



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza  
Psicología

**Variables psicosociales predictoras de la intención de lactar  
exclusivamente con leche materna durante 6 meses**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

**JOSÉ ALBERTO GÓMEZ GARCÍA**

**JURADO DE EXAMEN**

**Director: Dr. en C Mario Enrique Rojas Russell**

**Comité:** Dr. José Marcos Bustos Aguayo  
Dra. Luz María Flores Herrera  
Mtra. Gabriela Carolina Valencia Chávez  
Mtra. Karina Serrano Alvarado



Proyecto financiado por el PAPITT IN307916

Ciudad de México

Noviembre, 2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## Agradecimientos

A mi mamá

Mi formación profesional, mi educación y mi persona no hubieran sido posibles sin ti. Gracias por impulsarme y motivarme desde niño a seguir estudiando, y a esforzarme por lograr mis metas. Gracias a tus desvelos, esfuerzo y trabajo me fue posible continuar y terminar mis estudios. Te amo mamá.

A mi abuelo

Que a pesar de ya no estar presente me apoyó incondicionalmente en el inicio de mi formación profesional, por sus palabras y su apoyo emocional me fue posible seguir adelante.

A mi familia, por sus palabras de motivación para continuar mis estudios...

A Mario Rojas, a quien aprecio y admiro... gracias por brindarme la oportunidad de estar en su equipo de trabajo, por mostrarme un panorama de la psicología que me atrapó completamente. Por compartirme su conocimiento y experiencia, por abrirme muchas puertas, ha sido una gran figura académica para mi, espero seguir aprendiendo de su conocimiento, su pasión y dedicación por esta profesión.

A Karina, gracias por tus enseñanzas, por compartirme tu conocimiento, nunca dejas de sorprenderme como profesional. Gracias por la compañía, por las pláticas, por tus palabras, por apoyarme cuando lo necesité, te admiró y aprecio Kari.

A usted Dra. Luz María por sus enseñanzas, por su paciencia en mi época de estudiante gracias. Mi profunda admiración hacia usted.

A la maestra Virginia Vázquez gracias por extenderme una mano cuando la necesité, por todo ese apoyo que me brindó en uno de los momentos más difíciles para mi. Por su paciencia y sus palabras, por compartir su conocimiento conmigo mi más sincero cariño por usted.

A todos los profesores que contribuyeron en mi formación académica con su conocimiento.

A la UNAM y a la FES Zaragoza por brindarme una buena educación y muy buenos profesores

A Debanhi, porque confiaste en que podría terminar este trabajo, por tus palabras, tus consejos, por acompañarme en los momentos más difíciles, te quiero mucho mi Rachel.

A Mariel, porque sin tu apoyo y motivación no habría entrado al programa. Gracias por compartir tus conocimientos conmigo, por ser mi compañera y amiga durante estos meses, mil gracias te quiero mucho.

A Martha, por su constante apoyo, por escucharme y sacarme una sonrisa cuando lo necesitaba, te quiero mucho

A todos mis amigos que me han acompañado en buenos y malos momentos, con los que pude compartir clases, charlas y risas, gracias por estar conmigo.

<b>RESUMEN</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>6</b>
<b>1. LACTANCIA MATERNA</b>	<b>7</b>
1.1 DEFINICIÓN DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.....	7
1.2 EPIDEMIOLOGIA .....	8
1.3 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA .....	10
1.4 BENEFICIOS DE LA LME PARA EL NIÑO .....	10
1.5 BENEFICIOS DE LA LME EN LA MADRE.....	11
1.7 PRODUCCIÓN LÁCTEA .....	12
1.6 COMPOSICIÓN DE LECHE MATERNA VS FÓRMULA LÁCTEA.....	13
<b>2. VARIABLES DISTALES ASOCIADAS A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA</b>	<b>16</b>
<b>3. TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANEADA</b>	<b>19</b>
3.1 INTENCIÓN CONDUCTUAL .....	20
3.2 ACTITUDES .....	21
<i>Estructura de las actitudes</i> .....	21
<i>Medición de las actitudes</i> .....	24
3.3 CREENCIAS NORMATIVAS Y NORMA SUBJETIVA .....	25
<i>Medición de la Norma Subjetiva</i> .....	26
3.4 CONTROL CONDUCTUAL PERCIBIDO .....	27
3.5 VARIABLES ADICIONALES A LA TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANEADA .....	29
<b>4. TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANEADA Y LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA</b>	<b>30</b>
<b>5. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>34</b>
<b>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>36</b>
<b>HIPÓTESIS</b>	<b>36</b>
<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>36</b>
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>37</b>
<b>6. MÉTODO</b>	<b>38</b>
6.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	38
6.2 PARTICIPANTES .....	38
6.3 ESCENARIO .....	38
6.4 VARIABLES DE ESTUDIO.....	38
6.5 DEFINICIÓN CONCEPTUAL .....	38
<i>Variable dependiente</i> .....	38
<i>Variables independientes</i> .....	38

6.7 COVARIABLES .....	39
6.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL.....	39
6.7 INSTRUMENTOS .....	39
6.8 PROCEDIMIENTO.....	41
6.9 ANÁLISIS DE DATOS .....	41
<b>7. RESULTADOS</b>	<b>43</b>
7.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA .....	43
7.2 ANÁLISIS BIVARIADOS .....	44
7.3 REGRESIÓN LOGÍSTICA MÚLTIPLE.....	46
<b>8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN</b>	<b>47</b>
ACTITUDES Y LACTANCIA MATERNA .....	47
NORMA SUBJETIVA Y LACTANCIA MATERNA.....	48
CONTROL CONDUCTUAL PERCIBIDO Y LACTANCIA MATERNA .....	49
EXPERIENCIA PREVIA CON LA LACTANCIA .....	50
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LACTANCIA MATERNA .....	51
FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL ESTUDIO.....	52
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>55</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>66</b>
ANEXO 1.....	67
ANEXO 2.....	68
ANEXO 3.....	68
ANEXO 4.....	69
ANEXO 5.....	70
ANEXO 6.....	71

## **Teoría de la conducta planeada como modelo explicativo de la intención de alimentar exclusivamente con leche materna en mujeres primíparas y multíparas.**

### **Resumen**

**Objetivo:** Analizar la relación de las actitudes, norma subjetiva y control conductual percibido con la intención de lactar exclusivamente con leche materna en una muestra de mujeres embarazadas de la CDMX. **Método:** Se utilizó un diseño transversal. La muestra fue de 182 mujeres embarazadas usuarias de un centro de salud de la Ciudad de México. Se diseñaron y validaron un conjunto de instrumentos *ex profeso* para estimar las variables de interés. La variable dependiente fue la intención de lactar únicamente con leche materna por 6 meses, las variables independientes fueron las actitudes hacia la lactancia materna, la norma subjetiva y el control conductual percibido. **Resultados:** El análisis de regresión logística múltiple identificó asociaciones significativas entre la intención para lactar y las actitudes relacionadas con los inconvenientes físicos y emocionales, la norma subjetiva de la madre y la percepción de facilitadores. Se observó un impacto positivo de la experiencia previa con la lactancia en la variable dependiente. **Conclusiones:** La teoría de la conducta planeada puede ser un marco de referencia útil para explicar la intención para lactar en mujeres embarazadas. Los resultados pueden ser de utilidad para el diseño de estrategias e intervenciones encaminadas a la promoción de la lactancia materna exclusiva.

## Introducción

La lactancia materna exclusiva es la alimentación del niño con leche materna, sin administrar agua u otros líquidos. Tanto el UNICEF como la OMS recomiendan que en los primeros 6 meses de vida el niño debe ser alimentado exclusivamente con leche materna. En las últimas décadas este tema se ha estudiado desde una perspectiva biológica, se han observado las propiedades nutricionales e inmunológicas de la leche materna. Debido a su composición, ofrece una serie de beneficios a la salud del niño, entre ellos la disminución en la frecuencia de enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y fortalecimiento del sistema inmunológico, por tanto, disminuye la tasa de mortalidad neonatal; a largo plazo es un factor de protección para la obesidad, diabetes tipo 1 y enfermedades cardiovasculares. En las madres, la lactancia prolongada es un factor de protección contra el cáncer de mama y de ovario, favorece la reducción de peso después del parto y puede actuar como un anticonceptivo natural.

En 2015 la prevalencia de lactancia exclusiva hasta los 6 meses era del 30.8%, que en comparación con países de América latina, representa una cifra baja (INSP & UNICEF, 2016). Un factor que puede contribuir al abandono temprano de la lactancia es la promoción de las fórmulas artificiales, cada vez se ofrecen más variaciones de los sucedáneos, en un esfuerzo por replicar las propiedades nutricionales de la leche materna. Sin embargo, se ha demostrado que ninguno iguala las propiedades de ésta, por tanto, es recomendable que se evite consumir este tipo de productos.

Se debe reconocer que existen muchos factores de naturaleza social, cultural, política y personal que pueden influir en el inicio y mantenimiento de la lactancia. En México la Secretaría de la Salud ha hecho algunos esfuerzos a nivel nacional con acciones específicas que la promuevan, por ejemplo, la *Estrategia Nacional de Lactancia Materna (2016)*,

Sí la lactancia materna es entendida como un comportamiento, la psicología puede aportar información útil sobre la forma de abordar este fenómeno. Como cualquier comportamiento de salud, existen un conjunto de factores psicosociales que anteceden a que una persona tome la decisión de realizar una conducta específica y de mantenerla por un periodo de tiempo. En este sentido, se han planteado algunos modelos que explican este proceso de manera puntual. Uno de ellos es la teoría de la conducta planeada marco de referencia que fundamenta este trabajo.

## **1. Lactancia Materna**

### **1.1 Definición de Lactancia Materna Exclusiva**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) define Lactancia Materna Exclusiva (LME) como la alimentación del lactante con leche materna, ya sea de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido. La OMS, indica también evitar el uso de chupones en este periodo. En la Asamblea Mundial de la Salud número 55, se recomendó que la LME debe ser el único alimento en los primeros seis meses de vida, debido a sus beneficios, tanto para la madre como para el lactante. Asimismo, se propuso continuar la lactancia y complementar la dieta del niño con alimentos sólidos a partir del 6º mes hasta los 2 años de edad (Palafox & Ortega, 2007).

El inicio de la lactancia debe ser inmediato al nacimiento, evitando tomas de suero, biberones o chupones, de tal manera que la leche materna sea el primer alimento que recibe el bebé. Esta conducta favorece el contacto piel a piel y es el primer estímulo para la secreción láctea (Aguilar *et al*, 2015; OMS, 2003), además la alimentación con leche materna debe ser a libre demanda, es decir, amamantar siempre que el niño lo pida ya sea de día o de noche (Palafox & Ortega, 2007; OMS, 2015).

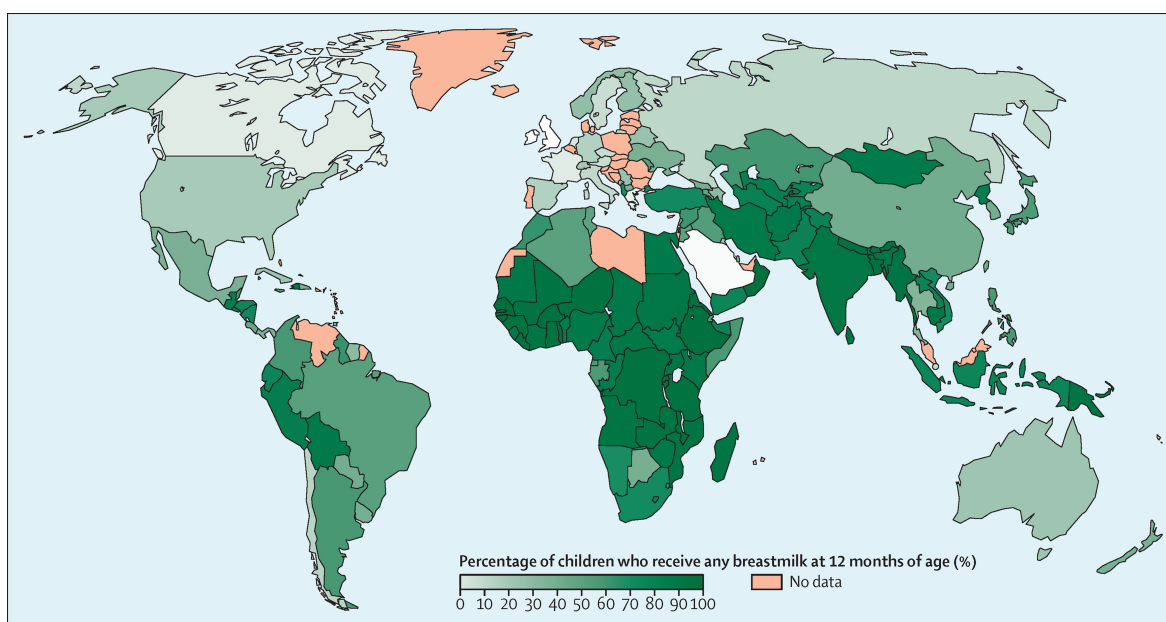
Para la mayoría de los niños recién nacidos, la LME es la mejor forma de alimentación recomendada (OMS, 2003), y sólo se contraindica bajo ciertas circunstancias donde la salud del lactante puede afectarse negativamente, tal es el caso de las madres con VIH positivo, ya que el virus puede transmitirse por este medio (Pérez-Escamilla, 2001). Aunque, recientes ensayos clínicos han reportado que las embarazadas seropositivas pueden lactar a su bebé sin riesgo de transmisión, siempre y cuando estén bajo tratamiento antirretroviral, y éste se haya administrado desde la semana 28 del embarazo (OMS, 2009; OMS, 2016).



## 1.2 Epidemiología

De acuerdo a los datos presentados por la OMS en agosto de 2017 a propósito de la Semana Mundial de la Lactancia Materna, ningún país cumple con las tasas de lactancia recomendadas, lo que indica que un gran número de mujeres no amamantan a sus hijos recién nacidos o lo hacen por periodos muy cortos (OMS, 2017)

En comparación con otros países de América latina México presenta bajos niveles de LME (OMS, 2012), por ejemplo, en Ecuador, Perú y Bolivia el porcentaje de niños que fueron alimentados con leche materna al menos durante 12 meses, es poco más del 80% entre los años 1995-2013. En el caso de Colombia, Brasil y Argentina, el porcentaje está por arriba del 40%, y México se encuentra entre los países con menos del 40% (Figura 1).

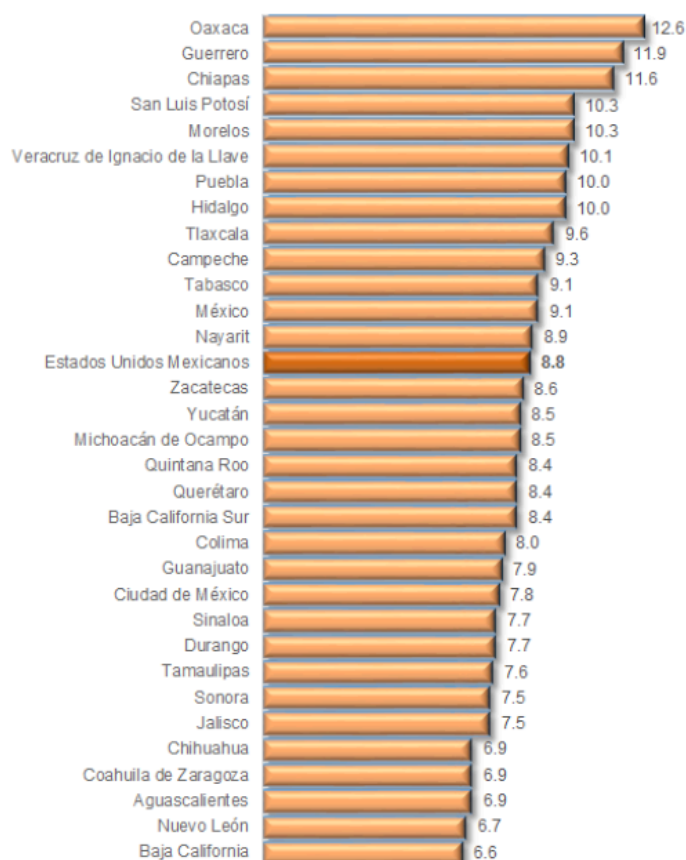


**Figura 1:** Distribución mundial de la lactancia materna a los 12 meses, entre los años 1995 y 2013. Victoria et al (2016)

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (INSP, 2012), en el país menos del 15% de los niños son alimentados únicamente con leche materna, cifra que indica un decremento en comparación con los datos del 2006, que mostraban una prevalencia del 22.3%.

Sin embargo, la reciente encuesta publicada por el Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF (2016) indica un incremento aproximado del 16.6% en la incidencia de LME, y reporta que la mitad de los niños recién nacidos (51%) son alimentados del seno materno dentro de la primera hora de vida y hasta el 30.8% continúan lactando de manera exclusiva hasta los 6 meses de edad (INSP & UNICEF, 2016).

En cuanto a la recomendación de continuar la LM hasta los dos años con alimentos complementarios, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2016) muestra que la duración media de la lactancia es de 8.8 meses, entre los estados con menor duración se encuentran Aguascalientes, Nuevo León y Baja California, con una duración promedio de 6.9, 6.7 y 6.6 meses respectivamente, en la Ciudad de México se registra una media inferior a 8 meses, esto revela que en general no se sigue la recomendación ya que la lactancia no se mantiene ni siquiera hasta el año de edad, a excepción de Oaxaca donde la duración media es de 12.6 meses (Figura 2).



**Figura 2:** Duración media de lactancia materna por entidad federativa 2014. INEGI (2014)

### **1.3 Beneficios de la lactancia materna exclusiva**

Debido a la composición de la leche materna, ésta ofrece al lactante los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo, adicionalmente, provee un conjunto de beneficios para la salud del niño y de la madre, tanto física como psicológica.

### **1.4 Beneficios de la LME para el niño**

*Beneficios para la salud:* La leche materna brinda los aportes nutricionales e inmunológicos necesarios para los primeros meses de vida, previene algunas enfermedades crónicas degenerativas como el sobrepeso u obesidad y diabetes tipo 1 en la edad adulta (Cabrera & Díaz, 2009; Jurado, Báez, Juárez, & de la Cruz Olvera, 2016; León-Cava, Lutter, Ross, & Martin, 2002). Asimismo, brinda protección para enfermedades gastrointestinales como diarrea, vomito, reflujo, estreñimiento e inflamación y enfermedades respiratorias como neumonía, bronquitis, otitis media, etc. (Australian Breastfeeding Association; Brandtzaeg, 2010; Brahm & Valdés, 2017; Lamberti *et al*, 2013; León-Cava, et al, 2002) de igual forma proporciona los nutrientes necesarios para un buen sistema inmune a corto y largo plazo, por lo tanto, los lactantes tienen menor riesgo de desarrollar enfermedades infecciosas y alérgicas (Palafox & Ortega, 2007) además de mostrar un buen desarrollo en el sistema nervioso central (Palafox & Ortega, 2007; León-Cava, et al, 2002; Peraza, 2000).

*Beneficios psicológicos:* El contacto piel a piel favorece el sueño del bebé, incluso en niños que se encuentran en cuidados intensivos, este efecto es mayor cuando además se practica la técnica canguro (Ohgi *et al*, 2002). Además, la lactancia se asocia con un incremento del coeficiente intelectual, como resultado, el desempeño académico mejora en edades futuras (Horwood, Darlow & Mogridge, 2001; Horta, Loret de Mola & Victoria, 2015; Victoria *et al*, 2016).

## 1.5 Beneficios de la LME en la madre

*Beneficios a la salud:* En algunas investigaciones se ha encontrado una disminución del riesgo de cáncer de mama y la LME, sin embargo el efecto protector es significativo cuando las mujeres lactan por más de 6 meses (Aguilar-Cordero, et al, 2010; Aguilar-Cordero, et al, 2016; Butt, Borgquist, Anagnostaki, Landberg & Manjer, 2014), estos resultados son congruentes con lo que presentan Allen y Hector (2005), donde sugieren que el riesgo relativo de desarrollar cáncer mamario disminuye un 4.3% por cada 12 meses de lactancia.

De igual forma la LM favorece la pérdida de peso debido a que genera un gasto aproximado de 500 Kcal por día. Sin embargo, el aumento de la ingesta calórica materna o la disminución de la actividad física pueden atenuar los efectos de pérdida de peso (Jiang *et al*, 2017; Leahy, Berlin, Banks & Bachman, 2017); asimismo, la LM produce amenorrea que tiene un efecto natural de supresión en la ovulación, por lo tanto actúa como un anticonceptivo natural hasta seis meses o más (dependiendo del tiempo de LME) (Labbok, 2001; Rea, 2004). A largo plazo, reduce el riesgo de desarrollar cáncer de ovario, diabetes tipo 2 y problemas cardiovasculares, además, facilita y fortalece la relación afectiva madre-hijo (Aguilar, et al, 2010; Butt, Borgquist, Anagnostaki, Landberg, & Manjer, 2014; Colchero, Contreras-Loya, López-Gatell & de Cosío, 2015).

Por otro lado, también previene la depresión posparto, debido a que la oxitocina, liberada durante la succión de la areola, desencadena en la madre un efecto tranquilizador y de bienestar (Godfrey & Lawrence, 2010; Mezzacappa & Endicott, 2007). Al amamantar se secretan endorfinas que alcanzan un pico máximo a los 20 minutos de iniciar la lactancia, provocando en la madre sensaciones placenteras (Dávila, 2007; Dieterich, Felice, O'Sullivan, Rasmusen, 2013; Palafox & Ortega, 2007).

La lactancia también representa un ahorro económico para la madre y la familia en general, por un lado, si se practica de manera exclusiva en los primeros 6 meses los gastos por biberones y fórmulas lácteas sería nulo, además, de acuerdo con la OMS (2017), las

madres que amamantan se ausentan del trabajo con menor frecuencia en comparación con las que alimentan a sus hijos con fórmula, debido a que la ocurrencia de enfermedades en los niños son menos frecuentes y menos graves, en este mismo sentido, los costos asociados a gastos médicos por la incidencia alta de enfermedades es excesivo (OMS, 2017).

### **1.7 Producción láctea**

La leche materna se produce gracias a procesos que involucran mecanismos de regulación neuroendocrina, donde las sustancias químicas del cuerpo y los nutrientes que ingiere la madre están involucrados en la producción láctea (Palafox & Ortega, 2007).

Su producción inicia en el embarazo, donde se elevan los niveles de estrógeno y progesterona los cuales intervienen en el desarrollo físico de las mamas, pero inhiben la secreción láctea durante esta etapa (Cadima, Jiménez, Pontones & Orozco, 2014).

Para la producción de leche materna son necesarias dos hormonas, la prolactina y la oxitocina. La primera se produce en el lóbulo anterior de la hipófisis y a partir de la semana 20 de gestación estimula la producción láctea. Poco después del parto la hipófisis libera la cantidad suficiente de prolactina para poder alimentar al recién nacido por primera vez, posteriormente, su liberación se da por diversos estímulos siendo el más eficaz la succión del pezón (Cadima, Jiménez, Pontones & Orozco, 2014)

Por su parte, la oxitocina se produce en el lóbulo posterior de la hipófisis, su función dentro de este proceso es la eyección láctea. Para que ésta se libere es necesario que el bebé succione el pezón lo cual conlleva a la eyección de la leche, también los estímulos físicos, olfatorios, visuales o sonoros relacionados con el bebé provocan la liberación de esta hormona (Cadima, Jiménez, Pontones & Orozco, 2014).

En cuanto a su composición, los nutrientes pueden variar en función de la edad del bebé y sus requerimientos nutricionales. En los primeros meses su consistencia es más acuosa,

con alto contenido en proteínas, minerales, vitaminas hidrosolubles y lactosa, en los meses posteriores contiene más grasas y vitaminas liposolubles (Macías et al, 2006).

Otros factores como la etapa de lactancia, el momento del día y el estado de salud de la diada madre/hijo que contribuyen a la variabilidad en su composición (Aguilar-Cordero *et al*, 2016).

Uno de los elementos más importantes es el estado de salud del niño, recientes investigaciones sugieren que cuando el bebé atraviesa por un proceso infeccioso la leche materna aporta mayor cantidad de anticuerpos, que actúan como mecanismos de defensa ante la infección, lo que favorece a su pronta recuperación (Riskin, Almog, Peri, Halasz, Srugo & Kessel, 2011), lo mismo ocurre cuando la madre tiene alguna infección, ya que mediante la lactancia es capaz de transferir los anticuerpos que produce para este patógeno, de tal manera que brinda protección al bebé (Aguilar-Cordero *et al*, 2016)

A partir de los años 50 se introdujeron al mercado la venta de fórmulas lácteas, esto repercutió en el declive de la lactancia materna. Las fórmulas son derivadas de la leche de vaca, ésta es modificada para asemejarla tanto como sea posible la leche materna.

## **1.6 Composición de leche materna vs fórmula láctea**

La diferencia entre estas dos, radica en la biodisponibilidad de sus nutrientes y su cantidad (Palafox & Ortega, 2007; León-Cava et al, 2002), por ejemplo, el contenido de proteínas, fósforo, cloruro, sodio y potasio en la fórmula láctea es excesivo para niños de pocos meses de edad, provocando una sobrecarga renal al no poder sintetizar los nutrientes, lo cual puede dañar la salud del bebé (Macías *et al*, 2006).

Por otro lado, algunos de los nutrientes en la leche materna (por ejemplo, los carbohidratos, el hierro, lípidos y vitaminas) contienen porcentajes elevados en comparación con los de la fórmula láctea, sin embargo, el exceso de éstos no afectan

negativamente la salud del lactante, debido a que tienen una mayor biodisponibilidad para el bebé, por lo tanto, pueden ser asimilados y sintetizados con facilidad (Macías et al, 2006).

La lactosa (carbohidratos) y el ácido oleico (Lípidos) ambos componentes de la leche materna aportan la energía necesaria para el bebé, además el primero promueve la absorción del calcio, minerales y fosforo, y es el principal carbohidrato presente en la leche materna, el segundo ayuda al desarrollo del sistema nervioso, además de tener un efecto favorable en el sistema cardiovascular (Díaz & Ramírez, 2005; Macías et al, 2006; Vega *et al*, 2012).

Un componente esencial para la producción de glóbulos rojos y el transporte de oxígeno, además de ayudar al desarrollo cognitivo, es el hierro, sustancia con alta biodisponibilidad en la leche materna ya que el lactante absorbe entre el 50% y 70% comparado con el 30% que puede aprovechar de la fórmula láctea (Macias, 2006).

Las vitaminas que la madre aporta al bebé son suficientes para mantener una buena salud en el lactante (García, 2011), las principales en la leche materna son la vitamina D, que ayuda a la mineralización ósea, la vitamina A interviene en el desarrollo de la vista, la vitamina C mantiene un buen sistema inmune al igual que la vitamina E, además esta última cumple con funciones antioxidantes (Fomon, 1995; Alonso-López, Ureta-Velasco & Pallás-Alonso, 2010).

Debido a que el sistema inmune del recién nacido es aun inmaduro, se encuentra expuesto a patógenos externos que pueden enfermar al bebé. Se sabe que el 90% de las infecciones que afectan a los humanos utilizan la mucosa para entrar al sistema (Brandtzaeg, 2010). Por lo tanto, dos componentes que desempeñan un papel importante y aportan beneficios al niño son la lactoferrina y la lisozima. Estas proteínas ofrecen protección ante infecciones bacterianas y virales, la lactoferrina es rica en inmunoglobulinas y la lisozima fortalece los glóbulos blancos por lo tanto cumplen su función de formar anticuerpos para impedir la

penetración de patógenos a la mucosa intestinal, además de brindar protección contra microorganismos ambientales (García, 2011; Macías et al, 2006).

Por último, la leche materna contiene leptina y adiponectina, hormonas que recientemente se han estudiado como un factor que influye en el desarrollo del hipotálamo (Bouret, 2010). Éstas fomentan el desarrollo y el funcionamiento adecuado del mecanismo de apetito y saciedad, lo cual se refleja en la regulación a corto y largo plazo del apetito del niño. Es en este sentido que la leche materna es un factor de protección contra el desarrollo de sobrepeso y obesidad infantil, es decir, los niños que son amamantados, tienen mayor probabilidad de regular su ingesta calórica a diferencia de los niños alimentados con fórmulas lácteas (Armas *et al* 2009; Cordero *et al*, 2015; Jarpa, Cerda, Terrazas & Cano, 2013)

En resumen, la leche materna es resultado de un proceso biológico donde intervienen mecanismos de regulación neuro-endócrina y fisiológica, que proporciona todos los elementos necesarios y suficientes para que el lactante tenga un buen estado nutricional, garantizando su adecuado crecimiento y desarrollo, además, de ofrecer todos los elementos esenciales para el correcto funcionamiento de su sistema inmune.

Sus componentes tienen la estructura óptima para su asimilación y aprovechamiento, y la cantidad suficiente para cada niño, de tal forma que no habrá una carga excesiva de alimento, además, su ingesta es autorregulada por el lactante.

Si bien la producción láctea es fundamentalmente un proceso biológico, amamantar es un fenómeno biopsicosocial. El modelo biopsicosocial, postula que los humanos están influidos por factores biológicos, psicológicos y sociales (Engel, 1978). En este sentido, existen una serie de factores que pueden estar relacionados con la ocurrencia de la lactancia, e interactuar entre ellos.



## **2. Variables Distales asociadas a la lactancia materna exclusiva**

En el ámbito social y político existen algunas variables que pueden favorecer o complicar el inicio de la lactancia materna exclusiva.

En México se han identificado algunas características sociodemográficas y gineco-obstétricas, como factores de riesgo para no iniciar la lactancia y para el cese temprano de la misma. Entre ellas se encuentran las políticas públicas, nivel socioeconómico, la edad y escolaridad materna, el estado civil y el retorno al contexto laboral, el número de hijos y el tipo de parto.

A nivel nacional e internacional existen documentos con el fin de regular la promoción y venta de los sucedáneos de la leche, y de promover la lactancia materna exclusiva. En México se cuenta con la Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018 y la Norma Oficial NOM-007-SSA2 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, en su versión más actual, recomienda que los servicios de salud tienen que promover la lactancia exclusiva en todo momento, especialmente durante el embarazo, mediante intervenciones educativas se debe de dar a conocer las técnicas y posturas correctas para lactar, proporcionar información sobre la abstinencia de ciertas sustancias durante el embarazo y la lactancia, facilitar el alojamiento conjunto inmediatamente después del parto, iniciar la lactancia exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos después del parto, que de acuerdo con la evidencia este factor es uno de los fuertes predictores para continuar la lactancia al menos hasta los 3 meses (Cadima, Jiménez, Pontones & Orozco, 2014).

Por su parte la Estrategia Nacional de Lactancia Materna tiene como objetivo incrementar el número de niñas y niños alimentados al seno materno desde su nacimiento hasta los dos años, mediante el fortalecimiento de los Hospitales Amigos del Niño y la Niña, la promoción de la técnica canguro, la promoción de lactarios institucionales y de bancos de leche materna, entre otros.

Estos y otros lineamientos referentes al tema, proporcionan un apoyo y son un factor importante a nivel macro para favorecer la lactancia, sin embargo, como se mencionó, existen otros factores asociados al inicio de esta conducta, como las características sociodemográficas de las madres.

En un estudio donde se relaciona el nivel escolar materno con el tiempo de lactancia exclusiva, se identificó que las madres con un nivel pre-universitario y técnico mantuvieron la LME por más tiempo en un 18,1 % tomando como grupo de referencia a las participantes con un nivel de secundaria, y en un 31.9% las que tuvieron un nivel universitario (Avalos-González, Mariño-Membrives & González-Hidalgo, 2016; Rodríguez, Elias, Rodríguez, & Lastres, 2017).

Cadima *et al* (2014) encontraron que el 58% de las madres menores de 20 años iniciaron la lactancia, en contraste con el 79% de las mujeres con mayor edad que iniciaron la LME. Rodríguez *et al* (2017), en un estudio retrospectivo estratificó la edad de las participantes en menores de 20 años, de 20 a 24 años, de 25 a 29 y más de 30 años, y encontraron que el 42% de las madres del tercer grupo y el 31% del segundo mantuvieron la lactancia exclusiva hasta los 6 meses, lo que parece indicar que la edad de la madre está relacionada con el inicio y el tiempo que se practica la LME.

El estado civil es otro factor asociado a la duración de la LM la, se ha reportado que las madres solteras o sin el apoyo de la pareja, tienden al abandono temprano de la lactancia, esta característica va de la mano con el retorno al trabajo, ya que al haber ausencia de un padre, las mujeres se ven obligadas a retomar su trabajo anterior, consecuencia de las condiciones, y la demanda de tiempo se dificulta mantener la lactancia exclusiva (González, Huespe & Auchter, 2008).

En este sentido, la falta de tiempo es una de las principales barreras a la que se enfrentan las madres, por ejemplo, algunas adolescentes retoman sus estudios, lo cual dificulta que se continúe la lactancia hasta los 6 meses (Bobadilla-Montes de Oca & Mendieta-Alcántara, 2013)

Las madres con bajos recursos económicos son más propensas a abandonar la LM administrando sucedáneos a una edad temprana, en contraste, las madres con alto ingreso económico tienden a mantener una lactancia exitosa (Baranowski, Rassin, Richardson, Brown & Bee, 1986; Rodríguez *et al*, 2017).

Las madres primigestas, nacimiento por cesárea, pezones planos o invertidos, baja ingesta de agua, un nuevo embarazo e indicación médica de suspender la lactancia se relacionan con el cese temprano de la LM (Bobadilla & Mendieta Alcántara, 2013; Cadima, Jiménez, Pontones & Orozco, 2014; Rodríguez, Rodríguez, Elias, Rodríguez, & Lastres, 2017).

### **3. Teoría de la conducta planeada**

En los capítulos anteriores se ha abordado el tema desde una perspectiva biológica y social, sin embargo, la LM se puede entender en el espectro de las conductas relacionadas con la salud, consideradas como aquellas que influyen en el proceso de salud-enfermedad (Morales-Calatayu, 1997).

El estudio de los estilos de vida que pueden influir en la salud es campo de interés de la psicología de la salud, rama de la psicología aplicada al estudio de aquellos procesos psicosociales que participan en la determinación de estas conductas y estilos de vida (Morales, 1995). Para Bloom (1988), esta área de la psicología se relaciona con el estudio científico las ideas, actitudes y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad.

En este sentido, se han identificado algunas variables cognitivas asociadas a la conducta de amamantar. Por ejemplo, De Jager, Skouteris, Broadbent, Amir y Mellor (2013), realizaron una revisión sistemática de 13 estudios, en la que identificaron un conjunto de determinantes psicosociales de la LME, entre los que mejor explican el inicio y la duración de ésta se encuentran: la autoeficacia, la intención para lactar, la influencia y presión social, el conocimiento de los beneficios en la salud del niño, las actitudes hacia la LME, y la percepción de apoyo social, especialmente de familiares, amigos y profesionales de la salud.

Tanto la intención conductual, la influencia social, y las actitudes hacia la conducta son elementos que se integran en la Teoría de la Conducta Planeada (TCP), modelo que cuenta con sustento empírico en la explicación de conductas de riesgo y relacionadas con la salud (Armitage & Conner, 2001; Conner & Sparks, 2005; Conner, 2013; Flórez-Alarcón, 2007; Godin & Kok, 1996; Pender & Pender, 1986), por ejemplo, se han abordado conductas como el ejercicio, el comportamiento nutricional, conductas sexuales de riesgo, adicciones, entre otras (Ajzen & Albarracín, 2007).

En términos generales, la TCP plantea que el antecedente inmediato al comportamiento es la Intención Conductual, ésta a su vez es influida por las actitudes hacia la conducta, la norma subjetiva y el control conductual percibido (Ajzen, 2005). Además, se plantea que éste último también puede influir directamente sobre la conducta.

Este modelo es una extensión de la teoría de la acción razonada (TAR) (Fishbein & Ajzen, 1975), que originalmente sólo consideraba a las actitudes y la norma subjetiva como los factores que influían en el comportamiento, mediados por la intención conductual. El interés principal de los autores se centraba en identificar un conjunto de determinantes de un comportamiento particular, en contraste con lo que se planteaban con anterioridad que los comportamientos estaban influidos sólo por una u otra variable, en última instancia se buscaba proveer una base para diseñar intervenciones y modificar aquellos determinantes (Ajzen & Albarracín, 2007).

Posteriormente Ajzen (1991) modificó el modelo original, incluyendo el control conductual percibido, argumentando que la TAR podía tener algunas limitaciones al momento de explicar ciertas conductas (Martínez & Silva, 2010).

En este sentido, el modelo proporciona una base estructurada para tener claros los determinantes proximales de algunos comportamientos, en este caso de la lactancia materna exclusiva.

### **3.1 Intención conductual**

La Intención Conductual (IC) es el grado en el cual las personas tienen planes consistentes de realizar o no una conducta (Warshaw y David, 1985).

La IC se toma como una representación cognitiva, e indica el esfuerzo que los individuos planean ejercer en una conducta. La intención sólo puede predecir el comportamiento si la conducta en cuestión está bajo el control volitivo, es decir, si el individuo puede decidir a

voluntad realizar o no la conducta, cuanto más fuerte sea la intención de realizar una conducta específica habrá mayor probabilidad de realizarla (Ajzen, 1991).

Desde este marco de referencia, la intención es el antecedente cognitivo más cercano al comportamiento real, a diferencia de otros postulados (p. ej. El modelo tridimensional de las actitudes) donde no se toma en cuenta esta variable.

Al considerar la IC como el antecedente inmediato de la conducta, se podrían predecir ciertos comportamientos, con considerable precisión, desde la intención y así aportar validez al modelo (Fishbein & Ajzen, 1975). Algunas investigaciones han aportado validez predictiva a las IC asociadas a diferentes conductas relacionadas con la salud (Ajzen, 2011; Armitage & Conner, 2001; McEachan, Conner, Taylor & Lawton, 2013; Hagger, Chatzisarantis & Biddle, 2002; Rivas & Sheeran, 2003)

### **3.2 Actitudes**

Ajzen (2005) define las actitudes como la disposición de responder favorable o desfavorablemente hacia un objeto, persona, institución o evento, se caracterizan por ser de naturaleza evaluativa.

Ubillos y Páez (2005) indican que las actitudes influyen en la motivación conductual, en la percepción y los pensamientos, además son aprendidas, perdurables y tienen un componente de evaluación de agrado o desagrado.

#### **Estructura de las actitudes**

*Modelo tridimensional.* - De acuerdo con este modelo, las actitudes incluyen tres componentes a) cognitivo, b) afectivo y c) conativo. El primer elemento se refiere a una serie de creencias sobre el objeto, es decir la información que se tiene del mismo. El

segundo como su nombre lo indica, se refiere a los sentimientos de agrado o desagrado hacia el objeto de actitud y el tercero se refiere a la disposición o intención conductual hacia el elemento evaluado (McGuire, 1986).

El modelo presupone que los tres componentes tienen una estrecha relación, de tal manera que si uno cambia los demás también se modifican, creando un grado de congruencia entre las creencias, la afectividad y la motivación en la persona. Aunque al momento de evaluar las actitudes, con base en esta estructura, toma mayor relevancia el componente afectivo en comparación con los otros dos (McGuire, 1986).

Sin embargo, se cuestiona que las actitudes incluyan las tres dimensiones, ya que eso implicaría que la definición de actitud al mismo tiempo plantea la explicación del fenómeno, en específico, si se incluye el componente motivacional dentro de las actitudes se omiten algunos procesos que pueden estar implicados en la formación de este último, como la opinión de terceros o el apoyo social (Ajzen, 1991; Ubillos, Páez, & López, 2005), además, la evidencia empírica es escasa para mostrar validez de constructo a este modelo (McGuire, 1986).

*Modelo unidimensional.* - Este modelo se centra en el carácter evaluativo del constructo, es decir en el agrado-desagrado, aproximación-rechazo hacia el objeto actitudinal (Ubillos et al, 2005). Desde esta perspectiva se marca la diferencia entre actitud, creencia e intención conductual.

La teoría de la acción razonada y de la conducta planeada toman en cuenta este panorama unidimensional de la actitud (Ubillos y Páez, 2005), específicamente del modelo expectativa-valor (Ajzen & Fishbein, 2000). Éste se refiere a la relación entre un conjunto de creencias acerca de las consecuencias de realizar la conducta, denominadas creencias conductuales, y la evaluación positiva o negativa que se forma a partir de éstas, en conjunto proporcionan una descripción integrativa de la evaluación global del comportamiento (Ajzen, 2005; Ajzen & Gilbert-Cote, 2008).

Ajzen y Fishbein (2000) señalan que la creencia a diferencia de la actitud, representa la información que la persona tiene acerca del objeto. En tanto que la actitud constituye la dimensión evaluativa favorable o desfavorable del objeto.

De acuerdo los autores de la TCP, se pueden encontrar tres tipos de creencias, *descriptivas, inferenciales e informativas*, las primeras dos tienen una cierta conexión, y su clasificación está en función de los diferentes procesos en que éstas se forman (Fishbein & Ajzen, 1980)

Las *creencias descriptivas*, se refieren a aquellas que se adquieren mediante la observación, se forman como resultado de la experiencia directa con los objetos. Las *inferenciales*, como su nombre lo dice, se establecen por medio de un proceso de inferencia, que proviene de otra creencia acerca del objeto (Fishbein & Ajzen, 1980). Ambas creencias están relacionadas, debido a que los autores consideran que las creencias descriptivas son la base para las creencias inferenciales, así, cuando las personas van más allá de lo directamente observado (por ejemplo cuando al relacionarse con una persona toman creencias como honestidad o inteligencia) establecen creencias inferenciales. También, se puede entender como un continuo, de descriptivo a inferencial, donde el extremo descriptivo tiende a estimular las creencias más elaboradas (inferenciales) ubicadas en el otro extremo (Martínez & Silva, 2010)

Por su parte, las creencias informativas, aluden a información que se adquiere por una fuente externa, por ejemplo televisión, libros, internet, amigos, familiares, etc. En algunas ocasiones puede estar presente la información, pero esta no es aceptada por la persona, por tanto, difícilmente se puede considerar una creencia (Fishbein & Ajzen, 1980; Martínez & Silva, 2010).

Retomando la relación entre las creencias y las actitudes desde el modelo expectativa-valor, como regla general, si se perciben más beneficios de realizar un comportamiento (creencia/expectativa) es muy probable que se forme una actitud positiva hacia esa conducta, por el contrario, si se perciben más desventajas es probable que se forme una actitud negativa (Ajzen, 2005).



Una persona puede tener muchas creencias distintas sobre un mismo objeto, pero sólo las que son fácilmente accesibles en la memoria influyen sobre las actitudes, la accesibilidad de las creencias aumenta en función de la frecuencia con la que se activa la expectativa (Ajzen, 2001).

Según el modelo es más probable que la actitud se active automáticamente y sea más accesible cuando en la memoria se ha establecido una asociación fuerte entre el objeto de actitud y la evaluación positiva o negativa (Ajzen, 2001). La accesibilidad se vuelve importante debido a que las actitudes que son fácilmente accesibles serán mejores predictores de la conducta, en comparación con las menos accesibles (Ajzen & Fishbein, 2000).

A menudo la presión del contexto social influye en la percepción y evaluación que las personas hacen de ciertos objetos o conductas, sin embargo, aquellos individuos que presentan actitudes fuertes suelen ser resistentes ante este intento de cambio, al contrario de las actitudes ambivalentes y posturas neutras (Fazio, 1990).

Otro factor que influye en la fuerza de las actitudes es la experiencia previa, es decir, si la persona ya tuvo una experiencia directa con el objeto de actitud producirá una sólida asociación entre la expectativa y el valor que se le atribuye, en este sentido, la activación o recuperación de la actitud será más sencilla y por lo tanto podría influir en mayor medida en la intención conductual (Ajzen, 2001).

### **Medición de las actitudes**

En la investigación se dispone de diversos tipos de instrumentos para medir las actitudes, pueden ser medidas por medio de cuestionarios u observando las respuestas fisiológicas de los individuos al ser expuestos al objeto de actitud (Ajzen & Fishbein, 2005). En el caso de las técnicas por auto reporte, las escalas más conocidas para medir las actitudes son la

escala Thurstone, la de Guttman, las escalas tipo Likert y el diferencial semántico, estos últimos dos se tratan de métodos vigentes y bastante popularizados con un sólido apoyo empírico (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado & Baptista-Lucio, 2010).

El diferencial semántico proporciona una base para obtener índices cuantitativos de las actitudes, y toma en cuenta que éstas se pueden entender en un continuo básico bipolar (favorable-desfavorable, bueno-malo, etc.) con un punto de referencia neutral, esto implica que tienen dirección e intensidad (Osgood, Suci & Tannenbaum, 1978).

La escala propone usar adjetivos bipolares que proporcionen la evaluación positiva o negativa sobre al objeto de actitud, por ejemplo, bueno-malo, justo-injusto y valioso-insignificante. Los adjetivos se deben distribuir de manera aleatoria respecto a la dirección. A los polos desfavorables (malo, injusto, insignificante) se les asigna la menor puntuación, y a los polos favorables (bueno, justo, valioso) la máxima puntuación, la escala puede ser de 7 o 3 puntos en función de la población de estudio. Para obtener la puntuación global de la actitud se suman todos los valores de cada ítem (Hernández-Sampieri *et al*, 2010; Osgood et al, 1978).

Los autores de la Teoría de la conducta planeada, frecuentemente utilizan el diferencial semántico para medir las actitudes, debido a la noción evaluativa, de dirección e intensidad (Ajzen, 1991; Ajzen & Fishbein, 2000; Ajzen, 2001; Ajzen, 2002; Ajzen, 2005; Ajzen, 2006). Antes de construir la escala de actitudes el comportamiento de interés se debe definir claramente en términos de su objetivo, acción y contexto, posteriormente se formulan de cinco a seis ítems como mínimo para tener un indicador confiable (Fishbein & Ajzen, 2011).

### **3.3 Creencias normativas y Norma subjetiva**

La norma subjetiva (NS) es el segundo de los posibles determinantes de la intención conductual, se forma a partir de un conjunto de creencias normativas y la motivación a

cumplirlas, refleja la presión social percibida de realizar o no una conducta particular (Fishbein & Ajzen, 1975).

De acuerdo con Ajzen y Fishbein (1980) las creencias normativas se refieren a la percepción de las expectativas conductuales que los otros significativos esperan del individuo, es decir, la aprobación o desaprobación de un comportamiento específico. Los otros significativos son las personas importantes para el individuo, tales como el esposo(a), madre, padre o amigos, también se pueden considerar a maestros, doctores o enfermeras, en función de la población y el objetivo del estudio (Ajzen, 2011).

La NS influye en la intención conductual de dos maneras, cuando los otros significativos aprueban la ejecución de un comportamiento y de esta manera aumenta la probabilidad de realizar la conducta, y cuando se percibe la desaprobación de realizarla, lo cual puede disminuir la disposición conductual (Ajzen, 1991).

### **Medición de la Norma Subjetiva**

La medición de la NS puede obtenerse mediante cuestionarios que evalúan conductas particulares (Ajzen, 1991). Se sugiere que la construcción de estas escalas se realice en dos fases, la primera encuestando a un grupo pequeño de individuos con las características de la población a investigar, con preguntas abiertas que permitan a los participantes listar a las personas significativas que aprobarían o desaprobarían una conducta concreta. Tomando en cuenta estos resultados se redactan reactivos con el objetivo de evaluar las dimensiones del constructo, es decir la creencia normativa y la motivación a cumplirla (Ajzen, 2006).

El indicador de la norma subjetiva se puede obtener multiplicando la puntuación de cada creencia normativa por la motivación de la persona para cumplir, y la NS es directamente proporcional a la suma de los productos resultantes (Ajzen, 1991).

### **3.4 Control conductual percibido**

En 1991 Ajzen introdujo el control conductual percibido (CCP) para ampliar la teoría de la acción razonada (TAR), que en su momento sólo consideraba la actitud hacia la conducta y la norma subjetiva como predictores de la intención conductual, de esta manera adopto el nombre de Teoría de la conducta planeada (TCP). Ambas teorías consideran que los individuos normalmente se comportan de una manera sensata tomando en cuenta la información disponible (Martínez & Silva, 2010)

El CCP se forma a partir de un conjunto de creencias sobre la presencia o ausencia de recursos, que pueden influir en el rendimiento del comportamiento (Ajzen, 1991). El CCP será mayor en tanto los individuos creen que poseen más recursos y oportunidades, y perciban menos obstáculos e impedimentos (Ajzen, 2005).

Al igual que las actitudes, las creencias de control pueden formarse a partir de la experiencia pasada con el comportamiento en cuestión, e igualmente pueden basarse en información de segunda mano, es decir por las experiencias de familiares y amigos (Ajzen, 2005).

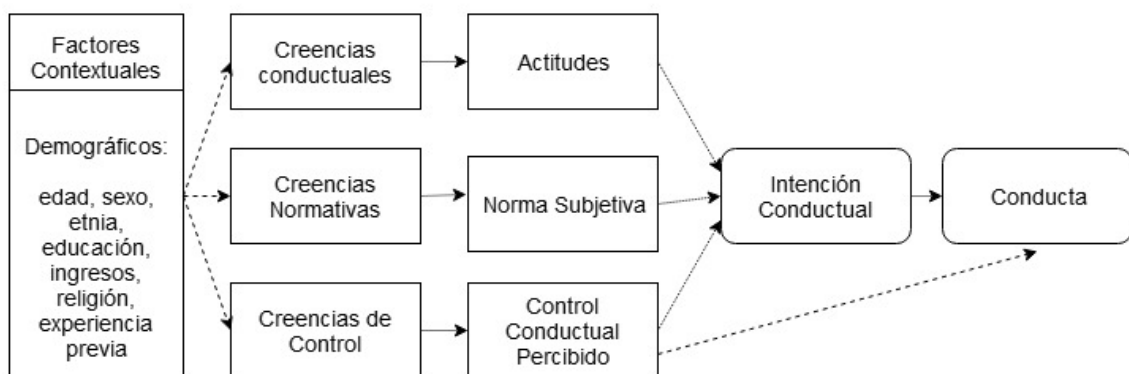
A diferencia de los constructos anteriores, la TCP plantea que el CCP no sólo influye en la intención, además tiene un efecto directo sobre la conducta y puede mediar la relación entre intención y acción (Ajzen, 1991). En este sentido pueden ocurrir dos escenarios, por ejemplo, si dos individuos tienen una fuerte intención de realizar ejercicio, y ambos intentan hacerlo, la persona que confía en que puede dominar la actividad tiene más probabilidad de perseverar que la persona que duda de sus recursos.

Ajzen (2002) sugiere que la percepción de control a menudo se puede utilizar como sustituto del control real, aunque, el control real está en función de la exactitud de las percepciones y éstas pueden no ser confiables por dos condiciones, si la persona tiene poca información sobre el comportamiento y si la disponibilidad de los recursos es fluctuante.

Recapitulando, la teoría de la conducta planeada toma en cuenta estos 4 elementos organizados en una jerarquía, que en conjunto pueden predecir un comportamiento, en este caso la LME. Según Ajzen (2005) el modelo implica cuatro supuestos básicos:

1. La intención es el antecedente inmediato del comportamiento.
2. La intención, está determinada por la actitud hacia el comportamiento, la norma subjetiva y el control conductual percibido.
3. Estas variables son formadas respectivamente a partir de las creencias conductuales, normativas y de control.
4. Las creencias conductuales, normativas y de control pueden variar en función de una amplia gama de factores personales, culturales, sociales y situacionales.

En la figura 1 se muestra gráficamente los elementos que componen la teoría de la conducta planeada, considerando todas las variables descritas anteriormente, e incluyendo algunas covariables que pueden modificar las relaciones entre el resto de las variables. Ajzen (2005).



**Figura 3:** Teoría de la conducta planeada, Traducido de Ajzen (2005).

Por cuestiones de simplicidad en la figura 3 no se muestran algunas relaciones que de acuerdo con Ajzen (2005) resultan importantes y es necesario considerar.

La primera relación se refiere al proceso de retroalimentación por el que atraviesan las A, la NS y el CCP, es decir, una vez que se realiza y mantiene el comportamiento, éste puede proporcionar nueva información, modificando los tipos de creencias que se incluyen en el modelo, y por lo tanto la nueva información puede modificar las intenciones y conductas futuras. Además, este proceso puede influir en las expectativas de terceros.

El siguiente punto se refiere a las relaciones entre las variables que se forman a partir de las creencias, que pueden correlacionar entre ellas debido a que se basan en parte en la misma información. Aunque por razones conceptuales las A, la NS y la percepción de control se abordan independientemente. Por ejemplo, los individuos que creen que carecen de los recursos y habilidades necesarias para realizar un comportamiento, se pueden anticipar al fracaso y por lo tanto desarrollar una actitud negativa hacia la conducta.

Por último, en la figura no se muestra la importancia de cada uno de los factores determinantes de la intención, el peso de las A, NS y CCP varían en función del comportamiento que se esté investigando y del tipo de población de estudio. Es decir, en algunos casos la repercusión de las A en la intención puede ser más importante que la NS, en otros casos el contexto social puede influir más en la IC, del mismo modo la percepción de control puede ser más importante para algunos comportamientos y para otros no. En este sentido, en la explicación de un comportamiento específico uno u otro de los tres factores puede ser irrelevante y no influir de manera significativa.

### **3.5 Variables adicionales a la teoría de la conducta planeada**

Los autores de la TCP reconocen la existencia de otros factores que pueden incidir en el comportamiento futuro. Uno de los que llama la atención y que se sugiere su inclusión dentro de los modelos predictivos, es la experiencia previa con la conducta en cuestión.

Se parte del supuesto que un comportamiento que se mantiene por un periodo de tiempo, conduce a la formación de un hábito, y éste puede influir en el comportamiento

independientemente de las actitudes y la intención. En este sentido las intenciones pueden ser un factor irrelevante siempre y cuando el comportamiento se haya realizado muchas veces y se haya vuelto habitual (Ajzen, 2001).

Sin embargo, en algunas investigaciones la predicción de la conducta mediante la IC y el CCP mejoró cuando se incluyó en el análisis el comportamiento pasado, estos resultados dependen de la frecuencia con la que se realizó el comportamiento anteriormente, en el caso de las conductas intermitentes el comportamiento pasado suele no ser suficiente para explicar la conducta futura, es en este caso donde las variables de la TCP pueden tomar mayor importancia (Ajzen, 2001).

El estudio del inicio y mantenimiento de la LME se ha abordado desde este marco de referencia, también se consideran factores distales y algunas variables propias del embarazo, como la semana de gestación, la condición del embarazo y la experiencia previa con la lactancia.

#### **4. Teoría de La conducta Planeada y Lactancia Materna Exclusiva**

Un estudio realizado en Texas evaluó las actitudes hacia la lactancia materna exclusiva y su relación con el inicio de la misma, donde se encontraron 4 dimensiones enfocadas a la evaluación de la lactancia materna, la primera se refiere a los beneficios para el lactante (ej. es lo mejor para la salud de mi bebé), los tres restantes hacen referencia a los inconvenientes sociales (ej. sería difícil para mí asistir a reuniones), personales (ej. la lactancia puede ser muy molesta para mí) y físicos (ej. la lactancia puede ser dolorosa). De esta manera se observó que la última dimensión fue proporcionalmente alta entre las mujeres mexicanas, adolescentes, madres primerizas y mujeres solteras. Además, se encontraron relaciones significativas entre las cuatro dimensiones de las actitudes y la ocurrencia de la lactancia (Baranowski, Rassin, Richardson, Brown & Bee, 1986).

Asimismo, Scott, Shaker y Reid (2004) evaluaron las actitudes hacia esta conducta tanto en puérperas como en sus parejas, y encontraron una relación significativa entre las actitudes de la madre y la decisión de la alimentación al neonato, el estudio sugiere que las madres con actitudes favorables tienen 4 veces más probabilidad de elegir la lactancia como método de alimentación, de igual forma, las actitudes de la pareja eran más positivas en los niños que eran amamantados en comparación con los que eran alimentados con fórmula.

De manera conjunta las variables de la TCP pueden explicar la intención de amamantar. Por una parte, las actitudes hacia la LME parecen ser consistentes en la formación de las intenciones y la conducta misma, sin embargo, el papel de la norma subjetiva y el control conductual percibido aún no es del todo claro, debido a la discrepancia en la influencia de estas variables sobre la motivación para lactar (Giles, Connor, McClenahan & Mallet, 2010; Scott, Shaker y Reid, 2004; Swanson & Power, 2008).

Por ejemplo, en algunos estudios el papel de la norma subjetiva no es un factor determinante y los resultados sugieren que las variables que influyen principalmente en la formación de la intención son el CCP y las actitudes, siendo estas últimas las que ejercen un efecto mayor sobre la motivación para amamantar (Wambach, 1996)

De igual manera, en una muestra de mujeres embarazadas con bajos recursos, estas dos variables influyeron en la decisión de alimentar con leche materna a su próximo hijo, y se incluyeron dos variables adicionales a la TCP, la *lactancia como parte de la propia identidad* y las *normas morales*, que en conjunto explicaron el 72% de la varianza de la intención (McMillan et al, 2008). Además, se identificó que la intención fue un fuerte predictor para iniciar la lactancia, pero no para mantenerla, en este sentido la continuación de la LME no depende únicamente de la intención, los resultados sugieren que la percepción de control toma mayor importancia 6 semanas después de iniciar la lactancia, incluso, aunque con menor importancia, las actitudes también tienen una influencia en esta conducta. Por lo cual se puede inferir que el CCP se convierte en un factor relevante a medida que avanza el tiempo, de tal manera que las mujeres pueden encontrarse con una serie de obstáculos para continuar con la LME, esto es congruente con los motivos por los



cuales las madres abandonan la lactancia (Gonzalez, Huespe & Auchter, 2008; OPS, 2016).

Por otro lado, se ha encontrado que la opinión de terceros si es relevante para tomar esta decisión, siendo los referentes más importantes la familia, específicamente la madre de las participantes, y el personal de salud como las enfermeras y los médicos (Humphreys, Thompson y Miner, 1998).

Algo similar reportaron Negin, Coffman, Vizintin y Raynes-Greenow (2016) en una revisión sistemática de 13 artículos publicados en diferentes países de ingresos altos y medios, donde se evaluaba el impacto del apoyo y la opinión de la abuela del niño sobre la forma en que éste era alimentado. La conclusión a la que se llegó es que una opinión favorable hacia la lactancia por parte de las abuelas incrementa hasta en un 12% la probabilidad de iniciar la lactancia, por el contrario, la opinión negativa puede disminuir hasta un 70% la probabilidad de que ocurra la lactancia.

Estos resultados que parecen ser contradictorios pueden explicarse por cuestiones teóricas o culturales. Por ejemplo, Humphreys, Thompson y Miner (1998) encontraron que al trabajar con la TAR y el modelo transteórico la NS se relacionaba significativamente con la motivación, es decir, a medida que las participantes avanzaban en las etapas de cambio incrementaba la NS, las actitudes positivas hacia la lactancia también incrementaban en función de las etapas del modelo. Sin embargo, se debe considerar la inclusión de este modelo y la naturaleza de la medición de la variable dependiente es diferente a las investigaciones que se mencionaron anteriormente, además se trabajó en clínicas que atendía específicamente embarazos de alto riesgo, por lo cual la presión y el apoyo de terceros pudo estar más presente a diferencia de estudios donde se no se incluyeron mujeres en esta condición.

Asimismo, Swanson y Power (2004) realizaron un estudio longitudinal prospectivo, en la primera medición reportan que las variables más significativas para predecir la intención en este contexto fueron la norma social y las actitudes afectivas, y el predictor menos

importante es el CCP. En las siguientes mediciones la norma social seguía presente en las participantes que continuaron con la lactancia, incluso 6 semanas después del parto, lo que indica que la presión y el apoyo social puede ejercer un papel importante en esta etapa, las enfermeras y la pareja fueron los referentes que más impacto tenían sobre las participantes.

Esto puede tener implicaciones importantes para la práctica clínica, ya que la evidencia apunta a que la opinión del personal de salud y el apoyo que brindan suele ser el que tiene mayor impacto sobre la continuación de la lactancia, lo que sugiere que su promoción también puede ser importante después del parto.

A diferencia de otras investigaciones donde las madres de las participantes estaban a favor de la lactancia, en el estudio de Swanson y Power (2004) las propias madres expresaban una actitud desfavorable hacia la lactancia y una favorable hacia la fórmula láctea.

Con relación al tipo de madres, si son primigestas o multigestas, las primeras suelen necesitar más ayuda en cuando a consejería sobre el tema, ya que es menos probable que inicien la lactancia y más probable que la interrumpan de manera precoz (DiGirolamo, Thompson, Martorell, Fein & Grummer-Strawn, 2005; Phillips, Brett, & Mendola, 2011)

Además, la experiencia previa con la lactancia exclusiva en mujeres con más de un hijo puede aumentar las probabilidades de que ocurra esta conducta en su próximo hijo, por lo menos los primeros 4 meses; en comparación con las mujeres que nunca amamantaron a su primer hijo (Phillips, Brett & Mendola, 2011). Lo cual puede sugerir la importancia de incluir esta variable dentro del modelo predictivo que propone Ajzen, considerando que el autor mismo toma el papel de la experiencia previa con la conducta como un factor que puede modificar la relación entre las variables de la TCP.

## 5. Justificación

En la actualidad se recomienda alimentar a los neonatos exclusivamente con leche materna por lo menos durante los primeros 6 meses de vida, y prologar la lactancia hasta los 2 años con alimentación complementaria (OMS, 1991). En México, esta práctica ha disminuido considerablemente desde el siglo pasado, donde se observaba una prevalencia de 50 a 52% en los años 80 (Pérez Escamilla & Dewey, 1993), Durante el periodo de 2006-2012 se reportaron las cifras más bajas en el país, pasando de un 22.3% a un 14.4% respectivamente; pese a que en la última encuesta se nota un ligero aumento del 16.6% en la incidencia de esta conducta (INSP & UNICEF, 2016), sigue siendo una tasa baja en comparación con otros países (Asociación Española de Pediatría, 2016). Más aun, las consecuencias de no mantener una lactancia exclusiva al menos durante 6 meses implican problemas económicos, sociales y principalmente de salud pública.

En este sentido, la Estrategia Nacional de Lactancia Materna (2016) implica esfuerzos en el sector salud para la modificación y creación de políticas públicas que permitan promover la LME hasta los 6 meses. Específicamente, se pretende contribuir en el cumplimiento de los objetivos del Desarrollo Sustentable, relacionados con la reducción de la mortalidad infantil y la malnutrición, además de ayudar a la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles entre las que se encuentran el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y enfermedades cardiovasculares, para las cuales la LME representa una alternativa de prevención con gran evidencia científica. Aumentar los niveles de LM implicaría un ahorro económico en los servicios de salud y en las familias en dos sentidos, disminuyendo el número de visitas al médico y hospitalizaciones, recordando que a los niños que son alimentados de esta forma son más saludables, y reduciendo los gastos en biberones, esterilizadores y fórmulas lácteas artificiales.

Mientras que en otros países se ha estudiado la lactancia desde modelos psicosociales, en México la aproximación a este fenómeno se aborda desde el análisis de factores distales como variables demográficas y cuestiones propias del embarazo (Bobadilla & Mendieta, 2013; Cadima, Jiménez, Pontones & Orozco, 2014; Rodríguez, Rodríguez, Elias, Rodríguez, & Lastres, 2017). Es importante considerar los modelos psicosociales para

abordar este tema, y que estos permitan identificar aquellos determinantes personales y sociales, que se asocian a la toma de decisión sobre cómo se alimentará al recién nacido. En primera instancia con la construcción de instrumentos válidos y confiables que permitan medir las variables que pueden influir en esta decisión, y generando modelos que predigan la probabilidad de que ocurra la lactancia.

Una de las teorías que se ha puesto a prueba para explicar este comportamiento es la Teoría de la Conducta Planeada (Scott, Shaker y Reid, 2004; Giles, Connor, McClenahan & Mallet, 2010; McMillan et al, 2008; Swanson & Power, 2008; Wambach, 1996). El cual supone que las actitudes, la norma subjetiva y el control conductual percibido son factores que pueden influir en la decisión de alimentar exclusivamente con leche materna al niño, o elegir otros métodos de alimentación, como la fórmula láctea o la alimentación mixta, desde esta perspectiva se podría explicar en parte la baja prevalencia de la lactancia exclusiva.

Esta teoría ha generado resultados diversos en distintos países, sin embargo, la evidencia apunta a que se puede predecir el inicio de la lactancia con base en las variables que componen al modelo. Por lo tanto, es importante explorar su funcionamiento en el contexto mexicano, para conocer específicamente que variables se asocian con la motivación para iniciar y continuar la lactancia.

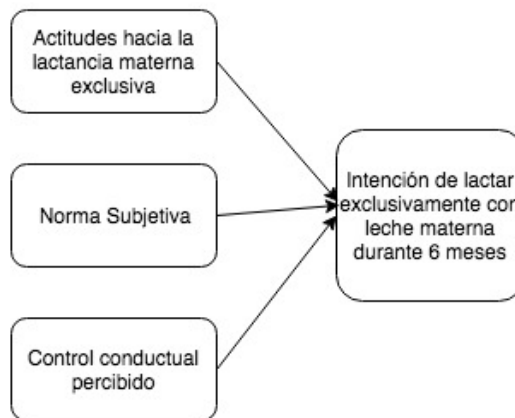
En México, gran parte de las intervenciones dedicadas a la promoción se centra solo en brindar información, sin embargo, se ha demostrado que este método no tiene ninguna repercusión en los índices de lactancia (Haroon, Das, Salam, Imdad & Bhutta, 2013). De esta manera, y en última instancia, esto puede ser de utilidad en la práctica clínica, para el diseño de intervenciones basadas en evidencia que permitan a los profesionales de la psicología aumentar la probabilidad de una lactancia exitosa.

## Pregunta de investigación

¿Cómo se relacionan las actitudes, la norma subjetiva y el control conductual percibido con la intención de lactar por 6 meses exclusivamente con leche materna en mujeres embarazadas de la CDMX?

## Hipótesis

Las participantes que tienen una mayor actitud hacia la lactancia materna, una mayor norma subjetiva y con alta percepción de control tendrán mayor probabilidad de tener una intención alta de lactar a sus hijos exclusivamente con leche materna durante 6 meses.



**Figura 4.** Modelo conceptual de la teoría de la conducta planeada en la lactancia materna exclusiva

## Objetivo general

Analizar la relación de las actitudes, norma subjetiva y control conductual percibido con la intención de lactar exclusivamente con leche materna durante 6 meses, en una muestra de mujeres embarazadas de la CDMX.

### **Objetivos específicos**

1. Describir las actitudes hacia la lactancia materna exclusiva, la norma subjetiva y la percepción de control en una muestra de mujeres embarazadas
2. Identificar la relación entre las actitudes y la intención de lactar
3. Identificar la relación de la norma subjetiva con la intención de lactar
4. Identificar la relación entre la percepción de control y la intención de lactar
5. Identificar la influencia de las actitudes, norma subjetiva y percepción de control sobre la decisión del tipo de alimentación hacia los neonatos.
6. Analizar la asociación entre las variables sociodemográficas, la experiencia previa con la lactancia y datos gineco-obstétricos con las variables de la teoría de la conducta planeada.

## **6. Método**

### **6.1 Diseño de investigación**

Se realizó un diseño transversal ya que todas las variables se midieron en un solo momento.

### **6.2 Participantes**

Participaron mujeres embarazadas de la Ciudad de México usuarias de un centro de salud de primer nivel de atención seleccionadas mediante un muestreo intencional no probabilístico. Se emplearon como criterios de inclusión mujeres alfabetizadas, que fueran usuarias del centro de salud participante. Se excluyeron mujeres con embarazo de alto riesgo o con alguna contraindicación médica para lactar.

### **6.3 Escenario**

La aplicación de los instrumentos se realizó en la sala de espera del centro de salud de primer nivel de atención Dr. Manuel Pesqueira ubicado al oriente de la Ciudad de México.

### **6.4 Variables de estudio**

#### **6.5 Definición conceptual**

##### **Variable dependiente**

Intención de lactar de manera exclusiva con leche materna: La intención conductual hace referencia a la probabilidad subjetiva individual de realizar algún comportamiento específico (Ajzen, 2005). La intención en este escenario se define como la probabilidad subjetiva individual de lactar únicamente con leche materna al menos durante 6 meses

##### **Variables independientes**

Actitudes hacia la lactancia materna. - Disposición de responder favorable o desfavorablemente hacia un objeto, persona, institución o evento, se caracterizan por ser de naturaleza evaluativa (Ajzen, 2005). Las actitudes hacia la lactancia materna se entienden como la disposición de responder favorable o desfavorablemente hacia este objeto.

Norma subjetiva. - Percepción individual sobre la presión social, para realizar o no realizar un comportamiento particular, en este caso sobre la práctica de la lactancia materna. La

percepción se basa en la aprobación o desaprobación de otros significativos, éstos pueden ser los padres del individuo, el cónyuge o amigos (Ajzen, 2005).

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

## **6.7 Covariables**

Escolaridad. - Último nivel académico reportado al momento del estudio.

Paridad. – Reporte de embarazos previos.

Edad. - Número de años cumplidos desde el nacimiento.

Experiencia de lactancia previa. - Forma de alimentación a su primer hijo, cuando fuera el caso.

Trimestre. - Semana de gestación reportada al momento del estudio

Planeación del embarazo. – Reporte de la decisión planeada del embarazo

Grupo de ayuda mutua. – Reporte de asistencia ocasional o continua a un grupo de ayuda mutua sobre embarazo en el Centro de Salud

## **6.6 Definición operacional**

La variable dependiente e independientes fueron medidas con 4 instrumentos que se describen en el siguiente punto.

## **6.7 Instrumentos**

Para medir las variables de interés se diseñaron un conjunto de instrumentos *ex profeso* que se describen a continuación.

Cuestionario de actitudes hacia la lactancia materna exclusiva (Gómez & Rojas. 2017): Compuesto por 14 reactivos de adjetivos opuestos (Ej. Bonito-Feo, Amoroso-Odioso, Responsable-irresponsable) de 11 puntos, que va desde el 0 a 10. Los reactivos se agruparon en 3 factores, el primero se refiere a una evaluación de tipo afectiva y natural hacia la lactancia (Ej. Horrible-Maravilloso, Penoso-Natural), el segundo factor nombrado aspectos normativos, se refiere a cómo debería ser la lactancia (Ej. Insatisfactorio-



Satisfactorio, Equivocado-Adecuado), y el último se relaciona con la evaluación hacia los posibles inconvenientes físicos y emocionales que podría provocar la lactancia (Ej. Doloroso-Placentero, Estresante-Relajante). Los tres factores obtuvieron alfa de cronbach de 0.91, 0.77 y 0.71 respectivamente. El puntaje mínimo y máximo para las actitudes afectivas fue de 0 a 70, para las actitudes normativas fue de 0 a 40 y para las actitudes relacionadas con los inconvenientes físicos y emocionales fue de 0 a 30 puntos.

Cuestionario de norma subjetiva (Gómez, Rojas, Serrano & Juárez, 2017): Compuesto por 12 reactivos tipo Likert, 6 de ellos evalúan la percepción de la opinión de personas significativas (pareja, madre, suegra, cuñadas, médico y familia) con relación a la lactancia materna; y los 6 restantes evalúan la importancia que se le da a la opinión de estas personas. Para realizar los análisis de la escala, se multiplicó la percepción de la opinión por la importancia que el individuo le concede al referente en cuestión, los productos resultantes se suman para obtener el puntaje total de la escala. Como resultado, se obtuvieron 6 indicadores agrupados en 1 factor que explicó el 90% de la varianza. El puntaje mínimo y máximo por cada referente va de 0 a 9 puntos, y el puntaje total puede adoptar valores de 0 a 54 puntos.

Cuestionario de control conductual percibido hacia la lactancia materna (Alva, 2017): se utilizó una escala que evalúa situaciones que pueden facilitar o dificultar la práctica de la lactancia (Ej. Será más fácil amamantar a mi bebe si... evito pensar que me va a doler; Me dificultará amamantar a mi bebe si... estoy en público). Contiene 24 reactivos tipo Likert que van desde completamente en desacuerdo a completamente de acuerdo, agrupados en 3 factores que explican el 81% de la varianza. 11 reactivos se refieren a la comodidad y tranquilidad (alfa=0.88), 8 reactivos evalúan la tensión emocional y falta de tiempo (alfa=0.84), los 5 reactivos restantes se relacionan con situaciones en el ámbito público (alfa=0.82). Estos últimos dos factores atienden a la dimensión de *barreras* del control conductual percibido. Los puntajes mínimos y máximos para cada factor fueron de 0 a 33, de 0 a 24 y de 0 a 15 respectivamente.

Intención para lactar exclusivamente con leche materna por 6 meses. - Se midió con una escala de 11 niveles con valores de 0 a 10, en donde 10 significa que las participantes están totalmente seguras de lactar exclusivamente con leche materna y 0 nada seguras.

Además, se incluyó un cuestionario sobre datos generales y gineco-obstétricos como la edad, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico, semana de gestión, si ha asistido a pláticas o asesorías sobre lactancia materna, número de consultas prenatales, fecha probable del parto y el número de embarazos previos.

## **6.8 Procedimiento**

Se invitó a las usuarias del centro de salud a participar en la investigación explicando los objetivos del proyecto, la confidencialidad de sus datos, en qué consistía su participación y si existía algún riesgo a su salud, se les entregó y pidió firmar un consentimiento informado (Ver anexo 1). Una vez firmado se les entregaba el cuadernillo con los instrumentos y el cuestionario de datos sociodemográficos (Anexo 2 a 6). La duración aproximada de respuesta fue de 15 a 20 minutos.

## **6.9 Análisis de datos**

Los instrumentos se capturaron en una hoja de cálculo y se exportaron al programa STATA v. 13. Se identificaron y eliminaron datos atípicos en todas las variables. Se utilizó estadística descriptiva para los datos sociodemográficos, en el caso de las variables continuas se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión, y para los datos cualitativos se describieron con frecuencias y porcentajes.

En virtud de que más del 75% de las mujeres eligieron valores de intención para lactar por 6 meses entre valores de 8 y 10; es decir, las puntuaciones de la escala continua de la variable estaban notoriamente sesgadas, se decidió transformar la variable a una escala dicotómica, asignando el valor de 0 (intención baja o moderada) a los puntajes menores o iguales a 9, y de 1 (intención alta) al valor de 10, en el supuesto que las mujeres que calificaban 10 claramente tenían la intención de lactar y que quienes calificaban 9 o menos la intención de lactar durante 6 meses no era absoluta.

Se realizaron análisis de regresión logística bivariados utilizando las actitudes, la norma subjetiva, el control conductual, los datos sociodemográficos y gineco-obstétricos como variables independientes y la disposición para lactar por 6 meses como variable dependiente.

Por último, se realizó un modelo multivariado en el que se incluyeron solo las variables de la TCP que se asociaron con la intención en los análisis bivariados, el modelo se ajustó por aquellas variables gineco-obstétricas y sociodemográficas que resultaron significativos en los primeros análisis.

## 7. Resultados

### 7.1 Descripción de la muestra

La muestra estuvo compuesta por 182 mujeres embarazadas con una media de 24 años de edad (d.e 6.19), en promedio las participantes acudían a su primera consulta prenatal en la semana 13 de gestación y acumulaban un total de 3 visitas (Tabla 1).

**Tabla 1:**

*Datos socio demográficos de la muestra de estudio*

	N (%)
<b>Edad*</b>	
14-19	44 (28,2%)
20-29	82 (52,5%)
30-43	30 (19,2%)
<b>Estado civil*</b>	
Casada o unión libre	139 (76,8%)
Soltera	38 (20,9%)
Otro	4 (2,2%)
<b>Ocupación</b>	
Profesional o técnica especializada, jefa y/o directiva de empresa o institución	4 (2,2%)
Comerciante, trabajadora administrativa, pequeña empresaria	20 (10,9%)
Trabajadora manual no calificada, obrera, trabajadora por cuenta propia	13 (7,1%)
Ama de casa	124 (68,1%)
Estudiante	16 (8,7%)
Desempleada, jubilada o pensionada	5 (2,7%)
<b>Escolaridad</b>	
Primaria o menos	18 (9,8%)
Secundaria completa	82 (45,0%)
Bachillerato completo	69 (37,9%)
Licenciatura completa	12 (6,5%)
Posgrado	1 (0,5%)
<b>Semana de gestación</b>	
3-12	15 (8,2%)
13-24	52 (28,5%)
24-40	115 (63,1%)
<b>Paridad*</b>	
Primíparas	84 (46,6%)
Múltiparas	96 (53,3%)
<b>Planeación del embarazo</b>	
Planeado	89 (48,9%)
No planeado	93 (51,1%)
<b>Grupo de ayuda mutua</b>	
Asiste al grupo	36 (19,8%)
No asiste al grupo	146 (80,2%)

\* No todos los casos suman 182 participantes, debido a que se tuvieron algunos valores perdidos en esos datos

La mayoría de las participantes se encontraban en un rango de edad de 20 a 29 años, 77% eran casadas, el 10% concluyó la primaria y el 45% la secundaria, el 63% estaban en el tercer trimestre del embarazo, el 53% eran múltiparas y el 51% no planeó su embarazo.

Las medidas de tendencia central y de dispersión de las variables psicosociales se pueden observar en la Tabla 2. Se realizaron pruebas de normalidad para determinar la distribución de los datos. La escala de norma subjetiva, los inconvenientes físicos y emocionales, y las situaciones en el ámbito público mostraron una distribución normal.

**Tabla 2:**  
*Distribución de las variables*

Variables	Distribución de las variables				Prueba de normalidad	
	Media	Mediana	D.E	Min/Max	Z	p
<b>Actitudes</b>						
Afectivas y naturales	59.82	65	15.46	0/70	8.65	0.00
Normativas	35.04	38	7.02	0/40	8.08	0.00
Inconvenientes físicos y emocionales	28.57	29	7.82	10/40	1.62	0.05
<b>Norma Subjetiva</b>						
Familia	4.01	3	3.59	0/9	3.76	0.01
Pareja	6.31	9	3.40	0/9	2.22	0.01
Mamá	4.65	4	3.62	0/9	2.50	0.01
Cuñadas	2.53	1	3.41	0/9	5.46	0.01
Suegra	3.75	2	3.87	0/9	4.12	0.01
Médico	6.96	9	2.97	0/9	3.93	0.01
<b>Control conductual percibido</b>						
Comodidad y tranquilidad	25.41	25	4.64	12/33	3.56	0.00
Tensión emocional y falta de tiempo	12.39	13	4.98	0/24	1.76	0.03
Situaciones en el ámbito público	7.66	8	3.53	0/15	-0.41	0.65
<b>Intención (variable continua)</b>	9.11	10	1.78	1/10	8.14	0.00
<b>Intención (variable categórica)*</b>	N	%				
Intención moderada/baja	52	28.5%				
Intención Alta	130	71.5%				

*\*Para el caso de la variable dicotómica de intención en la segunda columna de la tabla se reporta la frecuencia y en la tercera columna el porcentaje*

## 7.2 Análisis bivariados

Para identificar la asociación de la intención con las variables sociodemográficas y gineco-obstétricas se realizaron análisis de regresión logística simple. Los resultados muestran odds ratio significativas de las variables edad y experiencia previa con la lactancia exclusiva. Ambas variables funcionan como factor de protección, es decir, la probabilidad de tener una intención alta para lactar aumenta en un 7% por cada año de edad, mientras que el tener experiencia previa con la lactancia aumenta 3 veces la probabilidad de tener una alta intención para amamantar a su próximo hijo en comparación con las mujeres que no lactaron a su hijo anterior (Tabla 3).

**Tabla 3:***Regresión logística simple con datos socio demográficos y gineco obstétricos e intención*

<b>Intención</b>	<b>OR</b>	<b>EE</b>	<b>p</b>	<b>IC95%</b>
Edad	1.07	0.03	0.01	1.01-1.14
Escolaridad	1.35	0.49	0.40	0.66-2.75
Planeación del embarazo	1.06	0.34	0.85	0.55-2.02
Trimestre de embarazo	0.90	0.23	0.71	0.54-1.51
Asistencia al GAM	1.50	0.66	0.34	0.63-3.57
Paridad	0.74	0.24	0.36	0.38-1.41
<b>Experiencia previa con LME</b>				
Alimentación con Fórmula/Mixta	Ref			
Lactancia materna exclusiva	3.04	1.56	0.03	1.10-8.34

Posteriormente se analizaron los constructos de la TCP de forma bivariada. Los tres factores de las actitudes obtuvieron un valor *p* significativo, sin embargo, no se consideró a las actitudes afectivas y naturales como una variable que influyera en la intención, debido a que el intervalo cae en el valor 1.00, lo que indica que la variable puede no influir sobre la intención. Los dos factores restantes de las actitudes sí se consideraron significativos con una OR de 1.06 en las actitudes normativas y 1.05 en los inconvenientes físicos y emocionales. La escala total de norma subjetiva no resultó significativa, sin embargo, al realizar los análisis por cada referente, sólo la opinión de la madre se asoció con la variable resultado, con una OR de 1.13. Por otro lado, sólo los facilitadores del control conductual percibido influyó sobre la intención de lactar, con una OR de 1.10 (Tabla 4).

**Tabla 4***Regresión logística simple con las variables de la teoría de la conducta planeada*

<b>Intención de lactar</b>	<b>OR</b>	<b>EE</b>	<b>p</b>	<b>IC95%</b>
<b>Actitudes</b>				
Afectivas y naturales	1.02	0.01	0.04	1.00-1.04
Normativas	1.06	0.02	0.01	1.01-1.11
Inconvenientes físicos y emocionales	1.05	0.02	0.01	1.01-1.10
<b>Norma subjetiva</b>				
Familia	1.01	0.04	0.83	0.92-1.10
Pareja	1.08	0.05	0.11	0.98-1.19
Madre	1.13	0.05	0.007	1.03-1.25
Cuñadas	1.07	0.06	0.23	0.95-1.20
Suegra	1.04	0.05	0.35	0.95-1.14
Médico	1.10	0.05	0.07	0.99-1.22
<b>Control conductual percibido</b>				
Comodidad y tranquilidad	1.10	0.04	0.01	1.02-1.18
Tensión emocional y falta de tiempo	1.02	0.03	0.47	0.95-1.09
Situaciones en el ámbito público	1.02	0.04	0.62	0.93-1.12

### 7.3 Regresión Logística Múltiple

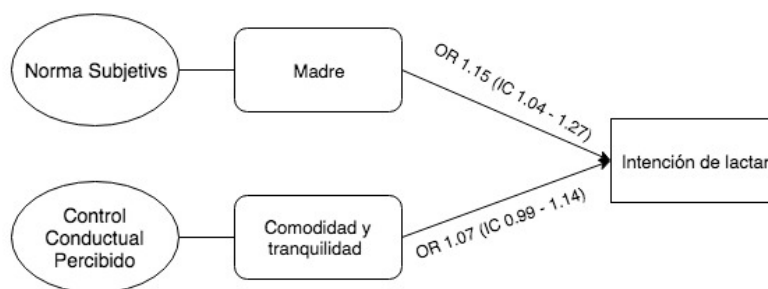
En el modelo de regresión logística múltiple ajustado por la variable edad, sólo la opinión de la madre y marginalmente la comodidad y tranquilidad resultaron significativas. De tal manera que por cada unidad de cambio en las dos variables la probabilidad de que las participantes tengan una alta intención aumenta en un 15% y un 8% respectivamente (Tabla 5).

**Tabla 5:**

*Regresión logística múltiple de la intención de lactar de forma exclusiva al menos 6 meses ajustado por edad*

<b>Intención de lactar</b>	<b>OR</b>	<b>EE</b>	<b>p</b>	<b>IC 95%</b>
Actitudes normativas	1.04	0.02	0.16	0.98 - 1.09
Actitudes relacionadas con inconvenientes físicos y emocionales	1.02	0.02	0.91	0.97 - 1.08
Norma Subjetiva (madre)	1.15	0.06	0.009	1.03 - 1.28
Comodidad y tranquilidad	1.08	0.04	0.07	0.99 - 1.14
Edad	1.07	0.03	0.06	0.99 - 1.14

En la figura 5 se puede observar de manera ilustrativa el modelo de regresión logística múltiple con las variables de la teoría de la conducta planeada que mejor explicaron la intención de lactar, ajustado por la variable edad.



**Figura 5:** Modelo logístico múltiple de la intención para lactar, ajustado por la variable edad, ver tabla 5.

## **8. Discusión y Conclusión**

### **Teoría de la conducta planeada y lactancia materna exclusiva**

El objetivo principal de este estudio fue analizar la relación de algunas variables psicosociales con la intención para lactar por 6 meses de manera exclusiva.

La hipótesis planteaba que la intención de lactar era influida por las actitudes, la norma subjetiva y la percepción de control. En los análisis de regresión logística simple se encontró que de forma independiente 2 factores de actitudes hacia la lactancia, la norma subjetiva de la madre y, la comodidad y tranquilidad influyen en la intención de lactar. De manera conjunta, sólo la opinión de la madre influyó sobre la variable resultado, en menor medida y con una significancia marginal la comodidad y tranquilidad también influyó, lo que indica cierta congruencia con el marco de referencia del que se partió.

Lo anterior sugiere que a medida que las embarazadas perciben más facilitadores y si la NS de la madre está presente, hay mayor probabilidad de que se tenga una alta intención para alimentar a su hijo únicamente con leche materna. De acuerdo con la TCP (Ajzen, 2005), y con algunas investigaciones en este contexto (De Jager et al, 2013; McMillan et al, 2008), la intención es un fuerte predictor de la lactancia materna exclusiva, no obstante, se deben considerar otras variables que pueden mediar o modificar la relación entre la intención y la ocurrencia de la lactancia como la auto eficacia, el apoyo social y la percepción de control.

### **Actitudes y lactancia materna**

De manera bivariada las actitudes normativas y las que se relacionan con los inconvenientes físicos y emocionales influyeron sobre la variable dependiente, a pesar de que el valor  $p$  de las actitudes afectivas y naturales fue significativo, no se tomó en cuenta, debido a que el intervalo de confianza no cumplía con los parámetros establecidos (Hosmer, Lemeshow & Sturdivant, 2013), es decir, cuando el intervalo de confianza cae en el valor 1 indica que esta variable puede no influir en la intención de lactar.



Al igual que los resultados de este estudio, algunas investigaciones donde sólo se considera esta variable, se han encontrado relaciones significativas con la ocurrencia de la lactancia (Scott, Shaker & Rein, 2004; Scott, 2011), y además, se reporta que si las mujeres creen que su leche tiene propiedades nutricionales importantes para su hijo, éstas tendrán una actitud favorable hacia esta conducta.

Sin embargo, al incluir estos dos factores dentro del modelo de regresión logística múltiple, las actitudes no resultaron influir en la variable dependiente, en otras palabras, los resultados sugieren que la norma subjetiva y el control conductual percibido tienen mayor relevancia sobre la intención conductual. En contraste con otras investigaciones que consideran todas las variables de la TCP en su conjunto, la que tiene mayor peso en la decisión de las participantes es la actitud favorable hacia esta conducta (Wambach, 1996).

El hecho de que en el análisis multivariado las actitudes no resultaran significativas se puede deber al origen de éstas. Fishbein y Ajzen (1980) sugieren que las actitudes se conforman a partir de las creencias, y que éstas conllevan a una evaluación positiva o negativa. Señalan la existencia de 3 tipos de creencias donde unas son más elaboradas que las otras, en este sentido, las creencias informativas suelen adquirirse por una fuente externa, puede estar presente la información (p.ej. la lactancia tiene un factor protector contra el cáncer de mama) sin embargo, al no tener contacto directo con esta situación la creencia, y en consecuencia la actitud, es débil, por lo tanto difícilmente podrá influir en la intención, generalmente éste tipo de actitudes se vuelven ambivalentes, es decir, las participantes en ocasiones pueden tener una actitud favorable y en otras una desfavorable.

### **Norma subjetiva y lactancia materna**

Los resultados sugieren que la Norma subjetiva es un factor que influye en la intención de lactar, la NS hace referencia a la que opinión de personas significativas tienen acerca de la lactancia materna, en este estudio, la opinión de la madre influyó significativamente en la toma de decisión, por parte de las embarazadas, sobre la forma en que se alimentará al

niño. Además, los análisis multivariados sugieren que de los tres predictores de la intención, la norma subjetiva es el que mayor peso tiene sobre la variable dependiente.

La presión social dentro del contexto de la lactancia materna se ha estudiado previamente y se han encontrado resultados similares a los de esta investigación, por ejemplo, Humphreys, Thompson y Miner (1998) aplicaron instrumentos a una muestra de 1000 mujeres embarazadas y encontraron que la opinión de la madre y personal de salud es la que influye en la intención de lactar. De igual forma, en la revisión sistemática de Neigin *et al* (2016) donde encontraron que la opinión de la abuela materna referente a la lactancia materna como la mejor forma de alimentación tiene un impacto favorable en la ocurrencia de la lactancia.

Además, se ha reportado que el efecto de la NS de las personas significativas está presente hasta 6 semanas después del parto e incluso puede modificar la conducta en dos sentidos, reforzando que la madre siga amamantando o que abandone la lactancia cuando la madre tiene una opinión más positiva hacia los sucedáneos de la leche (Swanson & Power, 2004).

### **Control conductual percibido y lactancia materna**

Respecto al papel del control conductual percibido en la intención, los análisis sólo identificaron la influencia de los facilitadores (comodidad y tranquilidad) en la variable dependiente, en otras palabras, a medida que las mujeres identifican situaciones que podrían facilitar la lactancia (Por ejemplo, estar en casa, sentirse a gusto y cómoda, tener la posición correcta y evitar pensar que le va a doler) incrementa la probabilidad de presentar una intención alta.

Se esperaba que las barreras (Por ejemplo, no tener tiempo, tener que trabajar, estar en la calle o en transporte público, estar estresada o de mal humor) fueran antagónicas en la variable dependiente, no obstante, éstas no fueron significativas en los análisis bivariados y por lo tanto no se incluyeron en los multivariados. El supuesto de esta dimensión es que, si los individuos identifican muchos obstáculos para realizar un comportamiento, es poco

probable que tengan la intención de hacerlo (Ajzen, 2005); a menudo, la percepción de control hace referencia a situaciones reales que pueden ocurrir durante la ejecución del comportamiento y toma en cuenta factores internos y externos (Ajzen, 2011).

En este sentido, se plantea una posible explicación que atiende a la falta de asociación de estos factores sobre la intención conductual. En primera instancia, los reactivos que miden los facilitadores, aluden a situaciones que son propias de la lactancia y se identifican como factores internos, como que la leche cicatrice las grietas, controlar los pensamientos de dolor, tener la posición correcta para lactar, identificar cuando el niño tiene hambre, etc. Por el contrario, la mayoría de los reactivos que evalúan las barreras, miden factores externos que hasta cierto punto están fuera del control de las participantes, por ejemplo, que el bebé rechace el pecho, estar en la calle o transporte público. Además, el 85% de las participantes reportaron ser amas de casa, comerciantes o trabajadoras por cuenta propia, lo que hace poco probable que después del parto tengan que retomar un trabajo en el que no se disponga de tiempo amamantar a su bebé, de tal forma que las situaciones que los reactivos evalúan, no se identifican como algo que pueda ocurrir, por lo tanto, no lo consideran como obstáculos.

### **Experiencia previa con la lactancia**

Con relación a la variable experiencia previa con la lactancia, los resultados sugieren que es un factor que influye en la motivación para lactar al próximo bebé, debido a que en los análisis bivariados la influencia de esta variable sobre la intención resultó significativa, en el sentido en que las participantes que previamente alimentaron a sus hijos únicamente con leche materna, tienen 3 veces más probabilidad de tener una intención alta de volver hacerlo, a diferencia de las que lo alimentaron de forma mixta y sólo con fórmula láctea.

De acuerdo con Phillips, Brett y Mendola (2011), esta variable puede aumentar las probabilidades de mantener la lactancia exclusiva por lo menos los primeros 4 meses, en comparación con las mujeres que nunca amamantaron a su primer hijo.

Lo anterior es consistente con la literatura, debido a que la TCP considera que tener experiencia previa con el comportamiento en cuestión puede influir en la intención conductual, modificar la influencia del resto de las variables y, en ocasiones, esta variable puede ser más importante, pero, sólo si se ejecutó de manera recurrente (Ajzen, 2002). Sin embargo, cuando su ejecución es intermitente, la experiencia pasada suele no ser suficiente para explicar la intención de la conducta futura y es ahí cuando toman mayor relevancia las actitudes, la norma subjetiva y la percepción de control. En este contexto, existe posibilidad de tener una alta motivación para volver a lactar en un futuro en aquellas embarazadas que optaron por alimentación mixta en su primer hijo, aunque esta posibilidad es mayor en las mujeres que lo alimentaron únicamente con leche materna.

Inicialmente se tenía planeado incluir esta variable en el modelo multivariado, para analizar cómo la experiencia previa modificaba el resto de las variables de la TCP, sin embargo, debido a que del 100% de la muestra sólo el 50% de las participantes eran multíparas, incluir esta variable dentro del modelo reduciría el número de observaciones y el análisis perdería poder explicativo.

### **Variables sociodemográficas y lactancia materna**

Referente al papel de las variables sociodemográficas, únicamente la edad se asoció significativamente con tener una alta intención de lactar, además, cuando el modelo multivariado se ajustó por esta variable resultó modificadora de efecto en conjunto con la norma subjetiva y con la comodidad y tranquilidad, es decir, a medida que las participantes tienen una mayor edad y una alta percepción de control y de norma subjetiva es más probable que exista una alta disposición para lactar. Estos resultados son consistentes con lo que reportan otros estudios, donde se ha observado que el abandono temprano de la lactancia se relaciona con la edad materna, en específico, con las madres adolescentes (Cadima *et al*, 2014, Rodríguez, Rodríguez, Elias, Rodríguez, & Lastres, 2017).

Se esperaba que la paridad se comportara diferente, se ha documentado (Oribe *et al*, 2015) que es más probable que las multíparas tengan una lactancia exitosa en sus próximos hijos,

el argumento es que esas mujeres ya han adquirido experiencia con esta conducta, sin embargo, esto no es del todo cierto, en este sentido toma más relevancia para el análisis la variable de experiencia previa como se muestra en los párrafos anteriores.

### **Fortalezas y debilidades del estudio**

Durante el desarrollo del estudio se detectaron algunas limitaciones de naturaleza metodológica que se deben reconocer. En primer lugar, las investigaciones donde los datos se adquieren mediante cuestionarios auto aplicados, conllevan a un sesgo de deseabilidad social en las respuestas que es importante considerar. Se intentó minimizar este riesgo garantizando la confidencialidad de los datos y enfatizando a las participantes que no existían respuestas correctas o incorrectas y, que el interés principal era conocer sus opiniones y puntos de vista.

Respecto al reactivo que mide la intención conductual, se recomienda que para evaluar un constructo de la TCP se incluyan al menos 5 o 6 ítems, que considere algunas características, como el tiempo y la frecuencia que se planea ejecutar la conducta y su contexto (Ajzen, 2006). En esta investigación se incluyó sólo una pregunta para evaluar esta dimensión, debido a que el objetivo de este trabajo, respecto a la variable dependiente, era medir únicamente la intención conductual de lactar por 6 meses, además se eligió una escala continua debido a que permitía evaluar un gradiente de intención.

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

Referente a las fortalezas, en México no se cuenta con investigaciones que aborden este fenómeno desde la perspectiva de la teoría de la conducta planeada. En este sentido, el estudio aporta información novedosa sobre los determinantes proximales de la lactancia

exclusiva, que puede ser de utilidad en el diseño de programas para promover esta conducta y pone a prueba la pertinencia del modelo dentro de este contexto.

Los instrumentos que se utilizaron para medir estas variables parecen tener propiedades psicométricas adecuadas, cuentan con validez de constructo y con valores de consistencia interna superiores a 0.70, que de acuerdo con Nunally y Bernstein (1995) se consideran valores adecuados para escalas psicométricas. Además, su estructura factorial identifica dimensiones específicas de los constructos (por ejemplo, la escala de control conductual considera tanto facilitadores como barreras) lo cual permite analizar su influencia de manera particular.

En esta investigación, se analizó la influencia de las actitudes, norma subjetiva y el control conductual percibido sobre la intención de lactar, sin embargo, el modelo plantea que ésta última es el antecedente inmediato de la conducta, en este caso de la lactancia exclusiva, por tanto, se sugiere trabajar con esta muestra en un diseño longitudinal, y evaluar a las participantes después del parto, mediante un instrumento que permita medir el papel predictor de esta variable sobre la lactancia exclusiva, considerando las características sociodemográficas, entre ellas la experiencia previa con la conducta y la edad.

## **Sugerencias**

El interés de este estudio fue el evaluar las actitudes hacia la lactancia materna, la opinión de los terceros referente a la leche materna y la percepción de control en los escenarios relacionados a esta conducta, sin embargo, en algunas investigaciones la medición de estas variables también se consideran las actitudes hacia las fórmulas lácteas, y la opinión de los familiares hacia ésta, por ello, una sugerencia es considerar incluir la evaluación de las fórmulas lácteas dentro de estas variables. Además de incluir algunas barreras adicionales que se han identificado como factores importantes a los que se enfrentan las madres como la prescripción médica de la leche de fórmula por parte de los pediatras (González, Huespe & Auchter, 2008; OPS, 2016).

De igual forma, se sugiere medir la variable dependiente mediante otro instrumento que considere la intención como un proceso, es decir, que la escala esté sustentada en algún modelo que identifique las diferentes etapas por las que las personas llegan a la toma de decisiones para ejecutar un comportamiento. Uno de los modelos teóricos que considera esto, es el modelo transteórico, el cual ha sido utilizado con anterioridad (Humphereys *et al*, 1998) para medir la intención en este escenario.

## **Conclusiones**

La importancia de la lactancia materna exclusiva radica en los beneficios para la salud del niño y de la madre, en ventajas económicas y sociales, y en beneficios para el sistema de salud pública. Si la lactancia materna se entiende como un comportamiento modificable los modelos psicosociales pueden aportar información valiosa para entender los factores proximales asociados a la ocurrencia de la lactancia. Por tanto, identificar los factores subyacentes a la decisión de llevar a cabo un comportamiento, puede ser esencial para el desarrollo de estrategias educativas exitosas. Utilizar estos modelos que expliquen los comportamientos de salud, son un marco de referencia apropiado y eficaz para comprender cada conducta en particular, Los programas educativos en lactancia materna que no consideren la evidencia que respalde su diseño, puede ser un factor que contribuye a la baja prevalencia de la lactancia materna. En este sentido, esta investigación ofrece un abordaje alternativo en este contexto, en un esfuerzo por identificar factores modificables asociados a la práctica de la lactancia.

En conclusión, los resultados apoyaron parcialmente la utilidad de la teoría de la conducta planeada para predecir la intención de lactar exclusivamente, es importante considerar que debido al tamaño de muestra no se incluyeron todas las covariables dentro del modelo multivariado para observar cómo se comportaban en conjunto. Estos resultados pueden ser de utilidad para el diseño de estrategias que promuevan una lactancia exitosa.

## Referencias Bibliográficas

- Aguilar Cordero, M. J., González Jiménez, E., Álvarez Ferre, J., Padilla López, C. A., Mur Villar, N., López, G., & Valenza Peña, M. (2010). Lactancia materna: un método eficaz en la prevención del cáncer de mama. *Nutrición Hospitalaria*, 25(6), 954-958
- Aguilar Cordero, M. J., Baena García, L., Sánchez López, A. M., Guisado Barrilao, R., Hermoso Rodríguez, E., & Mur Villar, N. (2016). Beneficios inmunológicos de la leche humana para la madre y el niño: revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 33(2), 482-493.
- Aguilar, M. J., Sánchez, A. M., Madrid, N., Mur, N., Expósito, M., & Rodríguez, E. (2015). Lactancia materna como prevención del sobrepeso y la obesidad en el niño y el adolescente; revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2).
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behaviour.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen I. & Fishbein M. (2000). Attitudes and the attitude-behavior relation: reasoned and automatic processes. In *European Review of Social Psychology*, ed. W Stroebe, M Hewstone.
- Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 27-58.
- Ajzen, I. (2002). Attitude assessment. *Encyclopedia of psychological assessment*, 1, 110-115.
- Ajzen, I. (2002). Residual effects of past on later behavior: Habituation and reasoned action perspectives. *Personality and social psychology review*, 6(2), 107-122.
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, Self-Efficacy, locus of control, and the theory of planned Behavior1. *Journal of applied social psychology*, 32(4), 665-683.
- Ajzen, I. (2005). Explaining intentions and behavior. En I. Ajzen (ed) *Attitudes, Personality and Behavior*. (pp. 117-140). New York: USA.
- Ajzen, I., and Fishbein, M. (2005) The influence of attitudes on behavior. In D. Albarracín, B. T. Johnson and M. P. Zanna (eds), *Handbook of Attitudes and Attitude Change: Basic Principles*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.



- Ajzen, I. (2006). Constructing a theory of planned behavior questionnaire.
- Ajzen, I. & Gilbert-Cote, N. (2008) Attitudes and the Prediction of Behavior. In W. Crano and R. Prislin (Eds) Attitudes and attitude change. (pp. 289-312) New York: Taylor & Francis Group.
- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: reactions and reflections.
- Aguilar Cordero, M. J., Baena García, L., Sánchez López, A. M., Guisado Barrilao, R., Hermoso Rodríguez, E., & Mur Villar, N. (2016). Beneficios inmunológicos de la leche humana para la madre y el niño: revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 33(2), 482-493.
- Aguilar Cordero, M. J., González Jiménez, E., Álvarez Ferre, J., Padilla López, C. A., Mur Villar, N., López, G., & Valenza Peña, M. (2010). Lactancia materna: un método eficaz en la prevención del cáncer de mama. *Nutrición Hospitalaria*, 25(6), 954-958.
- Allen, J., & Hector, D. (2005). Benefits of breastfeeding. *New South Wales Public Health Bulletin*, 16(4), 42-46.
- Alonso López, C., Ureta Velasco, N., & Pallás Alonso, C. R. (2010). Vitamina D profiláctica. *Pediatría Atención Primaria*, 12(47), 495-510.
- Alva, L. (2017) *Medición del control conductual percibido relacionado con la lactancia materna: diseño y validación de una escala para mujeres embarazadas de la Ciudad de México* (Tesis de licenciada en Psicología). Universidad Nacional Autónoma de México UNAM. Ciudad De México.
- Armas, M. G. G., Megías, S. M., Modino, S. C., Bolaños, P. I., Guardiola, P. D., & Álvarez, T. M. (2009). Importancia de la lactancia materna en la prevalencia de síndrome metabólico y en el grado de obesidad infantil. *Endocrinología y nutrición*, 56(8), 400-403.
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40(4), 471-499.
- Australian Breastfeeding Association. (2012). Breastfeeding and gastroenteritis. Recuperado el 12 de marzo del 2017 de: <https://www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/breastfeeding-and-gastroenteritis>

- Avalos González, M. M., Mariño Membribes, E. R., & González Hidalgo, J. A. (2016). Factores asociados con la lactancia materna exclusiva. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(2), 170-177.
- Baranowski, T., Rassin, D. K., Richardson, J., Bee, D. E., & Brown, J. P. (1986). Attitudes toward breastfeeding. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 7(6), 367-372.
- Bloom, B. L. (1988). *Health psychology: A psychosocial perspective*. Prentice Hall.
- Bobadilla, P. V., & Mendieta, G. G. (2013). Lactancia materna exclusiva y su abandono en lactantes con cardiopatía congénita comparada con lactantes sanos. *Archivos de Investigación Materno Infantil*, 5(2), 56-66.
- Bouret, S. G. (2010). Development of hypothalamic neural networks controlling appetite. In *Frontiers in Eating and Weight Regulation* (Vol. 63, pp. 84-93). Karger Publishers.
- Brahm, P., & Valdés, V. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista chilena de pediatría*, 88(1), 07-14.
- Brandtzaeg, P. (2010). The mucosal immune system and its integration with the mammary glands. *The Journal of Pediatrics*, 156(2), S8-S15.
- Butt, S., Borgquist, S., Anagnostaki, L., Landberg, G., & Manjer, J. (2014). Breastfeeding in relation to risk of different breast cancer characteristics. *BMC research notes*, 7(1), 216.
- Cabrera R.E., & Díaz D. O. (2009). El consumo de leche de vaca, respuesta inmune y diabetes mellitus tipo 1. *Revista Cubana de Endocrinología*, 20(2) Recuperado en 30 de septiembre de 2016, de
- Cadima, C. E., Jiménez, C. A. Z., Pontones, S. G., & Orozco, A. (2014). Factores que determinan la duración de la lactancia materna durante los tres primeros meses de vida. In *Anales médicos* (Vol. 59, No. 2, pp. 120-126).
- Colchero, M. A., Contreras-Loya, D., Lopez-Gatell, H., & de Cosío, T. G. (2015). The costs of inadequate breastfeeding of infants in Mexico. *The American journal of clinical nutrition*, 101(3), 579-586.
- Conner, M., & Sparks, P. (2005). Theory of planned behaviour and health behaviour. *Predicting health behaviour*, 2, 170-222.
- Conner, M. (2013). Health cognitions, affect and health behaviors. *European Health Psychologist*, 15(2), 33-39.

- Cordero, M., López, A. M. S., Baños, N. M., Villar, N. M., Ruiz, M. E., & Rodríguez, E. H. (2015). Lactancia materna como prevención del sobrepeso y la obesidad en el niño y el adolescente. Revisión sistemática. *Nutr Hosp*, 31(2), 606-620.
- Dávila, G. R., Dávila, P. R., Cabrejos, K., Meza, E. Q., Sercovic, K. R., Miñano, K., & Bayona, A. M. (2007). Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz. *Sociedad Peruana De Pediatría*, 60 (3), 140-149.
- De Jager, E., Skouteris, H., Broadbent, J., Amir, L., & Mellor, K. (2013). Psychosocial correlates of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Midwifery*, 29(5), 506-518.
- Diario Oficial de la Federación (2016). *Norma oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*. Ciudad de México. DOF.
- Díaz, A & Ramírez, V. (2005). Lactancia materna: evaluación nutricional en el recién nacido. *Revista cubana de pediatría*, 77(2), 0-0.
- Dieterich, C. M., Felice, J. P., O'Sullivan, E., & Rasmussen, K. M. (2013). Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad. *Pediatric Clinics of North America*, 60(1), 31-48.
- DiGirolamo, A., Thompson, N., Martorell, R., Fein, S., & Grummer-Strawn, L. (2005). Intention or experience? Predictors of continued breastfeeding. *Health Education & Behavior*, 32(2), 208-226.
- Duijts, L., Jaddoe, V. W., Hofman, A., & Moll, H. A. (2010). Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics*, peds-2008.
- Enriquez-Mudeci, L.F., Orozco-González, L.F., Melchor-Orozco, A., Cervantes, S., & Martinez-Tapia, M.E. (2016) Factores de riesgo del abandono de la lactancia materna en la ciudad de chihuahua. *Índice*, 53.
- Fazio, R. H. (1990). Multiple processes by which attitudes guide behavior: The MODE model as an integrative framework. *Advances in experimental social psychology*, 23, 75-109.
- Fishbein M, & Ajzen I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2011). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. Taylor & Francis.
- Flórez-Alarcón, L. (2007). *Psicología social de la salud: promoción y prevención*. Colombia: Manual Moderno.
- Fomon, S. J. (1995). Leche humana y lactancia materna. *Nutrición del Lactante*. 1ª ed. Mosby, Madrid, 400-414.
- García-López, R. (2011). Composición e inmunología de la leche humana. *Acta pediátrica de México*, 32(4), 223-230.
- Giles, M., Connor, S., McClenahan, C., & Mallet, J. (2010). Attitudes to breastfeeding among adolescents. *Journal of human nutrition and dietetics*, 23(3), 285-293.
- Giles, M., McClenahan, C., Armour, C., Millar, S., Rae, G., Mallett, J., & Stewart-Knox, B. (2014). Evaluation of a theory of planned behaviour–based breastfeeding intervention in Northern Irish Schools using a randomized cluster design. *British Journal of Health Psychology*, 19(1), 16-35.
- Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors. *American journal of health promotion*, 11(2), 87-98.
- Godfrey, J. R., & Lawrence, R. A. (2010). Toward optimal health: the maternal benefits of breastfeeding. *Journal of women's health*, 19(9), 1597-1602.
- Gómez, A & Rojas, M (2017) *Actitudes hacia la lactancia materna exclusiva en mujeres embarazadas de la Ciudad de México*. Presentado en el XXXVI Congreso Interamericano de Psicología. México, 23 de Julio (paper).
- Gómez, A; Rojas, M; Serrano, K & Juárez, M. (2017) *Norma subjetiva y lactancia materna: un estudio instrumental en mujeres embarazadas de la CDMX*. Presentado en el XXV Congreso Mexicano de Psicología. México, Octubre, (paper).
- Gonzalez, I. A., Huespe, M. S., & Auchter, M. C. (2008). Lactancia materna exclusiva factores de éxito y/o fracaso. *Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina*, 177(2).
- Guo, J. L., Wang, T. F., Liao, J. Y., & Huang, C. M. (2016). Efficacy of the theory of planned behavior in predicting breastfeeding: meta-analysis and structural equation modeling. *Applied Nursing Research*, 29, 37-42.

Hagger, M. S., Chatzisarantis, N. L., & Biddle, S. J. (2002). A meta-analytic review of the theories of reasoned action and planned behavior in physical activity: Predictive validity and the contribution of additional variables. *Journal of sport and exercise psychology*, 24(1), 3-32.

Haroon, S., Das, J. K., Salam, R. A., Imdad, A., & Bhutta, Z. A. (2013). Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. *BMC public health*, 13(3), S20.

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P (2010). Recolección de datos cuantitativos. En Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P (eds). *Metodología de la investigación* (pp. 196-275). México: McGraw-hill.

Horta, B. L., Loret de Mola, C., & Victora, C. G. (2015). Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta paediatrica*, 104(S467), 14-19.

Horwood, L. J., Darlow, B. A., & Mogridge, N. (2001). Breast milk feeding and cognitive ability at 7–8 years. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 84(1), F23-F27.

Humphreys, A. S., Thompson, N. J., & Miner, K. R. (1998). Assessment of breastfeeding intention using the transtheoretical model and the theory of reasoned action. *Health Education Research*, 13(3), 331-341.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016) *Estadísticas a propósito de la semana mundial de la lactancia materna. Datos Nacionales*. Mexico recuperado el 17 de noviembre del 2016 de: [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/lactancia2016\\_0.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/lactancia2016_0.pdf)

Instituto Nacional de Salud Pública (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales 2012*. Cuernavaca, Morelos.

Instituto Nacional de Salud Pública & UNICEF (2016). *Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015 - Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final*. Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México.

Jarpa, M. C., Cerda, L. J., Terrazas, M. C., & Cano, C. C. (2015). Lactancia materna como factor protector de sobrepeso y obesidad en preescolares. *Revista chilena de pediatría*, 86(1), 32-37.

- Jiang, M., Gao, H., Vinyes-Pares, G., Yu, K., Ma, D., Qin, X., & Wang, P. (2017). Association between breastfeeding duration and postpartum weight retention of lactating mothers: A meta-analysis of cohort studies. *Clinical Nutrition*.
- Jurado, L. S., Báez, M. V. J., Juárez, S. O., & de la Cruz Olvera, T. (2016). Lactancia materna, alimentación complementaria y el riesgo de obesidad infantil. *Atención Primaria*, 48(9), 572-578.
- Kornides, M., & Kitsantas, P. (2013). Evaluation of breastfeeding promotion, support, and knowledge of benefits on breastfeeding outcomes. *Journal of Child Health Care*, 17(3), 264-273. Recuperado el 20 de junio del 2017 de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1367493512461460>
- Labbok, M. H. (2001). Effects of breastfeeding on the mother. *Pediatric Clinics of North America*, 48(1), 143-158.
- Lamberti, L. M., Zakarija-Grković, I., Walker, C. L. F., Theodoratou, E., Nair, H., Campbell, H., & Black, R. E. (2013). Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC public health*, 13(3), S18.
- Leahy, K., Berlin, K. S., Banks, G. G., & Bachman, J. (2017). The Relationship between Intuitive Eating and Postpartum Weight Loss. *Maternal and Child Health Journal*, 1-7.
- León-Cava, N., Lutter, C., Ross, J., & Martin, L. (2002). Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. *Pan American Health Organization, Washington DC*.
- Macías, S. M., Rodríguez, S., & Ronayne de Ferrer, P. A. (2006). Leche materna: composición y factores condicionantes de la lactancia. *Arch argent pediatr*, 104(5), 423-30.
- Manstead, A. S., Proffitt, C., & Smart, J. L. (1983). Predicting and understanding mothers' infant-feeding intentions and behavior: testing the theory of reasoned action. *Journal of personality and social psychology*, 44(4), 657.
- Martinez, J. & Silva, I. (2010) Creencias psicológicas. En Durand, J.A & Grande-García, L., *Psicología y ciencias sociales* (pp.113-130). México: UNAM

- Mezzacappa, E. S., & Endicott, J. (2007). Parity mediates the association between infant feeding method and maternal depressive symptoms in the postpartum. *Archives of women's mental health, 10*(6), 259-266.
- McEachan, R. R. C., Conner, M., Taylor, N. J., & Lawton, R. J. (2011). Prospective prediction of health-related behaviours with the theory of planned behaviour: A meta-analysis. *Health Psychology Review, 5*(2), 97-144.
- McGuire, W. J. (1985). Attitudes and attitude change. In G. Lindzey and E. Aronson (Eds.), *Handbook of social psychology* (3rd ed.), Volume II: Special fields and applications. New York: Random House.
- McGuire, W. J. (1986). The vicissitudes of attitudes and similar representational constructs in twentieth century psychology. *European Journal of Social Psychology, 16*(2), 89-130.
- McMillan, B., Conner, M., Woolridge, M., Dyson, L., Green, J., Renfrew, M., ... & Clarke, G. (2008). Predicting breastfeeding in women living in areas of economic hardship: Explanatory role of the theory of planned behaviour. *Psychology and Health, 23*(7), 767-788.
- Mena N., Patricia, & Milad A., Marcela. (1998). Variaciones en la composición nutricional de la leche materna. Algunos aspectos de importancia clínica. *Revista Chilena de Pediatría, 69*(3), 116-121. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41061998000300007>.
- Morales, C. F. (1995). La Psicología de la Salud a final de siglo: una aproximación desde la profesión. *Revista Mexicana de Psicología, 12*, 177-183.
- Morales Calatayud, F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. México. Editorial UniSon.
- Negin, J., Coffman, J., Vizintin, P., & Raynes-Greenow, C. (2016). The influence of grandmothers on breastfeeding rates: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth, 16*(1), 91. Recuperado el 1 de agosto de 2017, de: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-0880-5>
- Nunnally, J. C. & Bernstein, J. H. (1995). *Teoría psicométrica* (Tercera Ed). México: MxGRAW-HILL
- Ohgi, S., Fukuda, M., Moriuchi, H., Kusumoto, T., Akiyama, T., Nugent, J. K., ... & Saitoh, H. (2002). Comparison of kangaroo care and standard care: behavioral

organization, development, and temperament in healthy, low-birth-weight infants through 1 year. *Journal of Perinatology*, 22(5), 374.

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2016). La lactancia materna en el siglo XXI. Recuperado el 14 de noviembre de 2016, de: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&Itemid=&gid=34257&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=&gid=34257&lang=es)

Organización Mundial de la Salud (2003). Estrategia Mundial Para la Alimentación del Lactante y el niño Pequeño. Ginebra. Recuperado el 20 de noviembre de 2016 de: [http://www.who.int/nutrition/publications/gi\\_infant\\_feeding\\_text\\_spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_spa.pdf).

Organización Mundial de la Salud (2009). Nuevas recomendaciones sobre el VIH para mejorar la salud, reducir las infecciones y salvar vidas. Recuperado el 16 de septiembre de 2017 de: [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/world\\_aids\\_20091130/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/world_aids_20091130/es/)

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). 10 datos sobre la lactancia materna. Recuperado el 14 de noviembre de 2016, de: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>

Organización Mundial de la Salud (2016). Preguntas y respuestas sobre el VIH y lactancia materna. Recuperado el 16 de septiembre de 2017 de: <http://www.who.int/features/qa/hiv-infant-feeding/es/>

Organización Mundial de la Salud (2017). Semana mundial de la lactancia materna 2017. Recuperado el 20 de septiembre de 2017 de: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13524%3Aworld-breastfeeding-week-2017&catid=2368%3Aworld-breastfeeding-week&Itemid=42401&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13524%3Aworld-breastfeeding-week-2017&catid=2368%3Aworld-breastfeeding-week&Itemid=42401&lang=es)

Oribe, M., Lertxundi, A., Basterrechea, M., Begiristain, H., Santa Marina, L., Villar, M., ... & Ibarluzea, J. (2015). Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 4-9. Recuperado el 12 de agosto del 2017 de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114002143>

Osgood, E. C., Suci, J., Tannenbaum, H.P. (1978) Medición de actitudes. En G.F Summers (ed). *Medición de actitudes*. (pp. 277-286). México: Trillas.



- Palafox, M. I. A., & Ortega, M. Á. F. (2007). Lactancia materna exclusiva. *Rev Fac Med UNAM*, pp. 50 (4).
- Pender, N. J., & Pender, A. R. (1986). Attitudes, subjective norms, and intentions to engage in health behaviors. *Nursing research*, 35(1), 15-18.
- Peraza Roque, Georgina J. (2000). Lactancia materna y desarrollo psicomotor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(4), 402-405.
- Pérez-Escamilla, R. (2001). La promoción de la lactancia materna en la era del sida. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 9(6), 357-361.
- Phillips, G., Brett, K., & Mendola, P. (2011). Previous breastfeeding practices and duration of exclusive breastfeeding in the United States. *Maternal and Child Health Journal*, 15(8), 1210-1216.
- Rea, M. F. (2004). Benefits of breastfeeding and women's health. *Jornal de pediatria*, 80(5), s142-s146.
- Riman, T., Dickman, P. W., Nilsson, S., Correia, N., Nordlinder, H., Magnusson, C. M., & Persson, I. R. (2002). Risk factors for invasive epithelial ovarian cancer: results from a Swedish case-control study. *American Journal of Epidemiology*, 156(4), 363-373.
- Riskin, A., Almog, M., Peri, R., Halasz, K., Srugo, I., & Kessel, A. (2011). Changes in immunomodulatory constituents of human milk in response to active infection in the nursing infant. *Pediatric research*, 71(2), 220-225.
- Rivis, A., & Sheeran, P. (2003). Descriptive norms as an additional predictor in the theory of planned behaviour: A meta-analysis. *Current Psychology*, 22(3), 218-233.
- Rodríguez, H. B. A., Rodríguez, L. M., Elias, D. G. R., Rodríguez, N. L., & Lastres, I. H. (2017). 05-Lactancia Materna. Comportamiento según algunos factores de interés epidemiológico en menores de un año de Yara Norte. 2013-2014 Breastfeeding. A behavior according to some factors of epidemic interest in children under a year in the North of Yara. 2013-2014. *MULTIMED Revista Médica Granma*, 19(6).
- Secretaría de Salud (2016) *Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018*. México. Recuperado el 26 de Mayo de 2017 de [http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/ENLM\\_2014-2018.pdf](http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/ENLM_2014-2018.pdf)

Scott, J. A., Shaker, I., & Reid, M. (2004). Infant feeding attitudes of expectant parents: breastfeeding and formula feeding. *Journal of advanced nursing*, 45(3), 260-268.

Swanson, V., & Power, K. G. (2005). Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behaviour. *Journal of Advanced Nursing*, 50(3), 272-282.

Tung, K. H., Goodman, M. T., Wu, A. H., McDuffie, K., Wilkens, L. R., Kolonel, L. N., ... & Sobin, L. H. (2003). Reproductive factors and epithelial ovarian cancer risk by histologic type: a multiethnic case-control study. *American Journal of Epidemiology*, 158(7), 629-638.

Ubillos, S.L., Páez, D.R. (2005) Actitudes Definición y Medición. En I. Fernández Sedano (ed), E. Zubieta (ed). *Psicología social, cultura y educación*. (Capítulo 10) Madrid: Pearson.

Vega, S., Gutiérrez, R., Radilla, C., Radilla, M., Ramírez, A., Pérez, J. J & Fontecha, J. (2012). La importancia de los ácidos grasos en la leche materna y en las fórmulas lácteas. *Grasas y aceites*, 63(2).

Verplanken, B., & Orbell, S. (2003). Reflections on Past Behavior: A Self-Report Index of Habit Strength. *Journal of Applied Social Psychology*, 33(6), 1313-1330.

Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J & Group, T. L. B. S. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387 (10017), pp. 475-490. Recuperado el 1 de Junio de 2017 de [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01024-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01024-7/abstract)

Wambach, K. A. (1997). Breastfeeding intention and outcome: A test of the theory of planned behavior. *Research in Nursing and Health*, 20(1), 51-60.

Warshaw, P.R. & Davis, F.D. (1985). Disentangling behavioral intention and behavioral expectation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 21, 213-228.

Hosmer, W.D.; Lemeshow, S & Sturdivant, X.R. (2013) The multiple logistic regression model. In. Hosmer, W.D.; Lemeshow, S & Sturdivant, X.R. (eds). *Applied Logistic Regression*. (pp. 35-46). New Jersey.

## **ANEXOS**

# ANEXO 1



## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PROYECTO PAPIIT-IN307916



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

Esta investigación tiene como objetivos:

1. Identificar el papel predictor de un conjunto de variables sociodemográficas, de atención al embarazo y psicosociales con la intención de lactar, así como con la realización y duración de la lactancia.
2. Identificar el efecto sobre la intención para lactar de tres intervenciones motivacionales breves adaptadas a la disposición para llevar a cabo la lactancia.

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

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

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

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

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

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

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

**Estoy de acuerdo ( ) No estoy de acuerdo ( )**

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento

\_\_\_\_\_  
**Firma del participante y/o de la persona responsable**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

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

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

\_\_\_\_\_  
**Firma del investigador**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

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

## ANEXO 2

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

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

### PARTE I

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

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

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

## ANEXO 3

### Cuestionario de actitudes hacia la lactancia materna exclusiva

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

#### Ejemplo

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

Enérgico	0	1	2	3	4	5	6	7	<b>X</b>	9	10	Cansado
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	----------	---	----	---------

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

Enérgico	<b>X</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Cansado
----------	----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------

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

Enérgico	0	1	2	3	4	<b>X</b>	6	7	8	9	10	Cansado
----------	---	---	---	---	---	----------	---	---	---	---	----	---------

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

## ANEXO 4

### Cuestionario de norma subjetiva

A continuación, se le presentan una serie de afirmaciones. En cada una de ellas marque con una “x” la opción que mejor represente lo que usted piensa de acuerdo a los encabezados de cada columna.

No marcar la parte sombreada

	No/Nunca/ Rara vez	A veces	Con frecuencia	Si/Siempre	No aplica	
1. En mi familia alimentaron a sus hijos con leche materna y por eso me dicen que yo también lo haga	0	1	2	3	4	1.[ ]
2. Considero importante la opinión de mi familia para lactar a mi bebé	0	1	2	3	4	2.[ ]
3. Mi pareja piensa que debo amamantar a nuestro bebé	0	1	2	3	4	3.[ ]
4. Para mi es importante la opinión de mi pareja respecto a lactar a mi bebé	0	1	2	3	4	4.[ ]
5. Mi mamá piensa que debo alimentar a mi bebé exclusivamente con leche materna	0	1	2	3	4	5.[ ]
6. Es importante la opinión de mi mamá para amamantar a mi bebé	0	1	2	3	4	6.[ ]
7. Mis cuñadas creen que es bueno alimentar con leche materna a mi bebé	0	1	2	3	4	7.[ ]
8. Me importa la opinión de mis cuñadas respecto a la lactancia materna	0	1	2	3	4	8.[ ]
9. Mi suegra me recomienda alimentar a mi bebé con leche materna	0	1	2	3	4	9.[ ]
10. Es importante la opinión de mi suegra para lactar a mi bebé	0	1	2	3	4	10.[ ]
11. Mi médico dice que alimente a mi bebé con leche materna	0	1	2	3	4	11.[ ]
12. Considero importante la opinión de mi médico para lactar a mi bebé	0	1	2	3	4	12.[ ]

## ANEXO 5

### Cuestionario de control conductual percibido hacia la lactancia materna

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

No marcar la parte sombreada

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

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

No marcar la parte sombreada

<i>Me dificultará amamantar a mi hijo(a) si</i>	Completamente	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente	
12. ...estoy enfrente de mis suegros	0	1	2	3	12.[ ]
13. ...se quita la sábana con la que me cubro	0	1	2	3	13.[ ]
14. ...no tengo tiempo	0	1	2	3	14.[ ]
15. ...tuviera que trabajar	0	1	2	3	15.[ ]
16. ...me siento cansada	0	1	2	3	16.[ ]
17. ...estoy enferma	0	1	2	3	17.[ ]

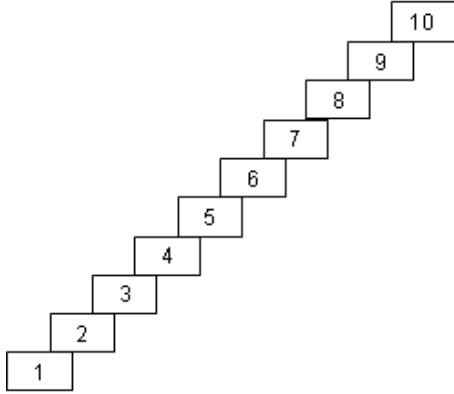
<i>Me dificultará amamantar a mi hijo(a) si</i>	Completamente	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente	
18. ...estoy en público	0	1	2	3	18.[ ]
19. ...tengo que hacer otras actividades	0	1	2	3	19.[ ]
20. ...estoy en transporte público	0	1	2	3	20.[ ]
21. ...estoy en la calle	0	1	2	3	21.[ ]
22. ...me siento estresada	0	1	2	3	22.[ ]
23. ...estoy de mal humor	0	1	2	3	23.[ ]
24. ...mi bebé rechaza mi pecho	0	1	2	3	24.[ ]

## ANEXO 6

### Cuestionario de datos sociodemográficos

<b>PARTE VIII</b>	
En esta parte se muestran preguntas relacionadas con datos generales. Por favor, no deje ninguna respuesta sin contestar (excepto a partir de la pregunta 12 si no se aplica a usted). ¡Gracias!	
No. Expediente: _____ Folio: _____	
1. Nombre completo:	
2. Fecha actual: ____/____/____ (día) (mes) (año)	
3. Teléfono(s): local: _____ celular: _____	
4. Edad: ____ (años cumplidos)	4. [ ] [ ]
5. Estado civil: Soltera ( 0 ) Casada, Unión libre ( 1 ) Otro ( 2 )	5. [ ]
6. Escolaridad:	6. [ ]
( 0 ) Primaria o menos	
( 1 ) Secundaria completa	( 3 ) Licenciatura completa
( 2 ) Bachillerato o equivalente completo	( 4 ) Posgrado
7. Ocupación:	7. [ ]
( 0 ) Profesional o técnica especializada, jefa y/o directiva de empresa o institución	



( 1 ) Comerciante, trabajadora administrativa, pequeña empresaria		
( 2 ) Trabajadora manual no calificada, obrera, trabajadora por cuenta propia		
( 3 ) Ama de casa		
( 4 ) Estudiante		
( 5 ) Desempleada, jubilada o pensionada		
<b>PARTE IX</b> 8.- Nivel socioeconómico: Imagine que esta escalera representa la posición social de las personas. En la parte más alta (escalón 10) se ubicarían los más ricos, las personas con los mejores empleos, los mejores sueldos y un gran número de recursos sociales y materiales. En la parte más baja (escalón 1) estarían las personas más pobres, sin trabajo, sin dinero, sin escolaridad y con muchas limitaciones sociales y económicas. Entre más alto se ubique más cerca se encuentra de las personas más ricas. Entre más bajo se ubique más cerca se encuentra de las personas más pobres. Por favor, marque con una cruz el escalón en el que usted crea que se encuentra usted y su familia.		8. [ ]

1. ¿Su embarazo fue planeado?

Sí ( ) No ( )

2. ¿Cuánto pesaba antes del embarazo? \_\_\_\_\_ Kg

3. Peso actual \_\_\_\_\_ Kg 4. Estatura \_\_\_\_\_ m.

5. Semana de embarazo/gestación: \_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_ días

6. Fecha probable de parto: \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año

7. ¿En qué semana del embarazo acudió por primera vez al centro de salud a consulta prenatal? \_\_\_\_\_

8. Número de consultas prenatales (sin contar pruebas de detección de VIH, consultas odontológicas, ni vacunas)

- a) En el centro de salud \_\_\_\_\_
- b) En consulta privada \_\_\_\_\_

9. ¿Asiste a algún Grupo de Ayuda Mutua en el Centro de Salud?

Sí ( 1 ) No ( 0 )

10. ¿Ha asistido a pláticas o asesorías sobre lactancia materna?

Sí ( 1 ) No ( 0 )

11. Una vez que su hijo(a) haya nacido ¿a qué servicio médico planea llevarlo para revisión y/o seguimiento?

- a) Centro de Salud
- b) Consulta privada con un Médico General
- c) Consulta privada con un Pediatra
- d) ISSSTE O IMSS
- e) Ninguno

12. ¿Es su primer embarazo?

Sí ( ) **HA TERMINADO EL CUESTIONARIO, GRACIAS**

No ( ) CONTINÚE CON LA PREGUNTA 13

13. Contando el embarazo actual, ¿cuántos ha tenido en total?: \_\_\_\_\_

14. Número de: (a) Partos: \_\_\_\_\_ (b) Cesáreas: \_\_\_\_\_ (c) Abortos: \_\_\_\_\_

15. ¿De qué forma alimentó a su primer hijo?

Lactancia materna exclusiva ( ) Alimentación mixta ( ) Solo fórmula láctea ( )

a) ¿Durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

16. ¿De qué forma alimentó a su segundo hijo?

Lactancia materna exclusiva ( ) Alimentación mixta ( ) Solo fórmula láctea ( )

a) ¿Durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

17. ¿De qué forma alimentó a su tercer hijo?

Lactancia materna exclusiva ( ) Alimentación mixta ( ) Solo fórmula láctea ( )

a) ¿Durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN**