



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31

TÍTULO DE LA TESIS:

***“ACTITUD PARA LA LACTANCIA MATERNA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. “***

NÚMERO DE REGISTRO

R-2018-3609-019

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

ILLESCAS ESPINOSA DENISSE CAROLINA

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ASESOR DE TESIS:

RAMÍREZ BAUTISTA LETICIA

CIUDAD DE MÉXICO

MARZO 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“ACTITUD PARA LA LACTANCIA MATERNA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. “**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ILLESCAS ESPINOSA DENISSE CAROLINA

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

A U T O R I Z A C I O N E S:

**DR. JOSÉ LUIS MONTES CERVANTES
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 31, IMSS**

**MF. LETICIA RAMÍREZ BAUTISTA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 31, IMSS**

**MF. TERESA ALVARADO GUTIERREZ
PROFESOR TITULAR DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No 31, IMSS**

ASESOR DE TESIS

**RAMÍREZ BAUTISTA LETICIA
MÉDICA FAMILIAR**

“ACTITUD PARA LA LACTANCIA MATERNA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. “

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ILLESCAS ESPINOSA DENISSE CAROLINA
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 31

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÒN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÒN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud **3609** con número de registro **13 CI 09 014 189** ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 09 CEI 016 2017061**.
H GRAL ZONA 1 CARLOS MC GREGOR

FECHA **Viernes, 09 de febrero de 2018.**

M.E. LETICIA RAMÍREZ BAUTISTA
P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

ACTITUD PARA LA LACTANCIA MATERNA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A_U_T_O_R_I_Z_A_D_O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2018-3609-019

ATENTAMENTE

FRANCISCO JAVIER PADILLA DEL TORO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3609

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Agradecimientos

A mi asesora de tesis Dra. Leticia Ramírez Bautista coordinador clínico de educación e investigación en salud de la unidad de medicina familiar No. 31 por los tiempos asignados, correcciones y exigencias en este proyecto. Mis infinitas gracias.

Dedicatoria

A mi familia, por ser los cimientos de mi desarrollo, todos y cada uno de ustedes, que han destinado su tiempo para apoyarme, crecer juntos, brindarme aportes invaluable que me serán útiles toda mi vida.

Especialmente a ustedes mis hijos que estuvieron presentes en mi evolución y crecimiento como médico especialista, motivándome a ser una inspiración en sus vidas. Los amo.

DATOS DEL ALUMNO	
Apellido paterno	Illescas
Apellido materno	Espinosa
Nombre	Denisse Carolina
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad o escuela	Facultad de medicina
Carrera	Médico familiar
No. de cuenta	515217670
DATOS DEL ASESOR	
Apellido paterno	Ramírez
Apellido materno	Bautista
Nombre	Leticia
DATOS DE LA TESIS	
Título	“ACTITUD PARA LA LACTANCIA MATERNA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCION”
Año	2018

ÍNDICE

<u>CONTENIDO</u>	PÁGINA
1.-RESUMEN	9
2.-INTRODUCCIÓN	11
2.1.Marco Epidemiológico	12
2.2.Marco Conceptual	14
2.3.Marco Contextual	18
3. JUSTIFICACIÓN	19
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
- 4.1.Pregunta de Investigación	22
5. OBJETIVOS	22
5.1.General	22
5.2. Específicos	22
6. HIPÓTESIS	22
7. MATERIAL Y MÉTODO	23
- 7.1.Periodo y sitio de estudio	23
-	
- 7.2. Universo de trabajo	23
-	
- 7.3.Unidad de análisis	23
-	
- 7.4. Diseño de estudio	23
-	
- 7.5. Criterios de selección	23
-	
- 7.5.1. Criterios de inclusión	23
-	
- 7.5.2. Criterios de exclusión	23
-	
- 7.5.3. Criterios de eliminación	23
8. MUESTREO	23
- 8.1.Cálculo del tamaño de muestra	23
9. VARIABLES.	24
- 9.1. Operacionalización de variables	24
10. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	27

11. ANALISIS ESTADÍSTICO	27
12. CONSIDERACIONES ÉTICAS	27
12.1. Conflicto de interés	29
13 .RECURSOS	29
13.1. Humanos	29
13.2. Materiales	29
13.3. Económicos	29
13.4. Factibilidad	30
14. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	30
15. BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS	30
16. RESULTADOS	31
17. DISCUSIÓN	34
18. CONCLUSIONES	35
19. RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS	35
20. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	36
20. ANEXOS	42
18.1. Hoja de Consentimiento Informado	42
18.2. Hoja de Recolección de datos	43

1.-RESUMEN.

“ACTITUD PARA LA LACTANCIA MATERNA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. “

Introducción: El impacto de los diferentes esfuerzos por promover la lactancia materna y la lactancia materna exclusiva en México, ya sea a través de los sistemas de salud o de organizaciones privadas, no ha sido sistemáticamente documentado. Partiendo de la conveniencia de la lactancia materna exclusiva y de baja prevalencia de ésta, consideramos que es necesario profundizar en los elementos que pudieran contribuir a promoverla o a inhibirla.

Objetivo: Determinar la relación entre funcionalidad familiar y actitud hacia la alimentación infantil con lactancia materna

Material Y Método. Estudio transversal relacional en 190 mujeres embarazadas derechohabientes de la UMF 31, en un periodo de 2 meses.

Recursos e infraestructura: Se realizó dentro de las instalaciones de la UMF 31, donde se cuenta con la población quien cumple los criterios de inclusión para la muestra, se cuenta con la infraestructura que facilitó la aplicación de las encuestas, los consumibles fueron financiados por el investigador.

Experiencia de grupo: los participantes en este protocolo cuentan con los conocimientos en metodología de la investigación.

Análisis de resultados: Se realizó análisis descriptivo con medidas de tendencia central para variables cuantitativas y proporción para variables cualitativas, posteriormente se realizó análisis inferencial con χ^2 .

Palabras Clave: *Actitud para la Lactancia materna. Funcionalidad familiar.*

“ ATTITUDE FOR BREASTFEEDING AND FAMILY FUNCTIONALITY IN A FIRST-LEVEL CARE UNIT. ”

Introduction: The impact of different efforts to promote breastfeeding and exclusive breastfeeding in Mexico, either through health systems or private organizations, has not been systematically documented. Based on the convenience of exclusive breastfeeding and its low prevalence, we consider that it is necessary to delve into the elements that could contribute to promoting or inhibiting it.

Objective: To determine the relationship between family functionality and attitude towards infant feeding with breastfeeding

Material and method. Relational cross-sectional study in 173 pregnant women entitled to UMF 31, in a period of 2 months.

Resources and infrastructure: It will be carried out within the installations of the UMF 31, where the population meets the inclusion criteria for the sample, it has the infrastructure that facilitates the application of the surveys, the consumables will be financed by the investigator.

Group experience: participants in this protocol have knowledge in research methodology.

Analysis of results: Descriptive analysis will be carried out with measures of central tendency for quantitative variables and proportion for qualitative variables, afterwards inferential analysis will be carried out with chi2.

Keywords: Attitude for breastfeeding. Family functionality.

INTRODUCCIÓN

El fomento de la lactancia materna (LM) es una tarea internacional y de toda la sociedad, tuvo su preámbulo en la Convención de los Derechos del Niño, siendo ratificada por consenso en el año 1989 por la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas (ONU).¹

La guía sobre la semana mundial de la LM hace hincapié a esta como un derecho para el niño y la madre; aumenta su éxito con las redes de apoyo familiares principalmente de la pareja, según el banco mundial con una pequeña inversión de \$1 en su promoción se obtiene un retorno de \$35.²

La LM exclusiva (LME) permite que la morbilidad y mortalidad infantil desciendan, principalmente en los países en desarrollo. Los múltiples beneficios que ofrece para el lactante, parecen no ser suficientes para que las madres prolonguen su duración, en México la prevalencia se encuentra por debajo de lo logrado en otros países de América Latina.³

El médico de la familia evalúa los niveles de organización de la esfera social siendo de utilidad para la promoción de la salud, y la prevención de enfermedades, con un enfoque epidemiológico, social, clínico, investigativo, gerencial y docente y con la finalidad de resolver los problemas de salud que se presenten, elevando el bienestar y la calidad de vida de la población bajo su vigilancia.⁴

Las intervenciones de promoción y apoyo de la lactancia materna que involucren a la madre y a los miembros de la familia incrementan las tasas de iniciación, duración y exclusividad de esta. El objetivo se podrá alcanzar a través de intervenciones durante el transcurso del embarazo, en el momento del parto, después de este y en el periodo de lactancia.⁵

-Marco teórico

Marco epidemiológico

La UNICEF en el 2016 indica que 40% de los lactantes reciben LM hasta los 6 meses de edad, esto se traduce a que 2 de cada 5 niños reciben LME a nivel mundial, siendo Asia el país con tasas más altas hasta un 60%.⁶

Las tasas de mortalidad infantil varía entre los países dependiendo la calidad de vida de la población, aquellos que se encuentran con una desventaja económica considerable mueren por falta de una adecuada LM aproximadamente 1 500 000 lactantes al año.⁷ Establecida como una intervención se evitaría el 87% de mortalidad en menores de seis meses en países de ingresos bajos y medianos.⁸

Se valoró en 194 países la prevalencia de LME registrando solo por encima del 60% en 23 de ellos.⁹

Las tasas de LM son variables: 2.8% en Kinshasa, República Democrática del Congo los primeros 6 meses del 2012 a 2013¹⁰; en Nigeria en el 2008 se registró una prevalencia de LME de 13.5% en 10,255 niños menores de 24 meses de edad.¹¹ En el centro y oeste de China en el 2010 se reportó un 28.7% de 2,354 niños menores de 2 años¹²; en Uganda el 56% inicia la LM durante la primera hora y el 46% hasta los 6 meses.¹³

En 5 países de ingresos bajos a medios durante el 2010 al 2013, se obtuvieron altas tasas sobre la iniciación de LM y LME medidas a los 42 días posparto en 255,495 díadas madre-hijo en países: 99% en India, 98.7% en Zambia, 85.5% en Kenia, 84.6% en Guatemala, 75.9% en Pakistán.¹⁴

En el Instituto Nacional de Salud de Italia, se aplicaron dos encuestas de seguimiento poblacional realizadas en 2008/2009 y 2010/2011, las estimaciones obtenidas de la prevalencia de amamantamiento y de LME fueron del 91.6% y 57.2% al alta, 71.6% y 48.6% a los 3 meses, 57.7% y 5.5% a los 6 meses.¹⁵

En América, menos del 32% de los bebés son amamantados exclusivamente en los primeros 6 meses de vida. Esta cifra oculta los avances específicos por país, donde algunos han logrado progresos en el aumento de las tasas de LME y enmascara el desafío para otros, que muestran poco o ningún progreso.¹⁶

En Estados Unidos se comprobó que las tasas de LM incrementaron; datos sobre la iniciación y la duración en 36 639 niños nacidos en 2000 y 2008, aumentaron de 70.3% a 74.6% para el inicio de la LM, 34.5% a 44.4% hasta los 6 meses, 16% al 23.4% hasta los 12 meses.¹⁷

En América Latina si se practicara de forma exclusiva en menores de 3 meses y se continuara hasta el año de edad, se evitaría el 55% de las muertes por diarreas e infecciones respiratorias agudas.¹⁸

La prevalencia de LME encontrada en una población rural de Chile fue 43,2%, aun así por bajo de la meta establecida a nivel país del 60%, pero similar a la reportada por la UNICEF¹⁹ ; en Honduras la LME alcanza un 43%; la baja prevalencia y el abandono precoz se debe a costumbres y falta de formación de las madres.²⁰

Brasil logró un expresivo progreso, debido a múltiples intervenciones aumentando 2.5 veces la LME.²¹

En Paraguay sólo uno de cada cuatro (24,4%) son alimentados de manera exclusiva con leche materna, por lo que han incrementado la promoción de los beneficios.²² En Cuba realizaron un estudio en la localidad de San José de las Lajas Mayabeque, encontrando que la LME representó la cifra más alta con el 64.5 % hasta los de 6 meses, seguida de la materna no exclusiva un 46.7%.²³

En México sólo 1 de cada 7 goza de los beneficios de la lactancia, la mediana de duración es de 10.2 meses. El 14.4% de los niños y niñas recibieron lactancia exclusiva durante sus primeros 6 meses de vida 12.7% en áreas urbanas y 18.5% en rurales.²⁴

En una encuesta relativa niños menores de dos años atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social, la prevalencia de lactancia materna exclusiva a los cuatro meses de edad fue de 23.8 % para el régimen obligatorio y de 46.2 % en IMSS Solidaridad. A los seis meses estas prevalencias se redujeron a 18.3 y 23.8 %, respectivamente.²⁵

Marco conceptual.

La LME significa que el niño recibe solamente leche materna incluyendo leche extraída o de nodriza durante los primeros 6 meses de vida, y ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto por sales de rehidratación oral, gotas y los jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos).²⁶

Permite la administración de un nutriente adecuado y fortalece el vínculo madre-hijo, aportando gran número de elementos no nutritivos funcionales que provienen de la madre.²⁷

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda se instale la LM en la primera hora después del nacimiento y la LME durante los seis primeros meses, considerando como una forma de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano del lactante.²⁸

La función familiar es fuente primordial de bienestar cuando se trata de familias potenciadoras en el desarrollo psicoemocional sin embargo puede resultar lo contrario en aquellas disfuncionales, en donde algunos factores como tensiones emocionales, falta de afecto, escasa comunicación, escases de límites o una inadecuada distribución de roles, pudieran generar problemas a los miembros de las familias en el plano psicológico, social e incluso en el biológico.²⁹

Una familia funcional tiene la capacidad de crear un entorno facilitador para el desarrollo de sus miembros, dicha funcionalidad se asocia a diferentes características del sistema familiar: niveles de cohesión, flexibilidad, comunicación, estrés, conflictos, emociones y vínculos.³⁰

El sistema familiar logra funcionalidad a través de procesos familiares como la coherencia, donde mediante las relaciones armónicas entre los miembros

familiares se provee de un sentido de unidad y pertenencia familiar; la individualización, hace referencia a la identidad personal a través del desempeño de roles, el mantenimiento del sistema el cual abarca las estrategias que proveen un sentido de seguridad y autonomía; finalmente el cambio del sistema, comprende la incorporación de conocimientos para asumir conductas frente a presiones internas personales, familiares y del ambiente.³¹

Hay evidencia científica acerca de los beneficios y la importancia de la LM para el lactante, la madre, su familia, y la sociedad sin embargo el abandono precoz y los bajos índices conllevan implicaciones adversas tanto sociales como sanitarias para la comunidad por lo que se reconoce que las redes de apoyo a la lactancia, desempeñan una crucial labor para mejorar los porcentajes de LM.³²

Se realizó un estudio en Cuba para identificar cinco factores de riesgo familiares, los cuales comprometen el riesgo nutricional con problemas de familia monoparental un 59.5% y familias disfuncionales 65.2%.³³

Es importante el papel y actitud de la pareja y de la familia para el éxito de la LM ya que establece también su vínculo afectivo. Todo irá mejor si la pareja participa desde el principio, para preservar la intimidad necesaria en el núcleo familiar durante las primeras semanas.³⁴

Por su parte, Marín y Gutiérrez³⁵ encontraron que el 96% de una muestra de 28 primigestas dijo haber recibido algún tipo de apoyo durante el proceso de amamantamiento; en el cual la abuela materna tuvo el mayor porcentaje con un 71%, seguida del esposo con un 61% y la hermana 57%. El apoyo brindado consistió principalmente en colocación del niño al pecho (54%), cuidados de los pezones agrietados (46%), importancia de brindar leche materna (43%) y una actitud positiva hacia la lactancia (39%).

En el estudio de Puente et al³⁶ realizado en 2009 en Santiago de Cuba sobre motivos de abandono de LM en madres adolescentes, el 20.2 % refirieron la influencia de la familia y allegados, en tanto que el 13.3 % señaló un inadecuado apoyo familiar y otro 13.3% por deficiente orientación por parte del personal de salud.

Se realizó en Cuba en el periodo 2013-2014 una investigación para evaluar el funcionamiento familiar y su relación con el tiempo de LM, se aplicó un instrumento (FF-SIL) a las madres de los lactantes, evidenciando que 32 (53,3 %) pertenecían a familias funcionales, 18 (30 %) eran miembros de familias valoradas como disfuncionales y 10 (16,6 %) a familias moderadamente funcionales.³⁷

Existen instrumentos de atención integral para obtener una apreciación gráfica y esquemática de la familia y sus relaciones, convirtiéndose en un elemento importante de diagnóstico en la medicina familiar para desarrollar una visión de las interacciones y su desarrollo histórico permitiendo la comprensión del entorno.³⁸

Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL):

En el contexto de funcionalidad familiar, existen un sin número de formas para evaluar la funcionalidad familiar, uno de ellos es el FFSIL test de percepción de la funcionalidad familiar, a través de la percepción de uno de sus miembros. De bajo costo, sencillo de entender, su comprensión no requiere mayor escolaridad, pudiendo ser empleado por cualquier profesional de la salud.³⁹

Fue diseñado en Cuba por Ortega, De la Cuesta y Díaz en 1994, en la Universidad de la Habana Cuba.⁴⁰ Es un instrumento construido para evaluar cuanti cualitativamente la funcionalidad familiar, previamente se validó con α de Cronbach ($\alpha = 0,779$) y prueba de mitades de Spearman *Brown* ($r = 0,825$). La prueba fue sometida en el año 1994 y en el 2000 a varios procedimientos que evidenciaron su confiabilidad y validez.⁴¹

Evalúa 7 variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad, permite al identificar el factor relacionado causante del problema familiar y así intervenir más eficaz y efectivamente en este.

Consta de sólo 14 items donde conforme las preguntas que se realice se evalúan las diferentes áreas:

Número de pregunta y las Situaciones Variables que mide

- 1 y 8..... Cohesión
- 2 y 13.....Armonía
- 5 y 11.....Comunicación
- 7 y 12.....Permeabilidad
- 4 y 14.....Afectividad
- 3 y 9.....Roles
- 6 y 10.....Adaptabilidad

Cada pregunta tiene 5 posibles respuestas que son: casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), A veces (3 puntos), Muchas veces (4 puntos), Casi siempre (5 puntos), de la cual se obtiene el puntaje final que clasifica la funcionalidad familiar en: Familia funcional (57-70 puntos), Familia moderadamente funcional (43-56 puntos) Familia disfuncional (28-42 puntos), Familia severamente disfuncional (14-27 puntos).⁴²

Escala Infantil de Alimentación y Actitud de Iowa (IIFAS)

La IIFAS desarrollada por De la Mora y Russell fue diseñada para medir las actitudes maternas de mujeres estadounidenses hacia la alimentación del lactante, con una consistencia alta (α de 0.86), en 2016 se realizó estudio descriptivo transversal para la adaptación cultural de la *Iowa Infant Feeding Attitude Scale* en población mexicana.⁴³

Consta de 17 ítems que se puntúan del 1 al 5 tomando como referencia el 1 como totalmente en desacuerdo y el 5 como totalmente de acuerdo siguiendo una escala Likert. Cuanta más alta es la puntuación, más favorable es la actitud hacia la lactancia materna.

La puntuación de acuerdo con las categorías de la actitud: positivas hacia la lactancia artificial (17-48 puntos), actitud neutral (49-69 puntos) o positiva hacia la lactancia materna (70-85 puntos).

Los ítems 1, 2, 4, 6, 8, 10, 11, 14 y 17 puntúan de manera inversa. Puntuación total de la escala entre 17 y 85.⁴⁴

Marco contextual.

Una política prioritaria en el Instituto Mexicano del Seguro Social es que los niños derechohabientes se vean beneficiados con la LM al seno materno, asegurar que más del 95% de ellos reciban por lo menos los primeros seis meses de vida con el propósito de contribuir a un impacto en la morbilidad y mortalidad. Esta estrategia compete a las Coordinaciones de Programas Integrados de Salud y de Atención Médica.

Al momento del egreso hospitalario se espera una cifra de LME en más del 95% de los recién nacidos en el Instituto, y un 80% en los niños menores de 6 meses de edad atendidos en su UMF de adscripción.

Las actividades dirigidas a reforzar la implementación se sustentan en la normatividad institucional con la participación activa del personal de salud operativo y directivo que labora en las unidades médicas con servicio de consulta externa y/o de hospitalización en las Unidades de Medicina Familiar y en unidades médicas hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención del Instituto, con atención prenatal, obstétrica, perinatal y pediátrica.

En la Unidad de Medicina Familiar No 31 del IMSS la prevalencia de LME en madres aseguradas descendió del 24.52% al 24.30% en un periodo de 6 meses, y en madres beneficiarias el incremento fue del 39.62% al 49.26%, en el año 2016.⁴⁵

En la Unidad de Medicina Familiar se cuenta con un total de 133,936 mujeres en edad fértil; una tasa global de fecundidad (hijos nacidos vivos por mujer) de 1.79, tasa de natalidad 14.4, además una mortalidad en menores de un año de 256 siendo la principal causa síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido con una tasa de 1,041.1, y con un total de 2,543 embarazadas durante el 2016, por lo que es importante incrementar estrategias que favorezcan el fomento de la LME.⁴⁶

Se realizó una investigación en la UMF 31 para determinar las causas de abandono de LM en el 2013, en 173 mujeres con hijos menores de un año, las

principales causas de abandono fueron madres adolescentes, alto nivel de escolaridad, ideología sobre un mayor beneficio en leche de fórmula, mala técnica de lactancia y la escasa producción; en contra parte se encontró como factor protector la orientación del personal de salud hasta en un 86.3%.⁴⁷

Se aplicó el instrumento FF-SIL en la UMF 75 del IMSS para determinar el grado de funcionalidad familiar, una muestra de 84 mujeres con característica de familias monoparentales, donde el 56% corresponde a familias funcionales, el 19% moderadamente funcional, el 24% disfuncionales y sólo el 1% corresponde a severamente disfuncional.⁴⁸

No se encontraron estudios donde se relacione la función familiar y la lactancia materna.

-Justificación

La lactancia materna es “un tema crucial en salud pública bajo continua revisión”. Por tal motivo, ha sido promovida, apoyada y defendida por distintas organizaciones de índole público y privado, tanto en el orden nacional como el internacional.

Es la mejor forma de nutrición del infante ya que provee beneficios fisiológicos y psicológicos para la madre y su hijo. La OMS recomienda que sea hasta los 6 meses y complementaria hasta los dos años o más, si el niño y la madre así lo desean. La leche materna reduce la incidencia de enfermedades infecciosas (diarrea, otitis, infecciones del tracto respiratorio superior, neumonía e infecciones del tracto urinario), disminuye la desnutrición y la deficiencia de vitamina A, disminuye los índices de mortalidad, previene las alergias y la intolerancia a la leche.

En 2012, la Encuesta Nacional Salud y Nutrición, hace notar que la lactancia materna exclusiva disminuyó 8% entre el 2006 y 2012. Lo deseable sería que para ganar el sentir y la confianza de las madres, tal como lo promueven la

OMS y la UNICEF en su programa: “Diez pasos hacia una feliz lactancia natural” parece importante que médicos y enfermeras de los hospitales conozcan y asesoren a las madres para impulsar la lactancia, ya que “la alimentación en la infancia es uno de los pilares en que se sustenta la promoción de la salud”.

No obstante, los avances han sido insuficientes para llevar a metas ideales y tasas de inicio que permitan un estado nutricional, un crecimiento y un desarrollo del niño pequeño adecuados, por lo que se requieren esfuerzos en el reconocimiento de las barreras y agentes protectores de la lactancia. Esta se debe reconocer como una práctica social, en torno a la cual surgen numerosos actores que la permean.

Además, no son solo la madre y su hijo quienes determinan su instauración y mantenimiento. El “entorno social y familiar de la madre es trascendental para el éxito de la lactancia materna”, ya que es una influencia cultural y una fuente de apoyo potencial para la toma de decisiones con respecto a la forma de alimentación que ella considerará como adecuada para su hijo.

El buen logro de la lactancia materna y la alimentación complementaria adecuada dependen de una información precisa y de un apoyo competente de la familia, la comunidad y del sistema de atención de salud.

El propósito de este trabajo fue determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y actitud hacia la alimentación infantil con lactancia materna en un primer nivel de atención, una vez realizado este análisis se identificaron las oportunidades de mejora y así lograr efectos positivos en la nutrición, salud y sobrevivencia de los niños de esta población y reducción de los riesgos en la salud de sus madres.

-Planteamiento del problema

La UNICEF, menciona que México es la segunda nación del mundo donde cada vez un menor número de mujeres alimentan al “pecho” a sus hijos y sólo dos de cada diez menores de seis meses son alimentados únicamente con leche materna, por lo que en México la lactancia al seno está por abajo de la “escala mundial”.

En México nacen 2.4 millones de niños y niñas, de los cuales sólo 1 de cada 7 goza de los beneficios de la lactancia. El 14.4% de los niños y niñas recibieron lactancia exclusiva durante sus primeros 6 meses de vida 12.7% en áreas urbanas y 18.5% en rurales.

La lactancia materna no solamente es instintiva, también es una conducta aprendida por lo que en la actividad hacia esta influye la observación durante la niñez, el médico familiar y el entorno social, así como la información que el personal de salud trasmite a la mujer principalmente durante el embarazo.

Si valoramos la influencia formativa que tuvo la sociedad sobre la lactancia materna y la relacionamos con los conceptos actuales de mantenerla de forma exclusiva por lo menos durante 6 meses, basados en los conocimientos científicos actuales. Observamos que existen malas interpretaciones por desconocimiento de lo anterior por parte de padres, la familia y la sociedad que repercuten negativamente sobre la prevalencia de la lactancia materna.

El entorno social y la funcionalidad familiar son trascendentales para el éxito de la lactancia materna, ya que es una influencia cultural y una fuente de apoyo potencial para la toma de decisiones con respecto a la forma de alimentación que ella considerará como adecuada para su hijo. Con la llegada de un nuevo miembro en la familia se crean expectativas en su entorno, pasando a ser el periodo de lactancia materna una fase en la que toda la familia experimenta cambios, incrementando responsabilidades así como satisfacciones, demandando la atención del grupo; de manera que la madre lactante necesita apoyo familiar para que se pueda dar con éxito e incrementar la duración en el tiempo. Por lo que creemos que es en este contexto las ventajas de la lactancia

también debieran ser conocidas por todos sus miembros en diferentes niveles, para que la lactancia materna se consolide.

Es por eso que el grupo de investigadores se realizó la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la relación entre funcionalidad familiar y la actitud hacia la alimentación infantil con lactancia materna?

-Objetivos

Objetivo General.

Determinar la relación entre funcionalidad familiar y actitud hacia la alimentación infantil con lactancia materna

Objetivo Específicos.

Identificar las características sociodemográficas (edad, estado civil, escolaridad, número de hijos, ocupación)

Determinar la funcionalidad familiar de las entrevistadas

Evaluar la actitud hacia la alimentación infantil con lactancia materna

-Hipótesis

Hipótesis de trabajo (H₁)

Existe relación entre funcionalidad familiar y la actitud hacia la alimentación infantil con lactancia materna en mujeres embarazadas derechohabientes de la UMF 31

Hipótesis nula (H₀)

No existe relación entre funcionalidad familiar y la actitud hacia la alimentación infantil con lactancia materna en mujeres embarazadas derechohabientes de la UMF 31

-Material y Método

Periodo y sitio de estudio.

El estudio se realizó en un periodo de dos meses en la UMF 31 IMSS, ubicada en: Unidad de Medicina Familiar No. 31, Delegación Sur D.F. IMSS Calzada Ermita Iztapalapa, entre Fundición y Av. San Lorenzo No. 1771, Colonia El Manto C.P. 9830.

Universo de trabajo.

Derechohabientes de la UMF 31 con un registro de 265 876.

Unidad de análisis.

Mujeres embarazadas

Diseño de estudio.

Transversal analítico

Criterios de selección.

Criterios de inclusión:

Todas las mujeres embarazadas derechohabientes de la UMF 31, que acudan a control prenatal en la unidad, que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión. (Puede no haber)

Mujeres con alteraciones físicas o mentales que impidan responder el cuestionario

Criterios de eliminación.

Mujeres que no concluyan los dos instrumentos de evaluación al 100%

-Cálculo del tamaño de la muestra

Se realizó un muestreo no aleatorio por casos consecutivos.

La UMF 31 cuenta con un registro de 2543 mujeres embarazadas durante el 2016 dadas las características de la investigación requerimos estimar una

proporción, con un nivel de confianza del 95% ($Z_{1-\alpha}$) con un valor de 1.96, una precisión del 5% y con una prevalencia esperada del 14.4% de acuerdo a la encuesta nacional de salud y nutrición 2012 en México con relación a la lactancia materna exclusiva. Obteniendo un tamaño de muestra ($n=173$) mujeres embarazadas derechohabientes de la unidad.

Se realizó cálculo de tamaño de muestra para población finita.

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

En donde:

N = Tamaño de la población = 2543

($Z_{1-\alpha}$) = 1.96 (valor tipificado)

P = proporción: 0.05

Q = 1-p (0.95)

d = 0.05 (poder de precisión)

La muestra para el presente estudio fue de 173 más el 20% de posibles pérdidas quedando un total de 207 pacientes.

-Variables

Variables dependientes: actitud hacia la alimentación infantil con lactancia materna

Variable independiente: funcionalidad familiar

Variables sociodemográficas: edad, estado civil, escolaridad, número de hijos, ocupación de la madre

Actitud hacia la lactancia materna

Definición conceptual: disposición mental particular hacia una práctica planeada

Definición operacional: se aplicará un cuestionario que mide la escala de actitudes hacia la alimentación infantil IIFAS clasificándola en positiva hacia la lactancia artificial, neutral o actitud positiva hacia la lactancia materna

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Escala: 1. actitud positiva hacia la lactancia artificial 2. Actitud neutral 3. Actitud positiva hacia la lactancia materna

Funcionalidad familiar

Definición conceptual: capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa

Definición operacional: se aplicará el cuestionario FF-SIL para el diagnóstico de funcionamiento familiar clasificándolo en funcional, moderadamente funcional, disfuncional o severamente disfuncional

Tipo de variable: cualitativa nominal

Escala: 1.Funcional 2.Moderadamente funcional 3.Disfuncional 4.Severamente disfuncional

Edad

Definición conceptual: tiempo que un ser ha vivido desde su nacimiento hasta la fecha actual

Definición operacional: la referida por la entrevistada

Tipo de variable: Cuantitativa continua

Escala: Años

Estado civil

Definición conceptual: condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.

Definición operacional: la referida por la entrevistada

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Escala: 1.soltera 2. Casada 3. Unión libre

Escolaridad

Definición conceptual: se refiere a cada una de las etapas en que se divide un nivel educativo

Definición operacional: Último grado de estudio que la entrevistada refiera que cursó.

Tipo de variable: Cualitativa ordinal

Escala: 1.Analfabeta 2.Primaria 3.Secundaria 4.Preparatoria 5. Licenciatura

Número de hijos

Definición conceptual: cantidad de hijos que tiene una mujer

Definición operacional: la referida por la entrevistada

Tipo de variable: Cuantitativa discreta

Escala: Número de hijos

Ocupación

Definición conceptual: actividad domestica, laboral o estudiantil que desempeña una persona actualmente ya sea remunerada o no

Definición operacional: Actividad doméstica, laboral o estudiantil que refiera la entrevistada

Tipo de variable: Cualitativa Nominal

Escala: 1.Estudiante 2.Ama de casa 3.Empleada

Antecedente de lactancia materna

Definición conceptual: actividad previa de practicar la lactancia

Definición operacional: la que refiera la entrevistada

Tipo de variable: cualitativa dicotómica

Escala: 1.si 0.no

Duración de la lactancia previa

Definición conceptual: periodo temporal que se extendió la lactancia

Definición operacional: la que refiera la entrevistada

Tipo de variable: cuantitativa discreta

Escala: numero de meses

-Descripción del estudio

Se identificaron mujeres embarazadas que se encontraban en sala de espera en ambos turnos y/o que acudieron a grupo de apoyo. Conforme se localizaban las pacientes que cumplían con criterios de inclusión, se les invitó a participar en el estudio, se ingresaron a un aula designada donde se les dió a firmar la carta de consentimiento informado. Posteriormente se aplicó encuesta estructurada para responder en un tiempo aproximado de 15 minutos, al término del día se realizó captura de los datos en una hoja de cálculo de Excel Microsoft 2007. Al completar la muestra requerida se realizó análisis descriptivo con medidas de tendencia central para variables cuantitativas y proporción para variables cualitativas, posteriormente se realizó análisis inferencial con χ^2 .

-Análisis estadístico

Se realizó el análisis con el programa estadístico SPSS 22. Análisis descriptivo con medidas de tendencia central para variables cuantitativas y proporción para variables cualitativas, posteriormente se realizó análisis inferencial con χ^2 .

-Consideraciones éticas

Se considera este estudio de acuerdo al **Reglamento de la Ley General de salud** en materia de investigación para la salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, lo establecido en **el artículo 17**, en su categoría **I.-Investigación sin riesgo.-** Estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de la 59ª asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, en su apartado 3 y 6.-El deber del médico

es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica.

El Reglamento de la Ley General De Salud en materia de investigación para la salud, la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos y los lineamientos para el manejo de recursos de terceros destinados a financiar proyectos de investigación y/o docencia.

En los cuales señala algunos puntos importantes:

Una carta de consentimiento informado en materia de investigación, al documento mediante el cual el sujeto de investigación acepta participar voluntariamente una vez que ha recibido la información suficiente, oportuna, clara y veraz sobre los riesgos y beneficios esperados.

Los comités en materia de investigación para la salud, al conjunto de profesionales pertenecientes a una institución donde se realiza investigación encargados de revisar se realicen conforme a los principios científicos de investigación, ética en la investigación y de bioseguridad que dicta la lex artis médica y de conformidad con el marco jurídico-sanitario mexicano.

Información privada como aquella información sobre la conducta que ocurra en un entorno en el que el individuo pueda razonablemente esperar que no esté siendo observado o grabado. Información que haya sido suministrada para fines específicos (ajenos a la investigación) por un individuo, la cual el individuo pueda razonablemente esperar que no se hará pública (por ejemplo, un expediente médico).

Se especifica que el obtener el consentimiento informado en pacientes embarazadas no supone ningún problema particular, pero nunca deberá considerarse la participación de mujeres embarazadas o madres lactantes en investigaciones no terapéuticas que puedan exponer al feto o al recién nacido a riesgos, a menos que éstas tengan por objeto explicar problemas relativos al embarazo o la lactancia. Las investigaciones terapéuticas sólo se admiten cuando tienden a mejorar el estado de salud de la madre sin perjudicar al feto o lactante, a mejorar la viabilidad del feto o a promover el desarrollo saludable del

lactante y la capacidad de la madre para alimentarlo debidamente. En mujeres embarazadas, se deberá tomar en cuenta lo especificado en el artículo 44 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

En el transcurso de la investigación puede que haya que compilar y almacenar información relativa a personas cuya revelación a terceros pueda causar perjuicio o malestar. Por lo tanto, los investigadores deberán tomar las medidas necesarias para proteger el carácter confidencial de dicha información, por ejemplo, omitiendo los datos que pudieran facilitar la identificación de los participantes, limitando el acceso a los datos o tomando cualquier otra medida apropiada

-Conflictos de interés.

El grupo de investigadores no recibe financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés al participar en el presente estudio.

-Recursos

Humano.

Médico Residente.

Asesor.

Materiales.

Computadora.

Copias.

Lápices.

Plumas.

Hojas.

207 encuestas.

207 Consentimiento Informado.

Económicos.

El presente trabajo no tiene financiamiento Institucional ni extrainstitucional, la unidad cuenta con las instalaciones donde se puede entrevistar al paciente. Los consumibles serán financiados por el alumno.

Factibilidad.

Se realizó dentro de las instalaciones de la UMF 31, donde se cuenta con la población quien cumple los criterios de inclusión para la muestra, se cuenta con la infraestructura que facilite la aplicación de las encuestas, los consumibles fueron financiados por los investigadores.

-Limitaciones del estudio.

La limitación del presente estudio es que solo se realizó en una clínica de medicina familiar con población delimitada lo cual disminuye la validez externa del estudio.

-Beneficios esperados y uso de resultados

Identificar la actitud hacia la alimentación infantil con lactancia materna, y de acuerdo al resultado proponer acciones para beneficio a favor de la lactancia.

-Resultados

Se analizó una muestra de 190 pacientes embarazadas que cumplían los criterios de inclusión. Se obtuvo una mediana de la edad de 26 con rangos de edad de 16 a 44 años.

El estado civil que predominó fue unión libre 94 (49.5%); respecto a la escolaridad 102 (53.7%) bachillerato, 2 (1.1%) primaria y 2 (1.1%) analfabeta.

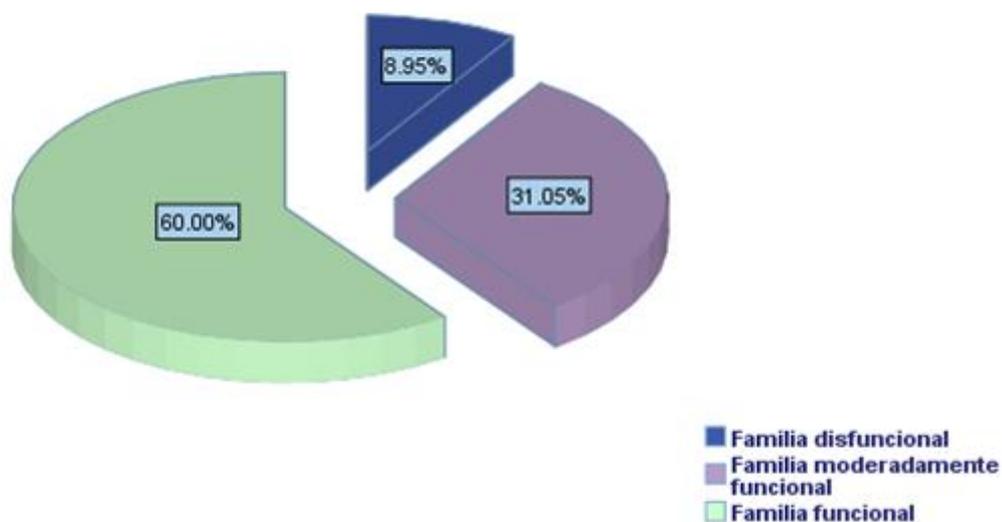
La ocupación que predominó fue empleada 113 (59.5%), seguida de ama de casa 54 (28.4%) y estudiante solo 23 (12.1%). La mayoría de las entrevistadas eran primigestas 104 (54.7%), el resto 86 (45.3) tenía un hijo o más; de estas 77 (89.5%) refirió tener antecedente previo de lactancia con respecto a 9 (10.4%) quien no lo tuvo. De las cuales 18 (9.5%) lactó de 1 a 6 meses, y 59 (30.7%) de 6 hasta 24 meses.

CUADRO 1. Características generales de la población de estudio

n = 190			
Edad	Mediana	RQ	
	26	16-44	
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	
Soltera	39	20.5	
Casada	57	30	
Unión libre	94	49.5	
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	
Analfabeta	2	1.1	
Primaria	2	1.1	
Secundaria	46	24.2	
Bachillerato	102	53.7	
Licenciatura	38	20	
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	
Estudiante	23	12.1	
Ama de casa	54	28.4	
Empleada	113	59.5	
Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje	
Ninguno	104	54.7	
Uno	57	30	
Dos	22	11.6	
Tres	6	3.2	
Cuatro	1	0.5	
Antecedente de lactancia materna	Frecuencia	Porcentaje	
No	113	59.5	
Si	77	40.5	
Tiempo de lactancia materna (meses)	Frecuencia	Porcentaje	
1 a 6	18	9.5	
6 a 24	59	30.7	

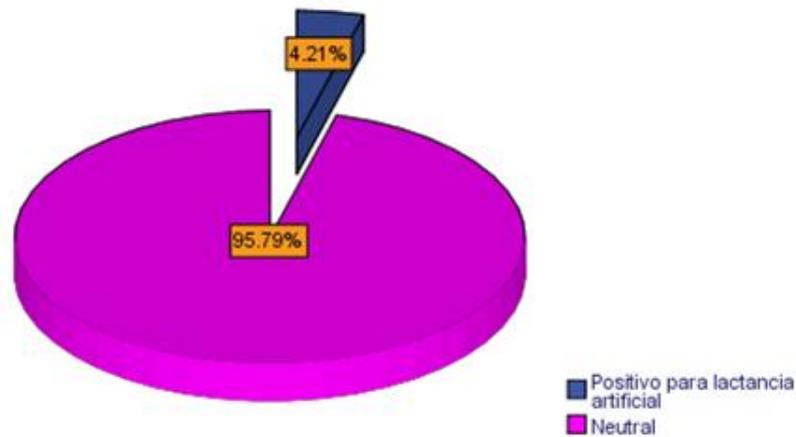
Respecto a la funcionalidad familiar, la cual fue evaluada a través del FF-SIL se encontró familia funcional en 114 (60%), familia moderadamente funcional 59 (31.1%) y familia disfuncional 17 (8.9%).

FIGURA 1. Funcionalidad Familiar de acuerdo al FF-SIL



La evaluación de la actitud materna hacia la lactancia materna, con la escala IIFAS, resultó neutral en 182 (95.8%) y positivo a la lactancia artificial 8 (4.2%) . Ninguna de las participantes mostró actitud positiva hacia lactancia materna.

FIGURA 2. Actitud para la lactancia materna evaluada por IIFAS



Respecto a la relación entre la actitud para la lactancia materna y funcionalidad familiar de acuerdo a la prueba de Spearman se encontró una significancia estadística (Cuadro 2); 112 de las entrevistadas que consideran a su familia como funcional refirieron una actitud neutral para la lactancia materna. De las 8 participantes con actitud positiva para lactancia artificial 4 evaluaron a su familia como disfuncional.

Cuadro 2. Relación entre la actitud para la lactancia materna y funcionalidad familiar

Actitud para la lactancia materna	Funcionalidad Familiar			Total
	Familia Disfuncional	Familia Moderadamente funcional	Familia Funcional	
Positivo para lactancia artificial	4	2	2	8
Neutral	13	57	112	182
Positivo para lactancia materna	0	0	0	0
Total	17	59	114	190

$\chi^2=17.535$ $p=0.001$ $rho = 0.202$ $p=0.005$

-Discusión

La prevalencia de LM en nuestro país es del 14.4%, y a pesar de que existe en el Instituto Mexicano del Seguro Social una política prioritaria en la que los niños se vean beneficiados con la LM, donde más del 95% la reciben por lo menos los primeros seis meses de vida; en el estudio se observó una cifra menor, presentándose en el 89.5% de encuestadas que contaban con el antecedente de lactancia materna en embarazos previos.²⁴

La OMS reporta en México la mediana de duración de LM es de 10.2 meses; en nuestra muestra se presentó una media de 4.4 meses.²⁴

En un estudio realizado por Marín y Gutiérrez³⁵ encontraron que el 96% de una muestra de 28 primigestas dijo haber recibido algún tipo de apoyo durante el proceso de amamantamiento; con una actitud positiva hacia la lactancia del 39%; en nuestro estudio resultó neutral en un 95.8%, positivo a la lactancia artificial 4.2% y una actitud positiva hacia la LM de 0%.

Se realizó en Cuba una investigación para evaluar el funcionamiento familiar y su relación con el tiempo de LM, se aplicó FF-SIL a las madres de los lactantes, evidenciando 53.3 % pertenecían a familias funcionales, 16.6 % a familias moderadamente funcionales y 30 % eran miembros de familias valoradas como disfuncionales.³⁷ En nuestro proyecto de investigación se aplicó el mismo instrumento y las encuestadas evaluaron a sus familias como funcionales en un 60%, familias moderadamente funcionales 31.1% y familias disfuncionales 8.9%. Predominando en ambos familias funcionales, en este estudio se presentó un valor más bajo con respecto a familias disfuncionales.

-Conclusiones

Con respecto a los resultados que se obtuvieron no se demostró una relación entre la actitud para la lactancia materna y funcionalidad familiar, ya que en el 95.8% mostró una actitud neutral. Sin embargo en los datos obtenidos se puede observar una frecuencia mayor hacia la actitud neutral para la lactancia materna; probablemente debido a que la mayoría de las entrevistadas eran primigestas y no contaban con antecedente previo a la lactancia materna.

La actitud positiva para lactancia artificial se presentó un 75% a familias evaluadas como moderadamente funcionales y disfuncionales.

No se encontró relación significativa entre las variables sociodemográficas, la funcionalidad familiar y la actitud hacia la alimentación infantil.

Respecto a la funcionalidad familiar, la mayoría de las encuestadas valoraron a su familia como funcional; la funcionalidad familiar comprende actividades de carácter clínico que se vinculan con una visión integradora y debe ser evaluada al tomar en cuenta el dinamismo de las familias y no etiquetarla bajo la idea que así permanecerá por tiempo indefinido.

Al médico familiar debe interesar la evaluación familiar en la medida que permita comprender como los daños a la salud son manejados por las familias; propiciando la participación hacia un manejo mas integral en familias con mayor riesgo de disfunción.

-Recomendaciones o sugerencias

Se sugiere establecer un plan enfocado a las pacientes embarazadas desde la primera consulta hasta el primer año de vida del producto y sus cuidadores primarios; enfatizando sobre los beneficios a largo plazo de la LM y técnicas de lactancia; resaltando el empoderamiento de los familiares para obtener mayores beneficios.

En la práctica diaria de la consulta externa se sugiere desarrollar mecanismos de transformación, apropiación, movilización y responsabilidad social de la comunidad desde sus diferentes roles a favor de la lactancia materna.

Se puede llegar durante el interrogatorio y analizar las posibles barreras sociales por grupos desde familiar, la pareja y cuidador que la madre perciba y desarrollar intervenciones que fortalezcan entornos sociales más favorables.

Hacer uso de las tecnología, capacitando a las madres que tengan un dispositivo android con acceso a internet sobre el uso de la aplicación LactApp, es la única aplicación móvil capaz de ofrecer repuestas personalizadas sobre lactancia y maternidad según el perfil de cada madre y bebé, la cual recoge, resume y hace accesible información científica y fiable sobre la LM.

-Referencias bibliográficas

1. UNICEF. Lactancia materna. Consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial [Monografía en Internet]. 2014. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html.
2. Folder de acción. Semana mundial lactancia materna 2017.
3. Aguilar MI, Fernández MA. Lactancia materna exclusiva. Rev Fac Med UNAM. 2007; 50(4): 174-178.
4. Padilla ES, Suárez LI, Troya EB, Martínez JA. La evaluación médica en la atención primaria de salud. Rev Med Electrón 2014 abr;36 (2)
5. Araya Z, Brenes G. Educación prenatal factor asociado al éxito de la lactancia materna. Rev Enf Actual en Costa Rica, 23,1-14.
6. United Nations Children's Fund. From the first hour of life: Making the case for improved infant and young child feeding everywhere [Monografía en Internet]. October 2016. Disponible en: <http://data.unicef.org/resources/first-hour-life-new-report-breastfeedingpractices>.
7. Broche RC, Sánchez OS, Rodríguez DR, Pérez LU. Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la lactancia materna exclusiva. Rev Cub Med Gral Int 2011; 27(2).

8. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de Salud. La lactancia materna en el siglo XXI 2016.
9. Los bebés y las madres del mundo sufren los efectos de la falta de inversión en la lactancia materna. Ginebra/nueva york, 1 de agosto de 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/lack-investment-breastfeeding/es>.
10. Babakazo P, Donnen P, Akilimali P, Ali NM, Okitolonda E. Predictors of discontinuing exclusive breastfeeding before six months among mothers in Kinshasa: a prospective study. *Breastfeeding Journal* 2015.
11. Ogbo FA, Agho KE, Page A. Determinants of suboptimal breastfeeding practices in Nigeria: evidence from the 2008 demographic and health survey. *BMC Public Health*. 2015;15(1).
12. Guo S, Fu X, Scherpbier RW, Wang Y, Zhou H, Wang X, Hipgrave D. Breastfeeding rates in central and western China in 2010: implications for child and population health. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(5): 322-331.
13. Bbaale E. Determinants of early initiation exclusiveness and duration of breastfeeding in Uganda. *Journal of Health Population and Nutrition*; 2014 Jun; 32(2): 249–260.
14. Patel A, Bucher S, Pusdekar Y, et al. Rates and determinants of early initiation of breastfeeding and exclusive breast feeding at 42 days postnatal in six low and middle-income countries: A prospective cohort study. *Reproductive Health*. 2015;12(S2).
15. Lauria L, Spinelli A, Grandolfo M. Prevalence of breastfeeding in Italy: a population based follow-up study. Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy *Ann Ist Super Sanità* 2016;52(3): 457-461 DOI: 10.4415/ANN_16_03_18.

16. Organización panamericana de la salud. Semana Mundial de la Lactancia Materna 2017. Juntos podemos hacer que la lactancia materna sea sostenible.
17. Progress in Increasing Breastfeeding and Reducing Racial/Ethnic Differences — United States 2000–2008 Births MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2013 Feb 8;62:77.
18. González T, Escobar L, González D, Shamah T, Rivera JA. La lactancia materna exclusiva en menores de seis meses se asocia con un mejor peso para la longitud en hogares con inseguridad alimentaria en México. Salud Pública de México. 2014; 56(1):31-38.
19. Pino JV, López ME, Medel AI, Ortega AS. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. Rev Chil Nutr Marzo 2013;40(1).
20. Fernández LP, Barrientos EA, Raudales CU, Frontera CS, Ros GB. Grado de malnutrición y su relación con los principales factores estructurales y alimentarios de la población preescolar hondureña. Prevalencia de la lactancia materna en los mismos. 2017.
21. Victora CG. La lactancia materna en Brasil: ejemplo para el mundo. Programa de Posgrado en Epidemiología de la Universidad Federal de Revista Británica The Lancet: 29 Enero del año 2016.
22. Martínez L, Hermosilla M. Razones de abandono de lactancia materna en madres con hijos menores de 2 años. Mem Inst Investig Cienc. Salud. 2017; 15(2): 73-78.
23. Sánchez NS, Reyes OS, Pérez NN, Mato AG. Diámetro transversal del maxilar y hábitos bucales perjudiciales en lactancia en materna. Rev Ciencias Méd de Pinar del Río. Marzo -abril, 2017; 21(2)257-265.
24. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales Instituto Nacional de Salud Publica.

25. Turnbull BP, Escalante ÉI, Klunder MK. Papel de las redes sociales en la lactancia materna exclusiva. Una primera exploración. Rev Méd IMSS. marzo-abril 2006.44(2):97-104.
26. OMS. Lactancia materna [monografía en internet] Disponible en: www.who.int/topics/breastfeeding.
27. Rodríguez GM, Fuertes JF, Samper MV, et al. Programas de intervención para promocionar la lactancia materna. Proyecto PALMA. Acta Pediatr Esp. 2008; 66(11): 564-568.
28. WHO: World Health Organization. Definition of Breastfeeding. [Citado el 8 may 2014] Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/.
29. Castellón CS, Ledesma AE. El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil. Proyecciones para su estudio en una comunidad suburbana de Sancti Spíritus Cuba. Contribuciones a las Ciencias Sociales, 2012 Julio.
30. González FS, Gimeno AC, Meléndez JM, Córdoba AI. La percepción de la funcionalidad familiar. Confirmación de su estructura bifactorial. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Fac de Psicología. Universidad de Valencia, España.
31. Castilla H, Caycho T, Shimabukuro M, Valdivia A. Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. Propósitos y Representaciones, 2(1), 49-78. doi: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2014.v2n1.53>.
32. Baño IP, Canteras MJ, Carrillo CG, et al. Desarrollo y validación de un instrumento diseñado para medir el impacto de las redes de apoyo a la lactancia materna DOI:10.3305/nh.2015.31.4.8338.
33. Fernández MF, Piña CB, Piña LR. Algunos factores familiares asociados a fallo de medro en lactantes. Rev Cub de Med General Int. 2015; 31(3):333-34.

34. González C. Un regalo para toda la vida. Guía de la lactancia materna. Ed. Temas de Hoy, 2006.
35. Marin AL, Gutierrez OY. Percepciones de las madres lactantes sobre el apoyo recibido durante el amamantamiento de sus hijos. Hospital de nutrición 2012 Disponible en: <http://goo.gl/AbzMsy>.
36. Puente MP, Alvear NC. ¿Por qué las madres adolescentes abandonan la lactancia materna exclusiva? Rev Cub Aliment Nutr [Internet]. 2010 [cited 2015 may 05];20(2):280-6.
37. Gorrita RP, Ortiz DR, Hernández L. Tiempo de lactancia materna exclusiva y estructura familiar. Revi Cub de Ped. 2016;88(1):43-54.
38. Suarez MC, Alcalá ME. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev. Méd. La Paz 2014.20(1).
39. Ríos SF. Funcionalidad Familiar e Índice de Apego en Madres con Lactancia Materna Exclusiva Atendidas en el Hospital San Vicente de Paul de Pasaje [Tesis]. Loja – Ecuador: Facultad de Medicina; 2017.
40. De la Cuesta DF, Pérez E, Louro IB. Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. [Tesis]. La Habana Cuba; 1994.
41. Nieto CT. Funcionalidad familiar en familias monoparentales de jefatura femenina en el personal de salud de la UMF no. 75 del IMSS, Netzahualcóyotl estado de México. Toluca, estado de México: Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Medicina; 2014.
42. Saldivar CH. Funcionalidad familiar y nivel socioeconómico en familias con niños de 2 – 4 años que presentan obesidad, en la consulta externa de la UMF 220 Toluca México, 2013". Toluca, estado de México: Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Medicina; 2014.

43. Aguilar HN, Coronado AC, Gómez OH, Cobos HA. Adaptación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale en población mexicana. Acta Pediatr Mex 2016;37(3):149-158.
44. Lázaro NM. Conocimientos y actitudes hacia la lactancia materna: identificación de necesidades educativas [Tesis]. Valladolid. Hospital Universitario Río Hortega. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública; 2015.
45. Lineamiento técnico médico para lactancia materna. Instituto mexicano del seguro social
46. Diagnóstico de salud Unidad de Medicina Familiar No. 31, 2016.
47. Salas MJ, Ramírez BL. Factores Maternos asociados al abandono lactancia materna exclusiva en la Unidad de Medicina Familiar No. 31[Tesis]. Ciudad de México. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina; 2014.
48. Nieto MC. Funcionalidad familiar en familias monoparentales de jefatura femenina en el personal de salud de la UMF no. 75 del IMSS, Netzahualcóyotl estado de México. Toluca, estado de México: Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Medicina; 2013.

-Anexos

 <p>IMSS SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL</p>	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS) DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>
	<p>“ACTITUD PARA LA LACTANCIA MATERNA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCION”</p>
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	CDMX a _____ del mes de _____ de 2017
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la relación entre funcionalidad familiar y actitud hacia la alimentación infantil con lactancia materna
Procedimientos:	Se entrevistará y aplicará dos instrumentos a embarazadas, para evaluar la relación entre funcionalidad familiar y su actitud hacia la alimentación infantil con lactancia materna
Posibles riesgos y molestias:	Es una investigación sin riesgo para usted ya que no se tocan temas sensibles y no se le realizarán pruebas de laboratorio
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se le dará información sobre los servicios con los que cuenta la unidad para brindarle apoyo para lograr una lactancia exitosa, mejorar su grado de conocimientos y de esta manera mejorar salud y desarrollo de su bebé.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	No aplica
Participación o retiro:	Usted tiene la libertad de participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto afecte la atención médica en la unidad
Privacidad y confidencialidad:	Se guardará estricta confidencialidad de los resultados y estos serán utilizados únicamente para los fines de la investigación.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	NO APLICA
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	NO APLICA
Beneficios al término del estudio:	Los resultados servirán para dar a conocer la situación actual de la lactancia materna al personal de salud para implementar mejoras que la beneficien
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Leticia Ramírez Bautista Médica Familiar Matrícula 8889341 UMF 31 tel 56860236 Extensión 21481 fax 2769 e-mail: leticia.ramirez@imss.gob.mx
Colaboradores:	Denisse Carolina Illescas Espinosa. Residente de Medicina Familiar UMF 31 Matrícula 98388327 UMF 31 Tel. 56860236 Extensión 21481 Cel. 222 3748073 FAX: 56863769 e-denixillescas@gmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
<p>_____ Nombre y firma del sujeto</p> <p>Testigo 1</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>Denisse Carolina Illescas Espinosa Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> <p>Testigo 2</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	
Clave: 2810-009-013	

HOJA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Aplique el cuestionario al paciente que cumpla con las siguientes características:(CRITERIOS DE INCLUSION)

1. Paciente embarazada
2. Derechohabiente de la Unidad de Medicina familiar número 31 IMSS
3. Acepte participar en el estudio después de solicitarle consentimiento informado por escrito

No llenar

FOLIO _____

Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____

Nombre: _____
Apellido Paterno **Apellido Materno** **Nombre (s)**

Turno: 1.Matutino () 2.Vespertino ()

1 **Edad:** _____ años cumplidos

2 **ESTADO CIVIL**
 1. Soltera () 2.Casada 3.Unión libre ()

3 **ESCOLARIDAD**
 1.Anafabeta () 2.Primaria () 3.Secundaria () 4.Preparatoria ()
 5.-Licenciatura ()

4 **OCUPACION**
 1.Estudiante () 2.Ama de casa () 3.Empleada ()

5 **NUMERO DE HIJOS:** _____ hijos
 Si usted ya tiene hijos ¿los amamanto? 1. Si 0.No
 Si su respuesta es sí, ¿durante cuantos meses?: _____

CUESTIONARIO FF-SIL

Por favor, marque con una X la respuesta seleccionada

Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre	
------------	-------------	---------	--------------	--------------	--

1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia						<input type="checkbox"/>
2. En mi casa predomina la armonía						<input type="checkbox"/>
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades						<input type="checkbox"/>
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana						<input type="checkbox"/>
5. Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa						<input type="checkbox"/>
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos						<input type="checkbox"/>
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias en situaciones difíciles						<input type="checkbox"/>
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema los demás ayudan						<input type="checkbox"/>
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie está sobrecargado						<input type="checkbox"/>
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones						<input type="checkbox"/>
11. Podemos conversar diversos temas sin temor						<input type="checkbox"/>
12. Ante una situación difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas						<input type="checkbox"/>
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar						<input type="checkbox"/>
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos						<input type="checkbox"/>

CUESTIONARIO IIFAS <i>Por favor, marque con una X la respuesta seleccionada</i>	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro/ No estoy seguro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
1. Los beneficios de la leche materna solo duran hasta que el bebé es destetado.						<input type="checkbox"/>
2. La leche artificial es más adecuada que la leche materna						<input type="checkbox"/>
3. La lactancia materna incrementa el vínculo madre-hijo.						<input type="checkbox"/>
4. La leche materna es deficiente en hierro						<input type="checkbox"/>
5. Los bebés alimentados con leche artificial son más propensos de ser sobrealimentados que los bebés con leche materna.						<input type="checkbox"/>
6. La leche artificial es la mejor opción si la madre tiene previsto trabajar fuera del hogar.						<input type="checkbox"/>
7. Las madres que usen leche artificial se perderán una de las mayores alegrías de la maternidad.						<input type="checkbox"/>
8. Las mujeres no deben amamantar a sus hijos en lugares públicos tales como restaurantes						<input type="checkbox"/>
9. Los bebés alimentados con leche materna son más sanos que los bebés alimentados con leche artificial.						<input type="checkbox"/>
10. Los bebés alimentados con leche materna son más propensos a ser sobrealimentados que los de leche artificial.						<input type="checkbox"/>
11. Los padres se sienten dejados de lado si la madre decide dar el pecho al niño.						<input type="checkbox"/>
12. La leche materna es el alimento ideal para los bebés.						<input type="checkbox"/>
13. La leche materna es más fácil de digerir que la leche artificial						<input type="checkbox"/>
14. La leche artificial es tan saludable para el bebé como la leche materna						<input type="checkbox"/>
15. La leche materna es mejor que la leche artificial.						<input type="checkbox"/>
16. La leche materna es más barata que la leche artificial.						<input type="checkbox"/>
17. Una madre que ocasionalmente beba alcohol no debería amantar a su bebé.						<input type="checkbox"/>