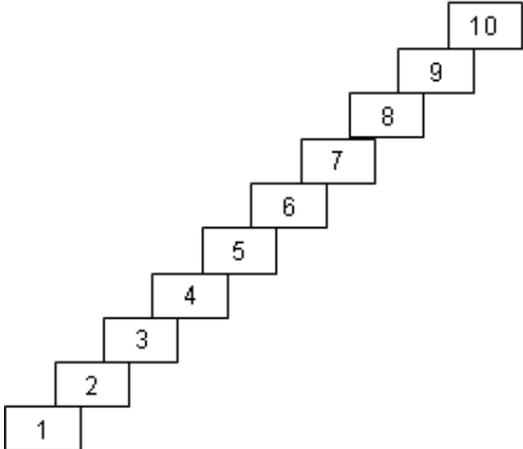
CUESTIONARIO LACTANCIA MATERNA

PROYECTO PAPIIT-IN307916

Instrucciones: A continuación se le presentan una serie de preguntas las cuales están relacionadas con la lactancia materna (alimentar a su hijo(a) por medio de leche materna), y con sus datos sociodemográficos (edad, estado civil, escolaridad etc.). Le solicito lea cada una de las preguntas y responda de manera honesta. Todas sus respuestas serán confidenciales y se emplearan con fines de investigación, no hay respuestas correctas o incorrectas.

Lactancia materna exclusiva: Es la conducta de alimentar a su hijo (a) con leche materna. El inicio será durante la primera hora después del nacimiento y deber ser exclusiva hasta los 6 meses de edad, complementándola posteriormente con alimentos hasta los 2 años o más.

No marcar la parte sombreada

PARTE I		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/o (0) Casada/o, Unión libre (1) Otro (2)		5. []
6. Escolaridad: (0) Primaria o menos (1) Secundaria completa (2) Bachillerato o equivalente completo	(3) Licenciatura completa (4) Posgrado	6. [] []
7. Ocupación: (0) Profesional o técnica especializada, jefa y/o directiva de empresa o institución (1) Comerciante, trabajadora administrativa, pequeña empresario (2) Trabajadora manual no calificado, obrera, trabajadora por cuenta propia (3) Ama de casa (4) Estudiante (5) Desempleada, jubilada o pensionada		7. [] []
PARTE II 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. [] []

No marcar la parte sombreada

1. Semana de embarazo/gestación: _____

1. []

2. Número de consultas prenatales:

a) En el centro de salud _____

2a. []

b) En consulta privada _____

2b. []

3. ¿Asiste a algún Grupo de Ayuda Mútua en el Centro de Salud?

Si (1) No (0)

3. []

4. Antes de embarazarse, ¿usó algún método de planificación familiar?

a) Si (1) No (0)

4. []

a.1) ¿Cuál? _____

5. []

5. ¿Es su primer embarazo?

Si (1) *pase a la parte IV* No (0) *continúe con la pregunta 6*

6. []

6. Contando el embarazo actual, ¿cuántos ha tenido en total?: _____

7. Número de (a) Partos: _____ (b) Cesáreas: _____

7a. []

8., ¿De qué forma alimentó a su(s) anterior(es) hijo(s)?:

Hijos	Lactancia materna exclusiva		Alimentación mixta		Sólo fórmula láctea	
1. Primer hijo	a. Si (1) No (0) b. ¿Cuántos meses?	8.11a.[] 8.11b.[]	a. Si (1) No (0) b. ¿Cuántos meses?	8.21a.[] 8.21b.[]	a. Si (1) No (0) b. ¿Cuántos meses?	8.31a.[] 8.31b.[]
2. Segundo hijo	a. Si (1) No (0) b. ¿Cuántos meses?	8.12a.[] 8.12b.[]	a. Si (1) No (0) b. ¿Cuántos meses?	8.22a.[] 8.22b.[]	a. Si (1) No (0) b. ¿Cuántos meses?	8.32a.[] 8.32b.[]
3. Tercer hijo	a. Si (1) No (0) b. ¿Cuántos meses?	8.13a.[] 8.13b.[]	a. Si (1) No (0) b. ¿Cuántos meses?	8.23a.[] 8.23b.[]	a. Si (1) No (0) b. ¿Cuántos meses?	8.33a.[] 8.33b.[]

Parte II

Escala De Creencias Sobre Lactancia En Mujeres Embarazadas

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

Alimentar a mi hijo (a) con leche materna...	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo	
1... es un tiempo para tener al bebé en mis brazos	0	1	2	3	1. []
2... me permite acariciarlo mientras lo alimento	0	1	2	3	2. []
3... le ayuda a su crecimiento	0	1	2	3	3. []
4... causa dolor físico	0	1	2	3	4. []
5... me provoca ardor/irritación en los pechos	0	1	2	3	5. []
6... Produce bolitas en los pechos	0	1	2	3	6. []
7... causa inflamación de las venas	0	1	2	3	7. []
8... hace que mis senos se vuelvan flácidos	0	1	2	3	8. []
10... hace que mis senos crezcan	0	1	2	3	9. []
12... me produce dolor en los pechos	0	1	2	3	10. []
13... es doloroso porque las encías de mi bebé me lastiman	0	1	2	3	11. []
14... me produce grietas en los pezones	0	1	2	3	12. []
15... es nutritivo	0	1	2	3	13. []
16... es una manera de darle protección	0	1	2	3	14. []
17... es ayudarlo a crecer	0	1	2	3	15. []
18... es ayudarlo a su desarrollo mental	0	1	2	3	16. []
19... es el mejor alimento que le puedo dar	0	1	2	3	17. []
20... favorece a que se enferme menos	0	1	2	3	18. []
21... lo relaja	0	1	2	3	19. []
22... le ayuda a desarrollarse psicológicamente	0	1	2	3	20. []
23... le ayuda a desarrollar su personalidad	0	1	2	3	21. []