



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

Asociación entre factores maternos y de los servicios de salud con el abandono de lactancia materna en mujeres atendidas en el Hospital de Gineco Pediatría No 3A.

TESIS

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA**

PRESENTA:

DR. JULIAN BELLO GONZALO IVAN

ASESORES:

**Dra. Carmen Rosa Mejía Villarroel
Dra. Yazmín Zacate Palacios
Dra. Gabriela de Lourdes López Cisneros.**



Ciudad de México, Febrero 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Autorización

Dra. Carmen Rosa Mejía Villarroel
Investigadora responsable
Jefa de la División de Obstetricia
Adscrita al Hospital de Gineco Pediatría 3 A.
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dra. Yazmín Zacate Palacios
Investigadora asociada
Jefa de la División de Epidemiología Hospitalaria
Adscrita al Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Benjamín Acosta Cázares
Especialista en Epidemiología
Profesor titular del curso de especialización en Epidemiología
Adscrita a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica
Instituto Mexicano del Seguro Social

INVESTIGADOR RESPONSABLE

Nombre: Dra. Carmen Rosa Mejía Villarroel
Área de adscripción: Hospital de Gineco Pediatría 3 A.
Jefa de la División de Obstetricia
Domicilio: Av. Instituto Politécnico Nacional, Magdalena de las Salinas,
Lindavista Sur, 7300 Norte, CDMX
Teléfono: 55 5747 3500
Correo electrónico: carmen.mejjav@imss.gob.mx
Matrícula IMSS 9988033

INVESTIGADORES ASOCIADOS

Nombre: Dra. Yazmín Zacate Palacios
Área de adscripción: Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI
División de Epidemiología Hospitalaria
Domicilio: Av. Cuauhtémoc 330, colonia Doctores, Del Cuauhtémoc
Teléfono celular: 5544218853
Correo electrónico: yazmin.zacate@imss.gob.mx
Matrícula IMSS 99092306

Nombre: Dra. Gabriela de Lourdes López Cisneros
Área de adscripción: Directora del Hospital de Gineco Pediatría 3 A.
Cuerpo de Gobierno.
Domicilio: Av. Instituto Politécnico Nacional, Magdalena de las Salinas,
Lindavista Sur, 7300 Norte, CDMX
Teléfono: 55 5747 3500
Correo electrónico: gabriela.lopezci@imss.gob.mx
Matrícula IMSS 11481935

Nombre: Dr. Gonzalo Ivan Julian Bello
Área de adscripción: Coordinación de Vigilancia Epidemiológica
Domicilio: Av. Mier y Pesado 120 Col. Del valle centro
Teléfono celular: 0445531290095
Correo electrónico: julianbgi@hotmail.com
Matrícula IMSS 97370273

UNIDADES Y DEPARTAMENTOS DONDE SE REALIZÓ EL PROYECTO

Unidad:	Hospital de Ginecopediatría No. 3 A
Delegación:	Norte DF
Dirección:	Av. Instituto Politécnico Nacional, Magdalena de las Salinas, Lindavista Sur, 7300 Norte, CDMX
Ciudad:	Ciudad de México
Teléfono	55 5747 3500

Índice

1.- Resumen.....	6
2.- Marco teórico.....	7
3.- Antecedentes.....	18
4.- Planteamiento del problema.....	21
5.- Pregunta de investigación.....	22
6.- Justificación.....	23
7.- Objetivos.....	24
8.- Hipótesis.....	25
9.- Material y métodos.....	26
10.- Operacionalización de variables.....	28
11.- Descripción general del estudio.....	32
12.- Aspectos éticos.....	33
13.- Recursos, financiamiento y factibilidad.....	34
14.- Cronograma.....	35
15.- Resultados.....	36
16.- Discusión.....	56
17.- Conclusión.....	60
18.- Bibliografía.....	63
19.- Anexos.....	67

RESUMEN

TITULO DE LA TESIS

Asociación entre factores maternos y de los servicios de salud con el abandono de la lactancia materna en mujeres atendidas en el Hospital de Gineco Pediatría No 3ª (HGP3A).

Mejía-Villarroel CR. Zacate-Palacios Y. López-Cisneros GL. Julian-Bello GI.

Antecedentes: A pesar de los beneficios de la lactancia materna, ésta ha disminuido en los últimos años. En 2016 la proporción de lactancia materna exclusiva (LME) mundial a los 6 meses fue del 37%, en México la LME pasó de 22.3% en 2006 a 14.5% en 2012. A pesar de las acciones implementadas para su promoción, la lactancia continúa disminuyendo. Por lo que es necesario evaluar los factores maternos y de los servicios de salud que la obstaculizan.

Objetivo: Investigar la asociación entre los factores maternos y de los servicios de salud con el abandono de la lactancia materna en mujeres atendidas en el HGP3A.

Material y métodos: Estudio Observacional, prospectivo, longitudinal y analítico, de Abril 2018 a Enero 2019, en el HGP3A, con mujeres en puerperio. Se aplicará encuesta basal sobre variables sociodemográficas, familiares, laborales, consumo de tabaco y alcohol, intención de lactar y atención previa, durante y posterior al parto. Se seguirán a los uno, tres y seis meses para evaluar la continuidad de lactancia. Para el análisis se emplearán frecuencias simples, relativas, razón de riesgos instantáneos y regresión de Cox.

Resultados: Los factores asociados al abandono de lactancia materna fueron estado civil casada HRa 0.43 (IC95% 0.21-0.91), escolaridad básica contra media superior y superior HRa 1.99 (IC95% 1.05-3.77), estatus socioeconómico alto contra medio y bajo HRa 1.24 (IC95% 0.70-2.22), trabajo remunerado HRa 1.91 (IC95% 1.03-3.52), incremento por cada hora de trabajo al día HRa 1.06 (IC95% 0.99-1.13), baja intención de lactar HRa 1.83 (IC95% 1.02-3.28), tabaquismo HRa 1.86 (IC95% 0.99-3.5)

Conclusiones: Se logró encontrar algunos factores de riesgo que se asocian con un abandono precoz de la lactancia materna, como son tener actividad laboral remunerada, incluso con gradiente, escolaridad básica y baja intención de lactar, un factor de riesgo que disminuyó la probabilidad de abandono fue el estado civil casada. Para los factores de los servicios de salud el que mostró disminuir el abandono de lactancia materna exclusiva fue la información proporcionada durante la atención prenatal.

Marco teórico

Antecedentes históricos

La producción de leche tras el parto es una actividad fisiológica que forma parte del proceso reproductivo y, como en el resto de los mamíferos, su finalidad es proporcionar una adecuada nutrición a la descendencia. Adicionalmente en el ser humano la lactancia es una construcción social y, por tanto, depende del aprendizaje, creencias, valores, normas y condicionantes culturales de cada región y tiempo. ¹

Dentro de las culturas clásicas, las madres espartanas se consideran como el ideal de la maternidad por el hecho de que amamantaban a sus hijos independientemente de su rango y posición social. Así mismo, en otras culturas clásicas del Mediterráneo, se puede ver la importancia de la lactancia materna, ya que frecuentemente, existía alguna diosa madre relacionada con la lactancia, por ejemplo, en Egipto la diosa Isis, en Grecia la diosa Hera y en Roma la diosa Rumia. ¹

Hoy en día los cambios sociales y culturales han modificado las prácticas de alimentación en los lactantes, disminuyendo de manera importante la proporción de niños alimentados al seno materno. Por esta razón desde hace muchos años se están realizando proyectos de concientización sobre sus beneficios, investigando los factores que conducen a las madres a su abandono y estrategias encaminadas a mejorar su práctica. ²

En el año de 1990, ante la disminución en la proporción de lactancia materna, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en conjunto con la UNICEF organizaron una reunión con la participación de 30 países (Declaración de Innocenti), para crear un plan de acción que fortaleciera las prácticas de lactancia, en ésta se estableció objetivos que los países debían cumplir antes de 1995: ³

1. Nombrar un coordinador nacional de lactancia materna con autoridad y establecer un comité nacional de lactancia materna multisectorial compuesto por representantes del gobierno, organizaciones no gubernamentales y asociaciones de profesionales de la salud. ³
2. Asegurarse que todos los establecimientos de salud que proveen atención materna llevan a cabo los diez pasos para la lactancia materna exitosa. ³
3. Tomar acciones para que los principios y objetivos del código internacional de comercialización de sucedáneos se hagan efectivos. ³
4. Promulgar legislación con la finalidad de proteger los derechos de las mujeres trabajadoras para lactar y establecer los medios para su aplicación. ³

En 1992 se lanzó la iniciativa del Hospital Amigo del Niño y la Madre, con la finalidad de ayudar a los países a cumplir con las metas establecidas en la declaración de Innocenti. Esta iniciativa reconoció que las prácticas hospitalarias han contribuido de manera importante en el detrimento de la lactancia materna, por lo que se establece la necesidad de alentar a las autoridades de los gobiernos para planificar, implementar, monitorizar y evaluar las políticas encaminadas a la protección y promoción de la lactancia materna.⁴

En septiembre del año 2000, la Organización de Naciones Unidas firmó la declaratoria sobre los objetivos del milenio, los cuales constituyen un compromiso colectivo de la comunidad internacional para avanzar hacia el desarrollo humano de los países. Dentro de estos objetivos una de las medidas más costo efectivas es la promoción de la lactancia materna, debido a que contribuye a alcanzar el objetivo No 1, el cual establece la necesidad de erradicar la pobreza extrema y el hambre, el objetivo No 2 sobre la reducción de la mortalidad infantil y el objetivo No 5 acerca de la mejora en la salud materna.⁵

En el año 2010, se inició el movimiento gubernamental “Ampliar la Nutrición”, mediante el cual los países y organizaciones, proponen apoyar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y promover su continuidad hasta los dos años en conjunto con una alimentación saludable. Además, han surgido muchas estrategias con este mismo propósito como la “asociación de los 1000 días”, “Esfuerzos renovados en contra de la hambruna y desnutrición infantil”, “Cada mujer, cada niño”, “La asociación para la salud materna, del recién nacido e infantil”, entre otras.⁶

En México las políticas públicas en torno a la lactancia materna apenas comienzan, y su implementación y regulación representan un reto enorme para los tomadores de decisiones y servidores públicos, pues se requiere la implementación de una serie de estrategias y acciones que incluyan un monitoreo y evaluación constante. En el 2012 el Instituto Nacional de Salud Pública evaluó la implementación de la “Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) en el país, encontrando que solo el 33% de los establecimientos de salud con servicio de maternidad y de atención materno-infantil contaba con la certificación de IHAN. También reveló que el conocimiento sobre el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna no es generalizado en las unidades médicas de atención materno-infantil estudiadas.⁷

Hasta ahora los esfuerzos en nuestro país para promover la lactancia materna han sido casi nulos. Las políticas y acciones multisectoriales deben ir dirigidas a incrementar la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, por lo que se necesita investigación y evaluación continua de los programas que permitan mantener la efectividad y calidad de las acciones realizadas, y generar a su vez evidencia para enriquecerlas.⁷

Definición

La lactancia materna es el proceso de alimentación del niño o niña mediante la leche que es producida por su madre, siendo este el alimento ideal, debido a que cubre sus necesidades energéticas de micro y macronutrientes.⁸

La Organización Mundial de la Salud clasifica a la lactancia materna con base en su exclusividad de la siguiente manera:

Lactancia materna exclusiva (LME): Alimentación mediante leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza), sin que reciba cualquier otra cosa, permite administración de sales de rehidratación oral, jarabes (vitaminas, minerales o medicinas).⁹

Lactancia materna predominante (LMP): Alimentación mediante leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) como fuente predominante de alimentación, permite que reciba líquidos como agua, bebidas a base de agua y jugos de fruta. Sin que reciba otra cosa como leche de origen no humano, alimentos líquidos o licuados.⁹

Lactancia materna (LM): Alimentación mediante leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza), permite que reciba cualquier alimento o líquido incluyendo leche de origen no humano y leche artificial.⁹

No amamantados (NA): Lactantes que no reciben leche materna.⁹

Beneficios de la lactancia materna exclusiva.

La leche materna es el alimento ideal para los lactantes y debe mantenerse su exclusividad por lo menos durante los primeros 6 meses de vida, para posteriormente continuar con lactancia complementaria hasta que el niño lo desee. Son muchos los estudios que han investigado los beneficios que proporciona la lactancia materna, además se observa que estos beneficios son proporcionales a la exclusividad y duración de la misma, dentro de los beneficios encontrados están los siguientes:¹⁰

Beneficios para el lactante

Efectos sobre las enfermedades infecciosas.

La evidencia muestra que la lactancia materna disminuye el riesgo de presentar enfermedades infecciosas y complicaciones derivadas de ellas, además se observa un efecto dosis respuesta en esta asociación, algunos de los efectos observados son los siguientes:¹¹

- Disminución de enfermedades febriles agudas.
- Disminución del 64% para la incidencia de enfermedades diarreicas agudas.
- Disminución del 30% para el riesgo de diarrea por rotavirus.

- 72% menos riesgo de hospitalización por infecciones respiratorias bajas
- 74% menor gravedad en infección por virus sincitial respiratorio
- 63% menos riesgo de padecer otitis media aguda.

Efectos sobre el síndrome de muerte súbita del lactante. ¹²

- La práctica de cualquier tipo de lactancia materna proporciona un menor riesgo de presentar muerte súbita del lactante con un OR de 0.55 (IC95% 0.44–0.69), este riesgo disminuye cuando se asocia a lactancia materna exclusiva con un OR de 0.27 (IC95% 0.27–0.31).

Efectos sobre las enfermedades no transmisibles. ¹²

- Disminución del 27% para la incidencia de asma, dermatitis atópica y eccema en población de bajo riesgo.
- Disminución de asma, dermatitis atópica y eccema en 42% en la población con antecedentes familiares de atopia.
- Reducción de un 15 a un 30% del riesgo de padecer obesidad en adolescencia y adultez.
- Disminución del 30% y 40% en la incidencia de diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2 respectivamente.
- Reducción del 20% de riesgo de padecer leucemia linfoblástica aguda y 15% para la presencia de leucemia mieloide aguda.

Efectos sobre el desarrollo neurológico. ¹²

- Por último, se ha observado que los niños alimentados con lactancia materna exclusiva proporcionada por al menos tres meses o más poseen mejores puntajes en pruebas de inteligencia y presentan mejores calificaciones en el ámbito escolar.

Beneficios para la madre

Se han demostrado múltiples beneficios a corto y largo plazo para la madre ¹³, por ejemplo:

- Disminuye el tiempo en el que se presenta la involución uterina posterior al parto.
- Contribuye a un mayor periodo de infertilidad después del parto, llevando a un incremento en el espaciamiento entre embarazos.
- Reduce el riesgo de desarrollar cáncer de mama, ovario y de endometrio.
- Acelera la pérdida de peso y regreso al peso corporal previo al embarazo.
- Incrementa la mineralización ósea, llevando a un decremento en el riesgo de osteoporosis.
- Disminuye el riesgo de padecer artritis reumatoide y diabetes mellitus tipo 2.
- Previene y limita la duración de depresión postnatal en las madres.

Estadística sobre lactancia materna.

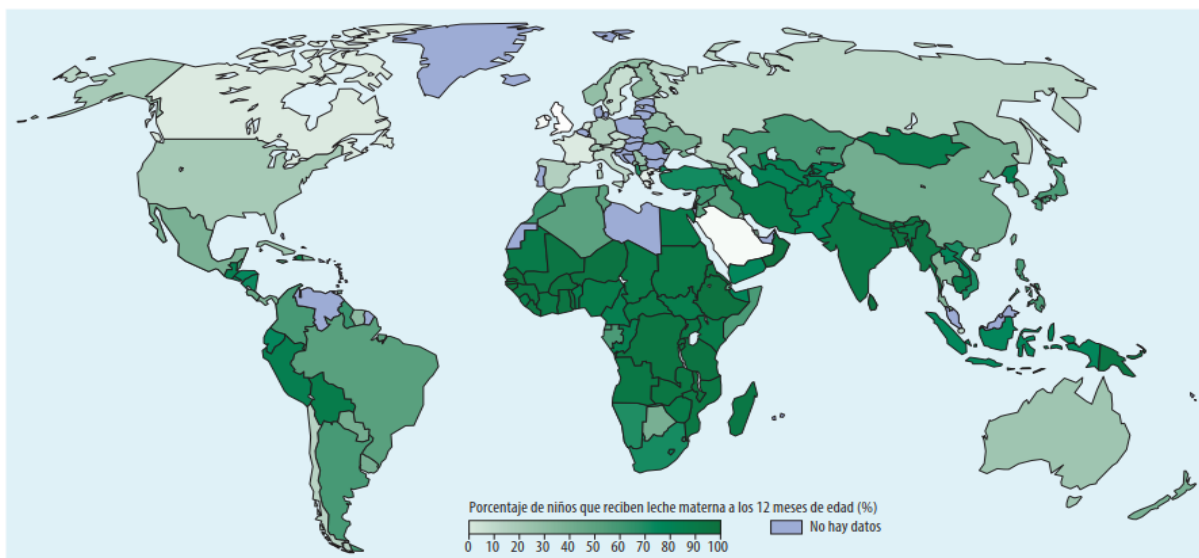
La OMS evalúa las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño mediante indicadores poblacionales, en los cuales establece que >95% de los niños debe recibir LME hasta los 6 meses de edad y que >90% de niños debe tener LM entre los 6 a 23 meses. Sin embargo, los datos a nivel mundial reflejan una proporción muy por debajo de la recomendación para salvaguardar la salud materna e infantil.¹⁴

Estadísticas mundiales sobre lactancia materna

En todo el mundo tanto en los países de alto como de bajo ingreso, la proporción de niños con LME hasta los 6 meses es del 37%, siendo ligeramente mayor la proporción en áreas como África sub-sahariana, el sur de Asia y partes de América latina.¹⁴

En la mayoría de los países de ingresos altos la proporción de LME es menor al 30%, por ejemplo, en países como Estados Unidos la proporción de lactancia materna es del 27%, mientras que en Reino Unido es menor al 1%. En países de ingresos medio-bajos solo el 37% de los niños menores de 6 meses recibe lactancia materna exclusiva. Los dos países con mayor proporción de LME hasta los 6 meses son, Rwanda con 85% y Sri Lanka con 76%, por lo tanto, a nivel mundial ningún país ha alcanzado el indicador de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses propuesto por la OMS.¹⁴

Proporción de niños de alrededor de 12 meses de edad que son amamantados en 153 países.



Victoria CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016; 387(10017): 475–90. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7).

Estadísticas sobre lactancia materna en México.

En México, la prevalencia de LM a los 6 meses para el año de 1976 fue del 50%, en 1979 fue de 52% y en 1987 la prevalencia reportada fue del 50%, estos datos son alarmantes, ya que al comparar los datos de 1976 y 1987 se observa como la LM no se modificó durante más de una década, además en 1987 la prevalencia de LME a los 4 meses fue del 33%.¹⁵

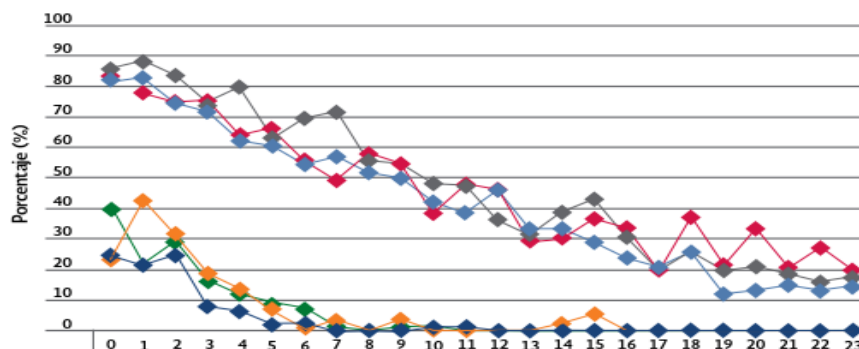
En Guadalajara para el año de 1979 la prevalencia de LM fue de 37%, mientras que en 1987 la prevalencia fue de 33%. En la Ciudad de México en 1977 la prevalencia reportada fue del 47%, mientras que para 1982 fue del 12%.¹⁷ Derivado de los datos obtenidos durante la década de los 70's y 80's México ocupó el último lugar en lactancia materna dentro de los países en vías de desarrollo.¹⁵

Para el año 2012 la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) mostró un deterioro importante en la proporción de lactancia materna exclusiva, registrando un descenso de 22.3% en 2006 a 14.5% en 2012, con una reducción total de 7.9 puntos porcentuales.¹⁸ Además solo el 25% de los recién nacidos tiene lactancia predominante, por lo que en conjunto con la lactancia exclusiva y otras modalidades, solo el 55% de los recién nacidos reciben cualquier tipo de lactancia materna hasta los seis meses de edad. Estas cifras están muy por debajo de lo esperado y hacen necesario analizar y reforzar con mayor detalle las prácticas de lactancia materna en el país.¹⁶

Este descenso se asocia a un incremento en el porcentaje de niños que consumen fórmula infantil, otras leches y agua. Además, se observa que el deterioro está ocurriendo en los grupos de mayor vulnerabilidad social: indígenas, medio rural, el menor tercil de nivel socioeconómico, en la región sur del país, en quienes no están afiliados a los servicios de salud y en madres que no cuentan con un empleo remunerado.¹⁶

Es importante señalar como el descenso más importante en la proporción de niños con lactancia materna exclusiva se da antes de los 3 meses de edad. La encuesta realizada en 1999 reveló que de los niños menores de un mes solo el 39% tenía LME, mientras que la proporción de niños con LME a los uno, dos y tres meses fue de 21, 29 y 16% respectivamente, Para el año 2006 la proporción de LME en menores de 1 mes fue del 21%, mientras que, para niños de uno, dos y tres meses fue de 41, 32 y 19% respectivamente. Por último, en el año 2012 la proporción de LME en menores de un mes fue del 25%, mientras que, para niños de uno, dos y tres meses la proporción fue de 22, 25 y 8% respectivamente.¹⁶

Prácticas de Lactancia Materna



Edad meses	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
Lactancia exclusiva 1999	39	21	29	16	11	9	7	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lactancia exclusiva 2006	21	41	12	29	14	7	1	4	0	4	0	0	0	0	2	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lactancia exclusiva 2012	25	22	25	8	6	2	3	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cualquier tipo de lactancia 1999	84	78	75	75	64	66	56	49	58	55	19	48	46	30	30	37	34	20	37	22	33	21	27	20	
Cualquier tipo de lactancia 2006	86	88	84	71	60	63	69	72	54	54	48	47	36	31	39	41	30	21	25	19	21	19	16	18	
Cualquier tipo de lactancia 2012	81	83	75	72	62	61	55	57	52	50	42	39	46	33	34	29	14	21	26	12	13	15	13	15	

González de Cosío T, Escobar-Zaragoza L, González-Castell LD, Rivera-Dommarco JA. Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. Salud Pública Mex. 2013; 55(2):170-9. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a14.pdf>

La Secretaría de Salud refiere que existen varios problemas por resolver en cuanto a las acciones implementadas para la protección de la lactancia materna, dentro de las que destaca falta de campañas en medios masivos que influya en la percepción de la lactancia materna y que brinde información adecuada, falta de hospitales con certificación del Hospital amigo del niño y de la niña, capacitación a personal de salud desde nivel formativo y cambio en las prácticas médicas.¹⁷

Estadísticas sobre lactancia materna en el IMSS

En el IMSS se realizó un estudio de tipo transversal en el año de 1997, en el cual se obtuvo una prevalencia de LME a los 6 meses para el régimen de ordinario de 18.3% (IC_{95%} 13.3-24.6) y de 36.8% (IC_{95%} 26.9-47.9) para el régimen solidaridad. En el análisis por condición laboral en régimen ordinario la prevalencia fue de 13.5 (IC_{95%} 9.7-18.5) en mujeres trabajadoras, contra 20.2 (IC_{95%} 14.7-27.1) en mujeres no trabajadoras. La prevalencia registrada en madres con pareja estable fue de 18.5% (IC_{95%} 13.5-24.9), mientras que en madres sin pareja estable fue de 14.8 (IC_{95%} 9.7-21.9).¹⁸

Recomendaciones sobre las prácticas de lactancia materna.

La importancia de la lactancia materna como factor determinante de la salud infantil y materna, hace que la protección, promoción y apoyo a la misma sea una prioridad de salud pública. Debido a que los niños que no son alimentados al seno materno tienen un mayor riesgo morbilidad y mortalidad, tanto por enfermedades transmisibles, como no transmisibles. Por lo cual en todos los países incluyendo México surgen y se implementan estrategias de acción para favorecer y apoyar el inicio y duración de la lactancia materna exclusiva en todos los niveles de atención.¹⁹

Actualmente las prácticas y protocolos hospitalarios han demostrado incrementar la tasa de lactancia exitosa y deben ser la base de los programas hospitalarios y comunitarios para favorecerla, tal es el caso de los diez pasos para la lactancia materna exitosa, los cuales comprenden las siguientes directrices: ²⁰

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar a los niños alimentados al seno materno, chupadores o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

Dentro de las intervenciones y recomendaciones propuestas que han demostrado ser efectivas en la promoción de lactancia materna en el periodo prenatal y en el primer nivel de atención son las siguientes: ²¹

1. Crear comunidades y hospitales promotores de la lactancia materna: Involucrando a los médicos de atención del primer nivel de atención en el proceso, educar al personal de salud en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, interrogar la intención de lactar en la historia clínica, crear nexos con organizaciones no gubernamentales promotoras de lactancia materna y así como asesores en lactancia materna.
2. Considerar los antecedentes, etnia y cultura de manera individualizada en las mujeres, familias y comunidades
3. Considerar los abordajes psico-educativos y del comportamiento para apoyar la lactancia materna: proporcionar asesoría cognitivo-actitudinal, modelos sociocognitivos y cuando sea posible el personal de salud deberá emplear técnicas de apoyo motivacional y de auto eficiencia.

4. Integrar la promoción, educación y apoyo de la lactancia materna durante todo el proceso de atención prenatal.
5. Tomar un historial detallado sobre lactancia materna como parte de la historia clínica.
6. Incorporar la lactancia materna como un componente importante de la exploración física del médico en la atención prenatal.
7. Discutir temas de lactancia materna en cada consulta prenatal.
8. Empoderar a la mujer y a sus familias para tener una experiencia que propicie y conduzca a la lactancia.

Se debe considerar y evaluar el efecto de estas intervenciones en diferentes poblaciones, con el fin de generar acciones específicas en cada región, ya que los factores individuales y socioculturales de las madres pueden modificar el impacto de estas intervenciones.²¹

La lactancia materna es una de las intervenciones más costo-efectivas para proteger y mejorar la vida durante la infancia, proporcionando beneficios tanto para los hijos como para las madres. Además, es claro que la lactancia materna no solo es el pilar para mejorar la salud materna e infantil; también es fundamental para el desarrollo de las naciones, debido a que disminuye las muertes por enfermedades transmisibles, disminuye el riesgo de enfermedades no transmisibles, disminuye la mortalidad, incrementa los logros en educación y mejora los ingresos.²²

A pesar del amplio conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna y de las políticas e intervenciones implementadas tanto a nivel mundial como en México para proteger, promover y apoyar la lactancia materna la proporción de niños con lactancia materna se ha estancado en los últimos 20 años.²²

Aunque se han implementado acciones públicas dirigidas a mejorar las prácticas de lactancia materna en México y en el Instituto Mexicano del Seguro Social, estas han sido incapaces de detener su descenso hasta llegar a las cifras actuales. Lo que lleva a pensar porque a pesar de contar con la estructura y políticas para mejorar la lactancia materna, su abandono es cada vez más frecuente.²³ Por lo que es indispensable hacer una evaluación amplia de los factores que dificultan la práctica de la lactancia materna.

Factores asociados al abandono de la lactancia materna.

Es conocido que la lactancia materna y sus patrones están determinados por un amplio número de factores específicos en cada área, de los cuales solo una parte son modificables por políticas públicas.⁶

El proceso de lactancia es un fenómeno biocultural, la combinación entre un acto natural y un comportamiento aprendido; el aspecto biológico es de vital importancia, pero el aspecto cultural es el que confiere especial vulnerabilidad

debido a que, en la actualidad, existen una serie de avances científicos, cambios sociales, desinterés del personal de salud y presiones comerciales que modifican las prácticas de lactancia.²⁴

Uno de los factores que están cambiando en la sociedad actual y que actúan como barrera para la lactancia son los patrones de desarrollo económico, los cuales incluyen a la mujer cada vez más en la fuerza laboral, sin proporcionar los mecanismos y apoyo necesario para la lactancia; cambios sociales como la urbanización, que alteran la forma y cultura en las cuales viven las mujeres, la poca difusión de las normas acerca de la lactancia y la industria de los alimentos que trata de modificar los hábitos de alimentación.⁶

La planificación de intervenciones en salud pública para promover la exclusividad y duración de la práctica de lactancia materna requiere un mejor conocimiento de los factores que la dificultan. Aunque existe una gran cantidad de estudios al respecto, estos se dirigen a un número reducido de factores, enfocándose principalmente en características sociodemográficas, por lo que se requieren estudios que incluya un mayor número de factores que rodean a la lactancia materna, con énfasis en los factores modificables, ya que estos son susceptibles de intervenciones.²⁵

Factores maternos:

Existen factores maternos que se relacionan de manera directa con la práctica de la lactancia, como patologías maternas, el conocimiento sobre lactancia, intención de lactar, experiencias previas de crianza, la experiencia del parto, interacción temprana entre la madre e hijo, así como la exposición y acceso a sucedáneos de la leche materna. Cada uno de estos puede influir directamente en el inicio, exclusividad y duración de la lactancia materna, y con frecuencia se relacionan con variables sociales y demográficas.²⁶

Otros factores que se asocian al abandono de las prácticas de lactancia materna son:

Edad: Madres adolescentes suelen acortar el tiempo de lactancia por presión social o familiar.²⁶

Económicos: ya que se ha visto que aquellas madres con mayor ingreso económico tienen un mayor acceso a los sucedáneos de leche materna y en ocasiones optan por adquirirlos.²⁶

Laborales: Gran parte de las mujeres trabajadoras tienen serias dificultades en sus lugares de trabajo para realizar las prácticas adecuadas de lactancia materna. Muchas están bajo presión, por el cumplimiento de la jornada laboral, además no siempre se cumple con la normatividad que favorece la lactancia materna.²⁶

Escolaridad: Para la escolaridad se han identificado dos patrones, las madres con mayor escolaridad tienden a abandonar de manera más temprana, debido a que sienten interés por volver sus trabajos o recuperar pronto su imagen física y seguridad emocional en la sociedad. Por el otro lado algunas madres con nivel educativo mayor tienen mayores conocimientos acerca de las prácticas adecuadas de lactancia materna, debido a que han tenido mayores oportunidades de conocer y comprender dichas prácticas, lo que disminuye el riesgo de abandono.²⁶

Familia: En ocasiones las creencias o mitos sobre la lactancia son transmitidas de generación en generación por los familiares que rodean a las madres. Además de que la red de apoyo familiar juega un papel importante en la continuidad de la lactancia.²⁶

Experiencias previas: Las experiencias en embarazos previos o la duración de lactancia proporcionada previamente pueden influir en la disminución o interrupción consciente de la lactancia.²⁶

Tabaco y alcohol: Algunas madres deciden abandonar la lactancia por la necesidad de continuar con el consumo de tabaco y alcohol, incluso se ha observado que estas conductas disminuyen la producción de leche en la madre de manera temporal, lo que afecta la continuidad de la lactancia.²⁷

Factores de los servicios de salud:

Las prácticas en los servicios de salud tienen un gran impacto sobre la lactancia materna. Las madres precisan de una ayuda calificada para promover la lactancia desde el momento del nacimiento, con el propósito de superar las dificultades que podrían presentarse. El apoyo y la consejería deberían estar disponibles de manera rutinaria durante el cuidado prenatal; en el momento del nacimiento para ayudarles a iniciar la lactancia materna y en el período postnatal, para asegurar continuidad de la lactancia materna. Es importante que los servicios de salud aseguren una movilización completa de recursos para sostener, o de ser necesario reestablecer una cultura de lactancia materna en la sociedad.^{27, 28}

La iniciativa “Hospital Amigo del Niño” (IHAN) establecida por La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF en 1992 es una forma efectiva para apoyar la lactancia materna. Algunas de las políticas de la IHAN incluyen contacto inmediato piel con piel después del nacimiento, inicio temprano de lactancia materna, lactancia materna exclusiva, alojamiento conjunto y evitación de chupones o biberones, además todas las madres también deben recibir información sobre los beneficios y el manejo de la lactancia pre y postnatal. Aunque existe evidencia de la efectividad la IHAN para incrementar la lactancia materna, es necesario evaluar no solo el cumplimiento de las políticas establecidas, si no el efecto real sobre la duración y práctica de la lactancia materna en cada contexto y situación particular.²⁷

En el 2009, la OMS elaboró un instrumento para evaluar el cumplimiento de los pasos del a Iniciativa Hospital Amigo del Niño en madres que se encuentran lactando, dicho instrumento abarca del paso 3 al 10 y se menciona que éste puede ser empleado tanto para evaluar las políticas a nivel país o en establecimientos específicos y sirve de herramienta de retroalimentación de las madres concerniente a sus experiencias tanto en el periodo prenatal, en la sala de maternidad y después del parto en los servicios de salud. El instrumento está validado para su uso en América Latina.²⁹

Desde la perspectiva del personal de la salud y pese a que existe la posibilidad del contacto directo y permanente con las mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia durante la atención prenatal y la atención del parto, en la práctica se evidencia una ruptura en la realización de la consejería en LM, provocado en gran medida por el funcionamiento del sistema de salud y la preparación del médico para llevar a cabo una consejería adecuada.³⁰

Aunado a las dificultades por parte del sistema de salud para establecer una cultura de lactancia materna se encuentra la exposición de las madres a la publicidad de sucedáneos, que promueve un pensamiento de inseguridad hacia la lactancia y crea falsas ideas sobre las mejores prácticas de alimentación en el lactante.³¹

En México en el año 2015 se realizó un estudio cualitativo con el objetivo de identificar los principales obstáculos sociales para llevar a cabo la lactancia materna en población de bajos ingreso de Tijuana, en donde se encontró que las madres afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro Social referían que existe una percepción sobre el derecho de la madre a recibir sucedáneos, además a algunas madres se les ofreció el sucedáneo previo a proporcionar información acerca de los beneficios de la lactancia materna. Incluso algunas mencionaron que a pesar de su decisión sobre proporcionar lactancia materna los profesionales de la salud insistieron sobre el uso de sucedáneos por la probabilidad de que sus hijos no estuvieran satisfechos con la lactancia materna.³²

Antecedentes sobre factores asociados al abandono la lactancia materna.

Los estudios acerca de los factores que intervienen en el abandono de la lactancia materna usualmente se enfocan en solo algunos factores de riesgo sin tomar en cuenta un abordaje más integral del problema, por lo cual los resultados se encuentran distorsionados por múltiples variables confusoras y no pueden ser generalizados a la población.²⁵

Un estudio de cohorte en China en el año 2014, encontró que los factores que se asociaron al abandono de lactancia materna a los 12 meses fueron: Edad materna <25 años Hazard Ratio (HR) 1.49 (IC_{95%} 1.23-1.79), Primiparidad HR 1.54 (IC_{95%} 1.20-1.96), Atención del parto en hospital HR 1.28 (IC_{95%} 1.04-1.59) e Intención de lactar por menos de 6 meses HR 1.54 (IC_{95%} 1.28-1.85), No se encontró

asociación con educación materna, vía de resolución del embarazo, atención prenatal, ni preferencia del padre sobre la LM. Dentro de las limitaciones, se encuentra sesgo de información no diferencial en la medición de lactancia materna, intención de lactar y preferencia del padre sobre LM. No se realizó análisis por todas las prácticas de lactancia materna y la tasa de seguimiento fue solo del 72%.³³

El estudio realizado por Bai DL, en 2015, con el objetivo de investigar la asociación entre duración de LM y LME con la experiencia previa de LM, encontró que el no tener experiencia de lactancia materna previa se asocia con el abandono de LM HR ajustado (HRa) de 3.24 (IC_{95%} 2.37–4.42) y con abandono de LME HRa 1.82 (IC_{95%} 1.46–2.26). Antecedentes de LM < 3 meses y abandono de LM HRa 2.56 (IC_{95%} 2.05–3.20), Antecedente de LME <2 meses y abandono de LME HRa 1.65 (IC_{95%} 1.29–2.10).³⁴

Ogbo et al. en 2017, realizó un estudio con el objetivo de investigar la prevalencia y determinantes para el abandono de lactancia materna. Los factores encontrados para abandono de LME fueron materna <20 años con razón de momios ajustado (RMa) de 2.9 (IC_{95%} 2.1-4.1), Tabaquismo RMa 2.7 (IC_{95%} 2.3-3.2), estatus socioeconómico medio RMa 0.7 (IC_{95%} 0.6-0.7), estatus socioeconómico alto RMa 0.5 (IC_{95%} 0.5-0.6), No contar con apoyo de pareja RMa 1.4 (IC_{95%} 1.3-1.9) y cesárea RMa 1.5 (IC_{95%} 1.3-1.6). Sin embargo, los resultados que muestra este estudio son limitados por las pocas variables confusoras que fueron medidas, además su diseño de tipo transversal.³⁵

Alzaheb en 2017, llevó a cabo un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses e identificar sus factores asociados. Encontró que las madres con trabajo remunerado tienen mayor riesgo de abandono de lactancia con una RMa de 25 (IC_{95%} 8.3-50) y cesárea RMa 1.88 (IC_{95%} 1.2-2.94). No se encontró asociación con edad materna, educación materna, cohabitar con su pareja e ingreso mensual.³⁶

Otro estudio realizado en el Congo en 2017, con el objetivo de determinar los factores asociados a la lactancia materna exclusiva a los 6 meses mostró asociación entre LM y madre casada RMa 2.27 (IC_{95%} 1.48-3.49) y alfabetismo RMa 1.4 (IC_{95%} 1.04-1.88), no encontró asociación con edad materna, atención prenatal, cuidados postnatales y parto conducido por personal de salud calificado. El autor concluye que la falta de asociación con las prácticas hospitalarias puede deberse a conocimiento insuficiente y técnicas de asesoramiento deficientes por parte del personal de salud en el hospital en donde fue realizado el estudio.³⁷

Ratnasari et al, en 2017, realizó otro estudio con el objetivo de asociar el apoyo familiar con la lactancia materna exclusiva a los 6 meses, encontrando asociación entre LME y apoyo familiar con una RMa de 2.86 (IC_{95%} 1.25-6.53). Sin mostrar asociación con edad materna, ni escolaridad materna. Dentro de las limitaciones

de este estudio fue que no se midieron otras variables ser confusoras, además de que el estudio fue un diseño transversal. ³⁸

Un estudio realizado por Kasahun en 2017 en Etiopia, con el objetivo de investigar los predictores para la duración de lactancia materna exclusiva, encontró asociación entre LME a los 6 meses con factores como nivel educativo diploma certificado y mayor HRa 2.89 (IC_{95%} 1.05-7.97), resolución de embarazo mediante cesárea HRa 3.8 (IC_{95%} 2.0-7.2), Recibir consejería durante atención prenatal HRa 5.1 (IC_{95%} 2.5-10.23). No se observó asociación con factores como estatus socioeconómico o antecedente de atención prenatal. ³⁹

En 2013 se realizó otro estudio en Hong Kong, con el objetivo de explorar los predictores para la duración de la lactancia materna. Los factores que predijeron la duración de la lactancia materna fueron trabajo remunerado logRMa 0.447 (IC_{95%} 0.026-0.86), Ingreso familiar <\$10,000 logRMa 0.42 (IC_{95%} 0.032-0.807), intención de lactar positiva logRMa 0.898 (IC_{95%} 0.345-1.452) e inicio de lactancia materna temprana logRMa 3.264 (IC_{95%} 2.774-3.754). Sin embargo, en este estudio se tuvo una baja tasa de respuesta durante el seguimiento y sesgo de información no diferencia para intención de lactar. ⁴⁰

Otro estudio realizado en Etiopía por Lenja A et al, con el objetivo de explorar el la proporción de lactancia materna exclusiva e identificar sus factores relacionados, encontró que la LME a los 6 meses está asociada con alfabetismo RMa 4 (IC_{95%} 2.2-7.25), inicio precoz de lactancia RMa 2.2 (IC_{95%} 1.1-4.27), Alimentación mediante calostro RMa 2.1 (IC_{95%} 1.11-4.28), Conocimiento de LM RMa 6 (IC_{95%} 3.1-11.7), no se encontró asociación con edad materna, educación del padre, atención prenatal o cuidados postnatales. Las limitaciones de este estudio fueron diseño transversal y sesgo de información no diferencial. ⁴¹

En 2016 Lau CYK et al. en China, diseñó y validó un instrumento para evaluar la intención de lactar de las madres mediante 25 ítems que analiza características motivacionales y volitiva, asociadas con la continuidad de la lactancia. Encontró que la media de puntos obtenidos fue de 18.4 y que con cada incremento en un punto que se obtenga por arriba de la media, aumenta un 15% la probabilidad de lactancia materna a las 6 semanas y un 9% la probabilidad de lactancia materna exclusiva a las 6 semanas. El alfa de Cronbach del instrumento fue de 0.86. Los autores sugieren que parte de la intención de lactar puede ser tanto favorecida como obstaculizada por factores como red de apoyo, percepción familiar y social sobre la lactancia y el empoderamiento proporcionado por el personal médico y de enfermería de los servicios de salud. ⁴²

En 2015, Tsai TI et al, realizó una cohorte, en el cuál encontró una asociación entre abandono de lactancia materna y edad menor a 25 años de HR 0.36 (0.17-0.73), para nivel educativo preparatoria o menor HR 2.87 (1.10-7.24), No encontró asociación con vía de nacimiento, intención de lactar, apego inmediato, ni estatus laboral. ⁴³

Planteamiento del problema

A pesar del amplio conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna, en los últimos años la proporción de niños que la reciben ha tenido una tendencia a la baja. En 2016 a nivel mundial la proporción de LME a los 6 meses fue solo del 37%, en México la proporción de LME pasó de 22.3% en 2006 a 14.5% en 2012, teniendo una reducción total de 7.9 puntos porcentuales en 6 años. Además, solo el 25% de los recién nacidos tiene lactancia predominante, por lo que en conjunto con la lactancia exclusiva y otras prácticas, solo el 55% de los recién nacidos estarían recibiendo cualquier tipo de lactancia materna a los seis meses de edad. Lo cual es alarmante debido a que los niños que no reciben alimentación al seno materno tienen mayor riesgo de padecer enfermedades transmisibles y no transmisibles, entre otras complicaciones.

Aunque se han implementado acciones públicas dirigidas a mejorar las prácticas de lactancia materna, estas han sido incapaces de detener su descenso hasta llegar a las cifras actuales y a pesar de contar con la estructura y políticas para mejorar la lactancia materna, su abandono es cada vez más frecuente.

Es indispensable investigar los factores asociados al abandono de lactancia materna en cada población y región específica, ya que como se mencionó previamente el proceso de lactancia es una construcción tanto biológica como social que se va modificando a lo largo del tiempo por muchas variables. Por lo que para la planificación de estrategias para promover la lactancia materna se requiere un mejor conocimiento de los factores que la dificultan, con especial énfasis en los factores maternos y de los servicios de salud modificables, ya que estos son susceptibles de intervención.

En México, existe escases de investigación publicada sobre lactancia materna, la mayor parte de la información es obtenida a partir de estudios poblacionales o estudios transversales, que no proporcionan información suficiente para dirigir las políticas públicas, hasta el día de hoy en nuestro país y en el Instituto Mexicano del Seguro Social, no se cuenta con un estudio que analice de forma detallada y objetiva los factores de riesgo maternos que se asocian al abandono de lactancia materna, Además no hay evidencia de estudios que evalúen el cumplimiento de las prácticas hospitalarias promotoras de la lactancia materna y su efecto sobre la continuidad de la misma.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la asociación entre factores maternos y de los servicios de salud con el abandono de la lactancia materna en mujeres atendidas en el Hospital de Gineco pediatría No 3A?

Justificación

La alimentación infantil durante los primeros años de vida juega un papel primordial en el desarrollo de la niñez y no existe duda de que la leche materna es el alimento idóneo durante los primeros 6 meses de vida, proporcionando beneficios tanto para los hijos como para las madres. Los niños que no son alimentados al seno materno tienen un mayor riesgo de desarrollar tanto enfermedades transmisibles como no transmisibles, así como muerte súbita y otras complicaciones.

Dada la importancia que tiene la lactancia materna en los objetivos de desarrollo sostenible, la OMS estableció dentro de las metas mundiales de nutrición, que para el 2025 los países deben aumentar la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses hasta el 50% como mínimo.

Los programas implementados en México no han logrado incrementar la proporción de lactancia materna, debido a que las acciones no están aterrizadas a las características de nuestra población y nuestro sistema de salud, por lo que para guiar las políticas en lactancia materna se necesita más y mejor investigación en este campo.

Es factible y relevante la realización de este estudio en nuestro instituto ya que el IMSS otorga una proporción importante de atenciones por embarazo, parto y puerperio a nivel nacional y es un referente en cuanto a políticas en salud.

Este estudio aportará información novedosa sobre los factores maternos y de los servicios de salud que se asocian con el abandono de la lactancia materna en mujeres derechohabientes del IMSS, con la finalidad de ayudar a los tomadores de decisiones a generar intervenciones específicas y focalizadas a las madres en riesgo de abandonar las prácticas de lactancia materna en nuestra población. A futuro se espera que la información obtenida ayude a aumentar la exclusividad y duración de la lactancia materna en la población derechohabiente del IMSS.

Objetivos

Objetivo general

Investigar la asociación entre factores maternos y de los servicios de salud con el abandono de la lactancia materna en mujeres atendidas en el Hospital de Gineco pediatría No 3A

Objetivos específicos

Determinar la proporción de lactancia materna exclusiva a los 6 meses en mujeres atendidas en el Hospital de Gineco pediatría No 3A

Establecer la proporción de lactancia materna predominante a los 6 meses en mujeres atendidas en el Hospital de Gineco pediatría No 3A

Medir la proporción de lactancia materna a los 6 meses en mujeres atendidas en el Hospital de Gineco pediatría No 3A

Investigar la asociación entre edad materna, escolaridad, estatus socioeconómico, estado civil, estatus laboral, tabaquismo e intención de lactar con el abandono de la lactancia materna en mujeres atendidas en el Hospital de Gineco pediatría No 3A

Examinar la asociación entre atención prenatal, información proporcionada por personal de salud, vía de nacimiento, tiempo para iniciar lactancia, alojamiento conjunto y apoyo postnatal para lactancia con el abandono de la lactancia materna en mujeres atendidas en el Hospital de Gineco pediatría No 3A

Hipótesis metodológica

Los factores maternos como edad menor a 25 años, menor escolaridad, estatus socioeconómico alto, madres solteras, con empleo remunerado, tabaquismo y baja intención de lactar se asociarán con el abandono de la lactancia materna en mujeres atendidas en el Hospital de Gineco pediatría No 3A.

Los factores de los servicios de salud como menor número de consultas prenatales, no recibir información por personal de salud, nacimiento por cesárea, primera alimentación al seno materno mayor a 60 minutos posterior al parto, no tener alojamiento conjunto y no recibir asesoría postnatal sobre lactancia materna se asociarán con el abandono de la lactancia materna en mujeres atendidas en el Hospital de Gineco pediatría No 3A.

Material y métodos

Diseño de estudio: Observacional, prospectivo, longitudinal y analítico.

Universo de Trabajo:

Tiempo: Abril 2018 a Enero 2019

Lugar: Hospital de Gineco pediatría No 3A

Persona: Madres derechohabientes del IMSS en puerperio inmediato y mediato.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Madres de recién nacido vivo, en puerperio inmediato o mediato con afiliación al IMSS.
- Atendidas en el Hospital de Gineco Pediatría 3A.
- Residentes de la Ciudad de México.
- Que hayan iniciado lactancia materna exclusiva.

Criterios de exclusión:

- Madres con imposibilidad para contestar los cuestionarios (sedación, ventilación mecánica invasiva, deterioro neurológico, inconsciente).
- Madres con contraindicación médica para lactar (madre positiva para virus linfocítico de células T, madres que viven con VIH, brucelosis sin tratamiento, tuberculosis activa sin tratamiento, con lesiones por herpes simple en el pecho u otras causas que contraindiquen la lactancia materna).

Criterios de eliminación

- Paciente con cuestionarios incompletos.
- Paciente a quienes no se les pudiera realizar al menos un seguimiento.
- Pacientes que proporcionen lactancia materna mediante nodriza.
- Madres de hijos con diagnóstico de galactosemia, mala absorción congénita de glucosa-galactosa y deficiencia primaria de lactasa.

Cálculo del tamaño mínimo de muestra.

Con base en el artículo de Tsai TI ⁴³, en el cuál se encontró que las madres menores a 25 tuvieron un riesgo de abandono de lactancia materna de HR 0.36 (0.17-0.73) y representaban el 9% de la muestra, el número de eventos necesarios para observar esta asociación es :

$$\frac{(z_{\alpha/2} + z_{\beta})^2}{\pi_1 \pi_2 (\log HR)^2} = \frac{(1.96 + 1.282)^2}{0.09 * 0.91 (\log 0.36)^2}$$

Considerando:

Una hipótesis de dos colas con un valor de alfa de 0.05 $Z_{\alpha/2} = 1.96$

Una potencia del 90% $Z_b = 1.282$

Una proporción de exposición al 9%

Una proporción de no expuestos del 91%

Un Hazard Ratio= 0.36

El número de eventos necesario para dicho HR es = **123**

Entonces considerando una media de supervivencia del grupo no expuesto de 1.980, una razón de eventos al inicio del estudio de 0.350, una razón de censura de 0.3 y un tiempo de seguimiento de 6 meses.

$$\Pr\{\text{event}\} = 1 - (\pi_1 S_1(T) + \pi_2 S_2(T))$$

$$n = \text{events} / \Pr\{\text{event}\}$$

Se obtiene un número mínimo de sujetos de **244**.

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Naturaleza	Escala de medición	Indicador
Abandono de lactancia materna	El cese de cualquier tipo de práctica de lactancia materna	Se evaluará el abandono de la lactancia materna con la pregunta: ¿Continúa alimentando a su hijo con leche materna?	Cualitativa	Nominal, Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Prácticas de lactancia materna	Tipo de alimentación proporcionada a los lactantes por parte de las madres	Se preguntará a las madres durante los seguimientos (1,3 y 6 meses) los alimentos y bebidas que proporcionó el día previo a la entrevista a su hijo, así como los proporcionados en el mes previo, posteriormente se clasificará de acuerdo a las prácticas de alimentación infantil de la OMS.	Cualitativa	Nominal, Politémica	<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia materna exclusiva • Lactancia materna predominante • Lactancia materna
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde la su fecha de nacimiento.	Edad en años reportada en el cuestionario.	Cuantitativa	Razón	Número de años
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Grado de escolaridad reportada en el cuestionario	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Preescolar • Primaria • Secundaria • Preparatoria • Normal básica • Estudios técnicos con secundaria terminada • Estudios técnicos con preparatoria terminada • Normal de licenciatura • Licenciatura/profesional • Maestría • Doctorado
Estatus socioeconómico	Capacidad económica y social de un individuo, una familia o un país.	Obtenida mediante la sumatoria de puntos en el instrumento AMAI y su posterior clasificación	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • A/B • C+ • C • C- • D+ • D • E

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Naturaleza	Escala de medición	Indicador
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Estado civil reportado en el cuestionario	Cualitativa	Nominal, Politémica	<ul style="list-style-type: none"> • Casada • Unión libre • Divorciada • Separada • Viuda • Soltera
Ocupación	Es la actividad productiva de una persona o grupo de ellas.	Ocupación reportada en el cuestionario	Cualitativa	Nominal, Politémica	<ul style="list-style-type: none"> • Hogar • Estudiante • Empleada medio tiempo • Empleada tiempo completo
Antecedente de consumo de tabaco	Consumo de productos hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar, masticar o esnifar.	Se obtendrá mediante la pregunta: ¿Ha fumado usted por lo menos cien cigarros (5 cajetillas) de tabaco durante toda su vida?	Cualitativa	Nominal, Politémica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Nunca ha fumado • No responde
Intención de lactar	Grado con el que la madre tiene la necesidad individual de elegir con autonomía y libertad de practicar la lactancia materna exclusiva	Puntuación obtenida mediante el cuestionario de autodeterminación de lactancia materna (BSRQ)	Cuantitativa	Razón	Puntos obtenidos en el cuestionario BSRQ
Número de consultas prenatales	Consultas en las cuales un médico interactúa con la paciente para obtener información sobre la salud, evolución y desarrollo del embarazo	Número de consultas en las cuales un médico interactúa con la paciente para obtener información sobre la salud, evolución y desarrollo del embarazo reportadas en el cuestionario	Cuantitativa	Discreta	Número de consultas prenatales

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Naturaleza	Escala de medición	Indicador
Información sobre lactancia materna	Información proporcionada por personal de salud acerca de la lactancia materna	Información recibida por la madre durante la atención prenatal acerca de: importancia de contacto piel con piel, alojamiento conjunto, riesgos de sucedáneos, técnica de lactancia materna, extracción de leche, frecuencia y duración de alimentación del producto y fuentes para resolver problemas de lactancia, recolectado mediante el instrumento de monitoreo de la IHAN para madres que están lactando	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO
Vía de resolución del embarazo	Sitio anatómico mediante el cual el producto nace	Se obtendrá preguntando a la madre ¿Qué tipo de parto ha tenido?	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Normal (vaginal) • Cesárea con bloqueo • Cesárea con anestesia general • Otros
Alojamiento conjunto	Acción y efecto de mantener al recién nacido junto a la madre después del nacimiento.	Evaluado mediante el instrumento de monitoreo de la IHAN con la pregunta ¿Dónde estaba su bebé mientras usted estaba en la maternidad después del parto?	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Mi bebé estaba siempre conmigo día y noche. • Mi bebé a veces no estaba conmigo.
Estructura familiar	Conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran al grupo familiar.	Se obtendrá por el reporte del cuestionario acerca de las personas que viven con la madre actualmente en si hogar	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Nuclear • Nuclear simple • Nuclear numerosa • Reconstruida • Monoparental • Monoparental extendida • Monoparental extendida compuesta • Extensa • Extensa compuesta • No parental

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Naturaleza	Escala de medición	Indicador
Apoyo familiar sobre lactancia materna	Sostén físico, económico o moral que proporcionan los miembros de la familia para llevar a cabo la lactancia materna	Se obtendrá mediante el cuestionario BSRQ en los reactivos acerca del apoyo de sus allegados	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO

Descripción general del estudio

Previa autorización del protocolo por el Comité Local de Investigación en Salud y de Ética en Investigación se acudió al Hospital de Gineco pediatría No 3A de manera diaria para la identificación de pacientes en puerperio inmediato o mediato que cumplieron con los criterios de inclusión, se invitó a todas las participantes seleccionadas a participar en el estudio y a aquellas que aceptaron se solicitó firma de consentimiento informado, previa lectura de este.

Se aplicó el cuestionario cara a cara sobre datos generales, características demográficas, estructura familiar, factores socioeconómicos y antecedente de tabaquismo. Posteriormente se proporcionó para auto aplicación el cuestionario sobre intención de lactar y de los factores de los servicios de salud, el cual se corroboró su correcto llenado.

Se dio seguimiento telefónico a las madres a los uno, tres y seis meses posteriores a la medición basal, se preguntó sobre los alimentos y bebidas proporcionados a su hijo el día y mes previo, en caso de haber ofrecido algún alimento diferente a la leche materna, se preguntó la fecha y motivo. (Tiempo aproximado 3 minutos en cada llamada).

El tiempo de seguimiento se consideró desde el día de inicio de la lactancia materna (El día en el cual ofreció leche a su hijo por primera vez), hasta la fecha en que la madre refirió haber dejado de lactar a su hijo.

Se consideró como censuradas a las madres que no se pudieron ser localizadas, decidieron abandonar el estudio y/o deceso de la madre o del hijo.

La información se capturó en el programa SPSS versión 22, mismo en el que se realizó el análisis estadístico, se obtuvieron las tablas y gráficos presentados en los resultados. Se realizó la redacción de los resultados, discusión y conclusiones derivados de la investigación.

ASPECTOS ETICOS

Cumplimiento de normatividad y ética: El estudio cumple con los lineamientos de la Declaración de Helsinki - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de la 64ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, octubre 2013.

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción II, esta investigación se considera como de “**Riesgo mínimo**” ya que los datos de interés se obtuvieron por medio de cuestionarios. Este estudio se realizó en pacientes en puerperio, por lo cual se les proporcionó consentimiento informado a aquellas que aceptaron participar en el estudio.

Beneficios a los sujetos: Las pacientes no obtuvieron algún beneficio, sin embargo, los resultados nos permitieron conocer mejor los factores que se asocian al abandono de la lactancia materna, dado que se trata de un estudio es con riesgo mínimo, **el balance riesgo-beneficio** fue adecuado.

Confidencialidad: En todo momento se preservó la confidencialidad de la información de las participantes, dicha información se conservó en registro aparte por el investigador principal bajo llave, de igual forma al difundir los resultados de ninguna manera se expuso información que pudiera ayudar a identificar a las participantes

Método de obtención del consentimiento: El consentimiento informado se solicitó por personal ajeno a la atención médica, siempre después de que la paciente recibió la atención médica, previo a su egreso de la unidad.

Método de recolección de muestra: La muestra se conformó por TODAS las pacientes que cumplieron los criterios de selección, durante el tiempo de recolección de la muestra.

Forma de otorgar los beneficios a las participantes: No aplica

Recursos, financiamiento y factibilidad

Recursos humanos:

La investigadora responsable Dra. Carmen Rosa Mejía Villarroel médica especialista en ginecología y obstetricia, jefa de división en el HGP3A.

La investigadora asociada Dra. Gabriela de Lourdes López Cisneros, médica especialista en ginecología y obstetricia, directora del Hospital de Gineco Pediatría 3 A. La cual ha participado en la validación de Guías de Práctica Clínica.

Como asesora metodológica la Dra. Yazmín Palacios Zacate, especialista en epidemiología, jefa de división en el área de epidemiología hospitalaria en el Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional Siglo XXI, con la experiencia de haber participado como investigador principal en 5 tesis de residentes en epidemiología, asesor asociado en una tesis de residente de medicina del enfermo en estado crítico y publicado 5 artículos en revistas arbitradas.

Un médico residente en epidemiología de tercer año, el cual estuvo encargado de realizar las encuestas, así como llevar a cabo el seguimiento de las pacientes.

Recursos materiales:

En el hospital de Gineco Pediatría No 3 A, se atienden de manera diaria entre 15 a 20 partos, en el mes de Febrero del 2018 se atendieron 575 partos, por lo cual se cuenta con la estructura y población para poder realizar la investigación.

Recursos económicos:

Para la elaboración de esta investigación solo se ocupó encuestas en papel y un equipo de cómputo para el análisis de los datos, además de un dispositivo móvil para realizar las llamas de seguimiento, el médico residente proporcionó los recursos materiales y económicos para la investigación, por lo cual no se solicitó financiamiento.

Financiamiento: No se solicitó financiamiento, porque se contó con los recursos necesarios para realizar el estudio.

Factibilidad: Además de contar con los recursos para hacer la investigación, se contó con la población blanco del estudio en el Hospital de Gineco Pediatría No 3 A, el cual fue certificado por primera vez como “Hospital amigo del niño y de la madre” en 1997 y tuvo su actual recertificación como “Hospital amigo del niño y de la niña” en 2015. Dado lo anterior se consideró factible la realización del proyecto.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Asociación entre factores maternos y de los servicios de salud con el abandono de la lactancia materna en mujeres atendidas en el Hospital de Gineco pediatría No 3A

Cronograma	2017						2018												2019		
	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	
Búsqueda de antecedentes	R	R	R	R	R	R	R														
Realización del protocolo	R	R	R	R	R	R	R	R													
Revisión y aceptación por el comité de investigación									P												
Aceptación por institución									P												
Elección de los participantes y aplicación de medición nasal										P											
Seguimiento a participantes											P	P	P	P	P	P					
Captura de datos											P	P	P	P	P	P					
Análisis de información																	P	P	P		
Redacción de resultados																	P	P	P		
Presentación de resultados																					P

R= Realizado

P= Pendiente

Resultados.

Durante el periodo del estudio se obtuvo una muestra de 206 madres, posteriormente se eliminó a 13 por cuestionarios basales incompletos en variables de interés para el estudio y 18 por imposibilidad para su localización en al menos un seguimiento. Por lo que la muestra final se conformó por un total de 175 participantes. 16 pacientes fueron censuradas, sin embargo, se analizó la información del tiempo persona que contribuyeron al estudio previo a su censura.

La media de seguimiento de las participantes fue de 138.43 días. El grupo con abandono de LM contribuyó con un total de 3956 días persona, mientras que las pacientes sin abandono contribuyeron con 20270 días persona, para un total de 24226 días persona de seguimiento.

El análisis de las características maternas mostró que la mediana de edad fue de 26 años, con cuartil uno de 22 y cuartil tres de 31 años, rango Inter cuartil de 9 y Kolmogorov-Smirnov con $p = 0.001$. Al analizar por separado la edad en los grupos con y sin abandono de LM ambos presentaron mediana de 26 años con cuartil uno y tres de 22 y 31 años respectivamente. La edad mínima encontrada en la muestra fue de 18, mientras que la edad máxima fue de 44 años (Gráfico 1).

Las unidades de medicina familiar de adscripción las más frecuentes fueron: UMF 23 con el 16.6%, UMF 41 con 12.6% y UMF 11 con el 10.3%.

Los porcentajes obtenidos por número de gestas de las madres fueron los siguientes: para gesta uno 30.9%, gesta dos 39.4%, gesta tres 21.1%, gesta cuatro 7.4% y gesta cinco 1.1%.

El mayor porcentaje de la muestra reportó como estado civil a la unión libre 54.3%, seguido de casada 31.4%, por lo que en conjunto el porcentaje de madres que viven con su pareja es del 85.7%. Al clasificar por tipo de familia el 37.7% pertenece a una familia nuclear simple, seguida de familia extensa con 36%. El 45.7% de las madres tuvo escolaridad preparatoria o bachillerato y el 27.4% cursó hasta la secundaria. El instrumento AMAI, empleado en el estudio ubicó a la mayor proporción en estatus socioeconómico medio (55.4%) seguido del alto (32%). Para ocupación reportada el 48% refirió ser empleada u obrera, seguido de las madres que reportaron dedicarse al hogar con 42.3%. Se encontró que el 69.1% de las madres tuvieron intención de lactar. El 25.7% de las madres refirió antecedente de tabaquismo y el 9.1% reportó antecedente de consumo de alcohol >4 U.B.E. El 100% de las madres negaron consumo de tabaco o alcohol actual o durante el embarazo, por lo que no se pudo realizar análisis de las preguntas relacionadas con la adicción a dichas sustancias. (Tabla 1).

Respecto al abandono de lactancia materna se encontró que para el sexto mes de seguimiento el 30% de las madres habían dejado de proporcionar cualquier tipo de lactancia a sus hijos, además el 35% de las madres no logró mantener la exclusividad de la lactancia materna durante este tiempo (Gráfico 2). Las prácticas de lactancia encontradas durante el primer mes de seguimiento fueron: LME 72%, LMP 1.1%, LM 22.3% y abandono de LM 4.6%, mientras que para el tercer mes las prácticas de LM encontradas fueron: LME 41.7%, LMP 2.9%, LM 30.9% y abandono de LM 24.5%.

El tiempo medio hasta abandono de lactancia materna en las madres de la muestra fue de 76.07 con intervalo de confianza al 95% de 65.39 a 86.75, en las líneas punteadas se representa el primer mes y tercer mes de seguimiento respectivamente, en el periodo comprendido entre estos dos meses se ubicó el mayor número de abandonos de lactancia materna. (Gráfico 3).

Al comparar las características maternas entre las madres que abandonaron y las que no abandonaron LM se encontró que el porcentaje de madres casadas en el grupo que abandonó LM fue de 17.3% y en el grupo que no abandonó fue de 37.4%, dicha diferencia fue estadísticamente significativa con $p = 0.009$. El porcentaje de escolaridad básica en madres con abandono de LM fue de 38.5% contra 28.5% en el grupo de LM. En cuanto al nivel socioeconómico ambos grupos se ubicaron en nivel medio con 46.2% y 59.3% para abandono de LM y LM respectivamente. Para estatus laboral se obtuvo diferencia significativa ya que el grupo con abandono de LM tuvo 67.3% de madres trabajadoras contra 45.5% en el grupo de LM. El porcentaje de madres con alta intención de lactar en el grupo con abandono de LM fue 61.5% contra 72.4% del grupo de LM. El porcentaje de madres que refirieron antecedente de consumo de alcohol >4 U.B.E en el grupo de abandono de LM fue de 7.7%, contra 9.8% del grupo de LM. El grupo con abandono de LM refirió antecedente de tabaquismo en un 32.7% contra un 22.8% del grupo de LM. Por las características del lugar de estudio y el área en el que se permitió hacer la recolección de la muestra solo se encontró un total de 8 paciente con comorbilidades, que corresponden a 1 caso de diabetes gestacional, 2 enfermedades autoinmunes y 5 enfermedades hipertensivas del embarazo controladas (Tabla 2).

En cuanto a las variables de los servicios de salud se encontró que la proporción de madres que estuvieron expuestas a las acciones del IHAN durante la hospitalización fue la siguiente: Apoyo postnatal para iniciar lactancia materna 73.1%, contacto piel a piel 32%, alojamiento conjunto 60%, fomento a lactancia materna exclusiva 85.1%, fomento a la lactancia materna exclusiva 85.1% y técnica de extracción manual de leche 56%.

Al comparar a las madres por estatus de abandono de LM, se observó que el 5.8% del grupo con abandono de LM no tuvo al menos 5 consultas de atención prenatal, contra 13% del grupo de LM. En cuanto a atención prenatal en el IMSS el 13.5% de las madres del grupo de abandono de LM tuvo menos de 5 consultas contra 30.1% del grupo de LM, esta diferencia fue significativa con $p = 0.021$. El porcentaje de madres con apego posterior a 60 minutos después del nacimiento en el grupo de abandono de LM fue de 19.2%, mientras que para el grupo de LM fue de 10.6%. El grupo con abandono de LM reportó alojamiento conjunto en un 57.7% contra 61% del grupo de LM. El 84.6% del grupo con abandono de LM recibió apoyo postnatal para iniciar lactancia contra un 71.5% del grupo de LM. Por último, el 44.2% de las madres con abandono de LM tuvieron como vía de resolución del embarazo a la cesárea contra un 30.9% del grupo de LM (Tabla 3).

En cuanto al número de temas sobre LM proporcionados a las madres durante la atención prenatal se observó que en el grupo con abandono de LM la mediana de temas fue de 9, cuantil uno de 6 y cuartil tres de 11, mientras que en el grupo de LM la mediana fue de 11, cuantil uno de 7 y cuartil tres de 11, con diferencia no significativa $p = 0.108$ (Gráfico 4).

En cuanto al número de temas sobre LM proporcionados a las madres durante su hospitalización al momento del parto se observó que en el grupo con abandono de LM la mediana de temas fue de 8, cuantil uno de 5 y cuartil tres de 11, mientras que en el grupo de LM la mediana fue de 8, cuantil uno de 5 y cuartil tres de 11, con diferencia no significativa $p = 0.469$ (Gráfico 5).

En el análisis bivariado de los factores maternos asociados al abandono de LM se encontraron los siguientes Hazard ratios (HR) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%), para edad ≤ 25 años HR 0.88 (IC95% 0.51-1.53), estado civil casada HR 0.43 (IC95% 0.21-0.88), escolaridad básica contra media superior y superior HR 1.48 (IC95% 0.85-2.58), nivel socioeconómico alto contra medio y bajo HR 0.1.50 (IC95% 0.86-2.61), trabajo remunerado HR 1.89 (IC95% 1.06-3.39), baja intención de lactar HR 1.59 (IC95% 0.91-2.79), tabaquismo HR 1.46 (IC95% 0.82-2.62). (Tabla 4).

Para asociación entre factores de los servicios de salud y abandono de lactancia materna se obtuvieron los siguientes resultados, para menos de 5 consultas de atención prenatal HR 1.23 (IC95% 0.30-5.09), menos de 5 consultas de atención prenatal en el IMSS HR 0.55 (IC95% 0.28-1.37), por cada tema sobre lactancia materna proporcionado durante la atención prenatal HR 0.96 (IC95% 0.89-1.03), por cada tema sobre lactancia materna proporcionado durante hospitalización para atención del parto HR 0.97 (IC95% 0.90-1.05), resolución de embarazo por cesárea HR 1.62 (IC95% 0.94-2.80), apego posterior a 60 minutos HR 1.59 (IC95% 0.80-3.18), no tener alojamiento conjunto estricto HR 1.03 (IC95% 0.59-1.78), apoyo postnatal para iniciar lactancia materna HR 0.52 (IC95% 0.24-1.10) (Tabla 5).

En el análisis bivariado de los factores maternos asociados al abandono de LME se encontraron los siguientes Hazard ratios (HR) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%), para edad ≤ 25 años HR 0.81 (IC95% 0.56-1.16), estado civil casada HR 0.62 (IC95% 0.41-0.94), escolaridad básica contra media superior y superior HR 0.81 (IC95% 0.54-1.20), nivel socioeconómico alto contra medio y bajo HR 0.1.57 (IC95% 1.08-2.28), trabajo remunerado HR 2.07 (IC95% 1.42-3.02), por cada hora de trabajo al día HR 1.07 (IC95% 1.03-1.11) baja intención de lactar HR 1.31 (IC95% 0.89-1.92), tabaquismo HR 1.52 (IC95% 1.02-2.26), información sobre técnica de extracción manual de leche HR 0.69 (IC95% 0.47-1.01), información sobre cuidado de los senos durante lactancia HR 0.55 (IC95% 0.37-0.80), información sobre los datos de una succión efectiva HR 0.69 (IC95% 0.48-0.99), por cada tema proporcionado durante atención prenatal en el IMSS HR 0.95 (IC95% 0.90-0.99) (Tabla 6).

El análisis multivariado se realizó tomando en cuenta las variables potencialmente confusoras para la asociación entre algunas características maternas y el abandono de lactancia materna y abandono de lactancia materna exclusiva, el modelo presentado es el que explica de mejor manera la asociación entre las principales variables independientes y el abandono de LM y LME.

Las variables confusoras incluidas en el modelo final fueron edad, número de hijos que proporcionaron lactancia materna exclusiva, atención prenatal oportuna, menos de cinco consultas de atención prenatal, exposición en medios de comunicación a anuncios sobre lactancia materna y consumo de alcohol mayor a cuatro U.B.E previo al embarazo.

Los HR ajustados (HRa) para asociación entre factores maternos y abandono de lactancia materna fueron los siguientes, estado civil casada HRa 0.43 (IC95% 0.21-0.91), escolaridad básica contra media superior y superior HRa 1.99 (IC95% 1.05-3.77), estatus socioeconómico alto contra medio y bajo HRa 1.24 (IC95% 0.70-2.22), trabajo remunerado HRa 1.91 (IC95% 1.03-3.52), incremento por cada hora de trabajo al día HRa 1.06 (IC95% 0.99-1.13), baja intención de lactar HRa 1.83 (IC95% 1.02-3.28), tabaquismo HRa 1.86 (IC95% 0.99-3.5) (Tabla 7).

El análisis multivariado para asociación entre factores maternos y abandono de lactancia materna exclusiva mostró los siguientes resultados estado civil casada HRa 0.62 (IC95% 0.41-0.97), escolaridad básica contra media superior y superior HRa 0.89 (IC95% 0.58-1.39), estatus socioeconómico alto contra medio y bajo HRa 1.52 (IC95% 1.02-2.24), trabajo remunerado HRa 2.11 (IC95% 1.41-3.12), incremento por cada hora de trabajo al día HRa 1.07 (IC95% 1.03-1.12), baja intención de lactar HRa 1.38 (IC95% 0.92-2.06), tabaquismo HRa 1.56 (IC95% 1.03-2.35) (Tabla 8).

Se realizaron múltiples modelos de regresión para la asociación entre factores de los servicios de salud y abandono de lactancia materna, sin embargo, no se encontró algún modelo que demostrara relación entre dichas variables, esta ausencia de asociación entre las variables se observa desde el análisis bivariado.

El modelo de regresión que explicó mejor la asociación entre factores de los servicios de salud y abandono de lactancia materna exclusiva incluye las siguientes variables: edad, estatus socioeconómico, escolaridad materna, intención de lactar, exposición en medios a sucedáneos de la leche, atención prenatal oportuna, comorbilidades y vía de resolución de embarazo. Las variables que fueron estadísticamente significativas fueron aquellas derivadas de la información proporcionada a la madre durante las consultas de atención prenatal en el IMSS, la información que resultó asociarse con un menor riesgo de abandono de lactancia materna fue: apego inmediato HRa 0.64 (IC95% 0.42-0.98), alojamiento conjunto HRa 0.62 (IC95% 0.42-0.92), datos de succión efectiva HRa 0.61 (IC95% 0.39-0.93), cuidado de los senos HRa 0.49 (IC95% 0.33-0.73), técnica de extracción manual de leche HRa 0.67 (IC95% 0.45-0.99), almacenamiento correcto de la leche extraída HRa 0.60 (IC95% 0.41-0.88) (Tabla 9).

Gráfico 1.- Distribución de edad materna por estatus de abandono de lactancia materna.

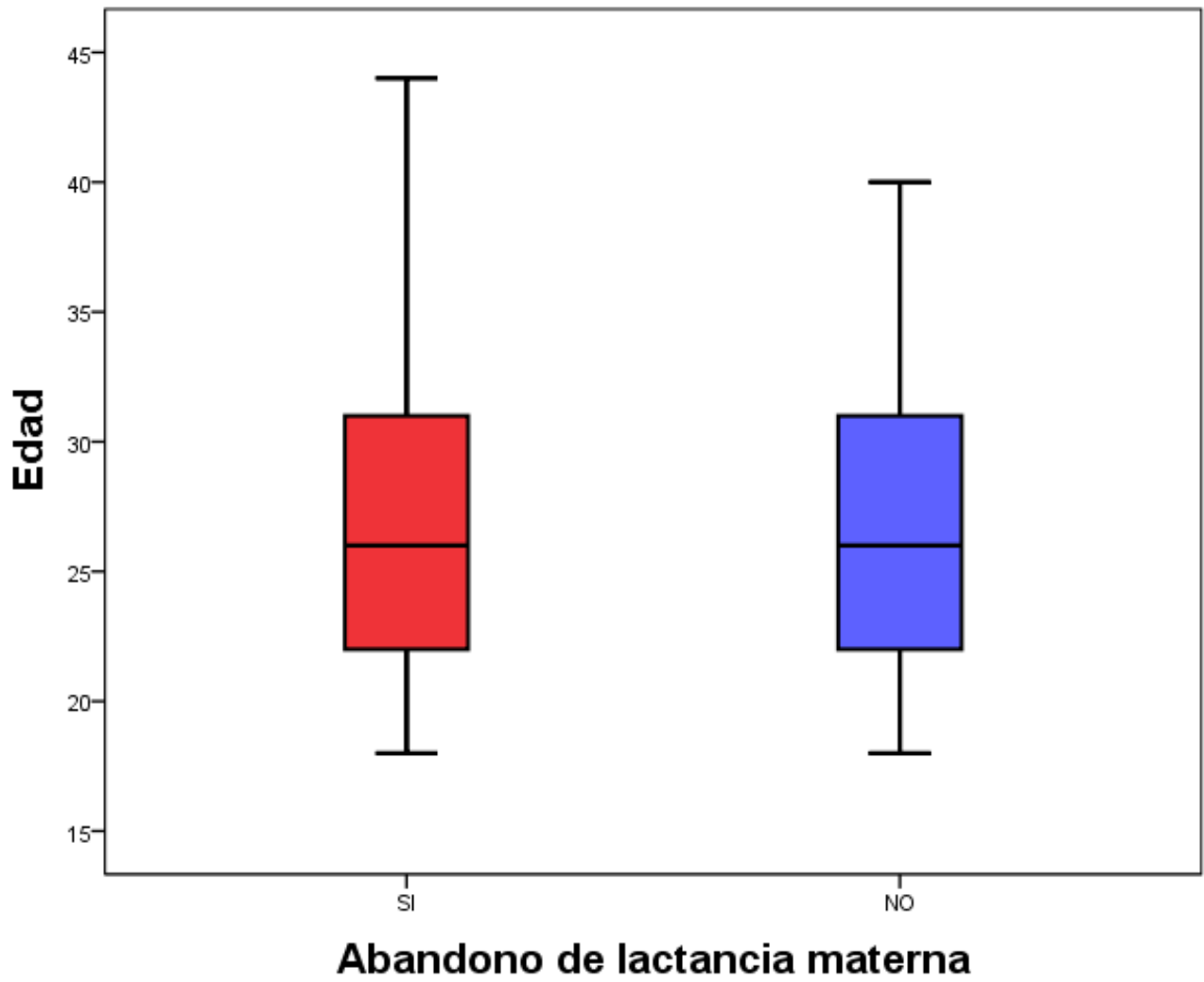


Tabla 1.- Características generales de las madres participantes en el estudio.

Variable	Frecuencia (n= 175)	Porcentaje (%)
Estado civil		
Tiene pareja, pero no vive con él	6	3.4
Soltera	19	10.9
Casada	55	31.4
Unión libre	95	54.3
Tipo de familia		
Nuclear simple	66	37.7
Nuclear numerosa	4	2.3
Reconstituida	16	9.1
Monoparental	5	2.9
Monoparental extendida	20	11.4
Extensa	63	36
Extensa compuesta	1	0.6
Escolaridad		
Sin escolaridad	1	0.6
Primaria	6	3.4
Secundaria	48	27.4
Preparatoria o bachillerato	80	45.7
Estudios técnicos con preparatoria terminada	3	1.7
Licenciatura/Profesional	36	20.6
Maestría	1	0.6

Tabla 1.- Características generales de las madres participantes en el estudio. Continuación.

Variable	Frecuencia (n= 175)	Porcentaje (%)
Estatus socioeconómico		
Alto	56	32
Medio	97	55.4
Bajo	22	12.6
Ocupación		
Empleada u obrera	84	48
Hogar	74	42.3
Estudiante	10	5.7
Ayudante	5	2.9
Contrata trabajadores	2	1.1
Intención de lactar		
Si	121	69.1
No	54	30.9
Tabaquismo		
Si	45	25.7
No	130	74.3
Consumo de alcohol > 4 U.B.E		
Si	16	9.1
No	159	90.9

Gráfico 2.- Prácticas de lactancia materna a los seis meses de seguimiento.

■ LME ■ LMP ■ LM ■ Abandono LM

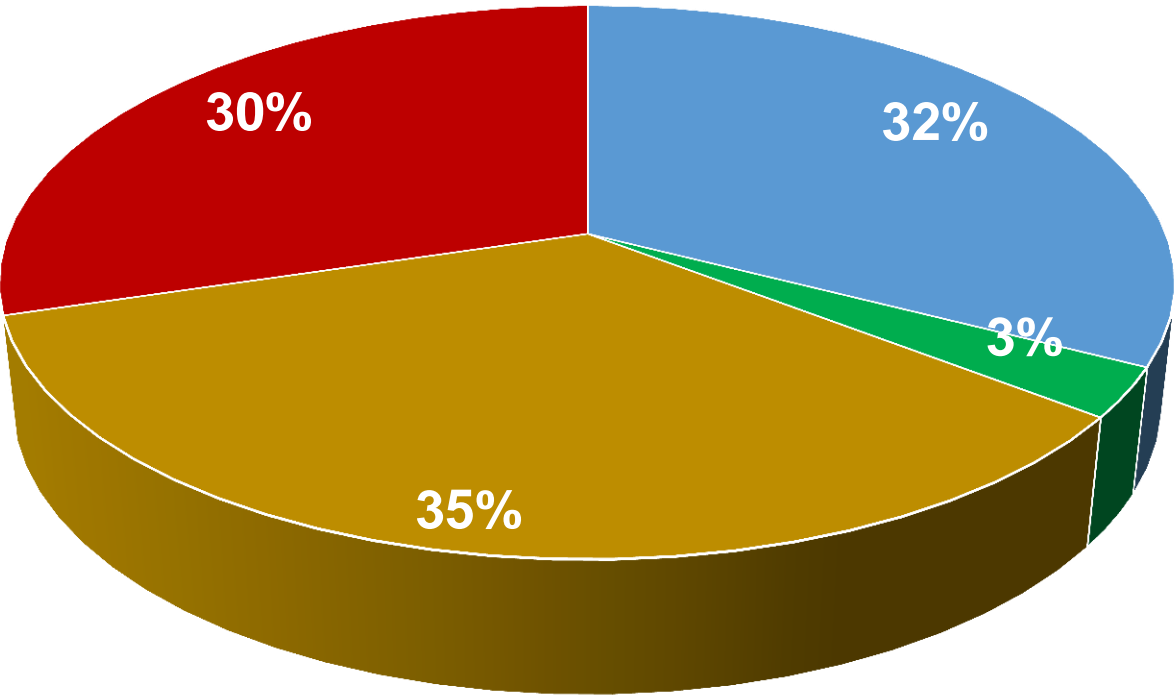


Gráfico 3.- Curva de supervivencia para abandono de lactancia materna en días.

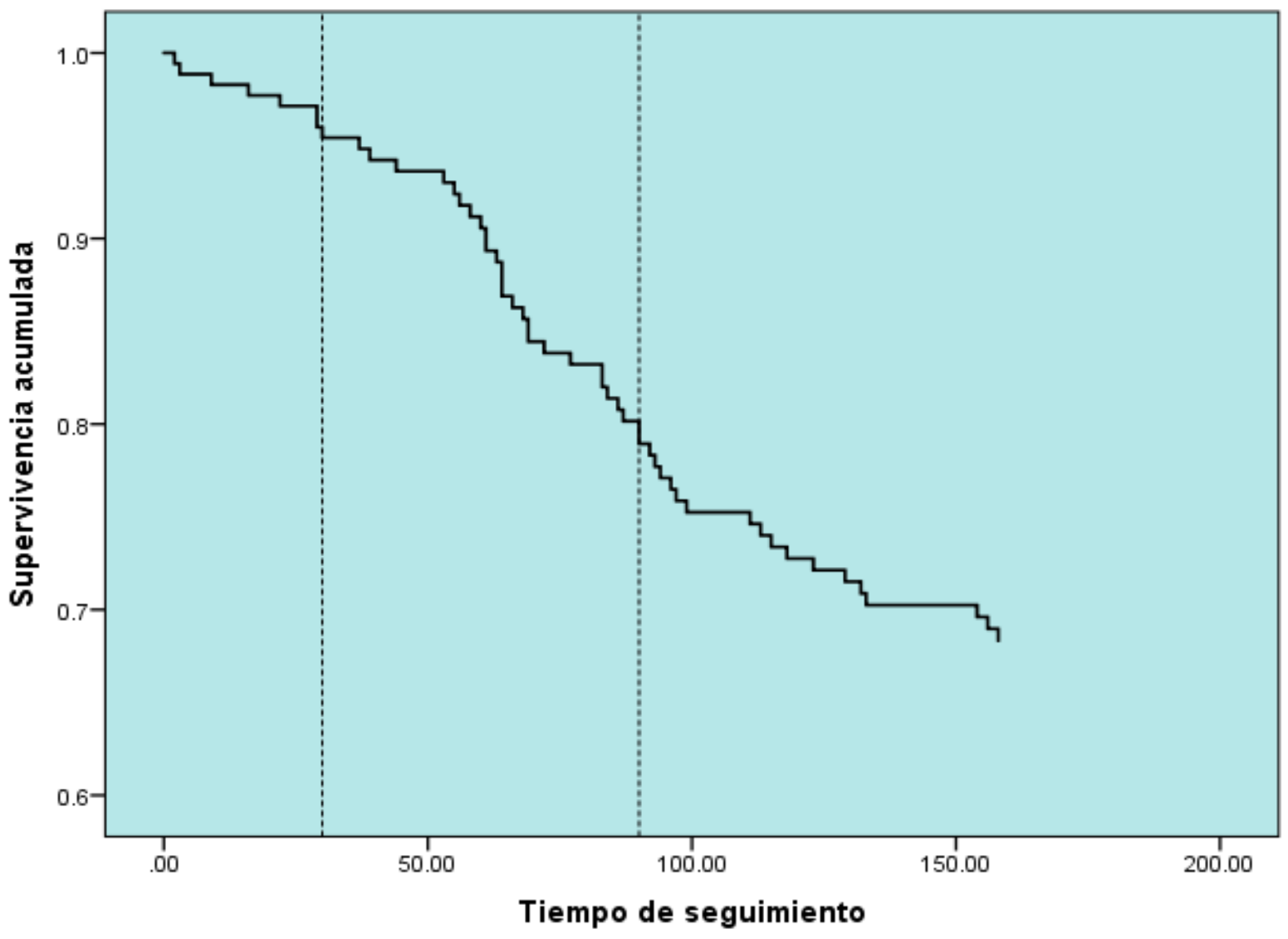


Tabla 2.- Características maternas por estatus de abandono de LM.

Variable	Abandono de LM Frecuencia (%)	LM Frecuencia (%)	p
Casada			
SI	9 (17.3%)	46 (37.4%)	0.009*
NO	43 (82.7%)	77 (62.6%)	
Escolaridad básica			
SI	20 (38.5%)	35 (28.5%)	0.193*
NO	32 (61.5%)	88 (71.5%)	
Nivel socioeconómico			
Alto	21 (40.4%)	35 (28.5%)	0.244*
Medio	24 (46.2%)	73 (59.3%)	
Bajo	7 (13.5%)	15 (12.2%)	
Trabajo remunerado			
SI	35 (67.3%)	56 (45.5%)	0.008*
NO	17 (32.7%)	67 (54.5%)	
Intención de lactar			
Alta	32 (61.5%)	89 (72.4%)	0.157*
Baja	20 (38.5%)	34 (27.6%)	
Consumo de alcohol > 4 U.B. E			
SI	4 (7.7%)	12 (9.8%)	0.780**
NO	48 (92.3%)	111 (90.2%)	
Tabaquismo			
SI	17 (32.7%)	28 (22.8%)	0.17*
NO	35 (67.3%)	95 (77.2%)	
Comorbilidades			
SI	2 (3.8%)	6 (4.9%)	1**
NO	50 (96.2%)	117 (95.1%)	

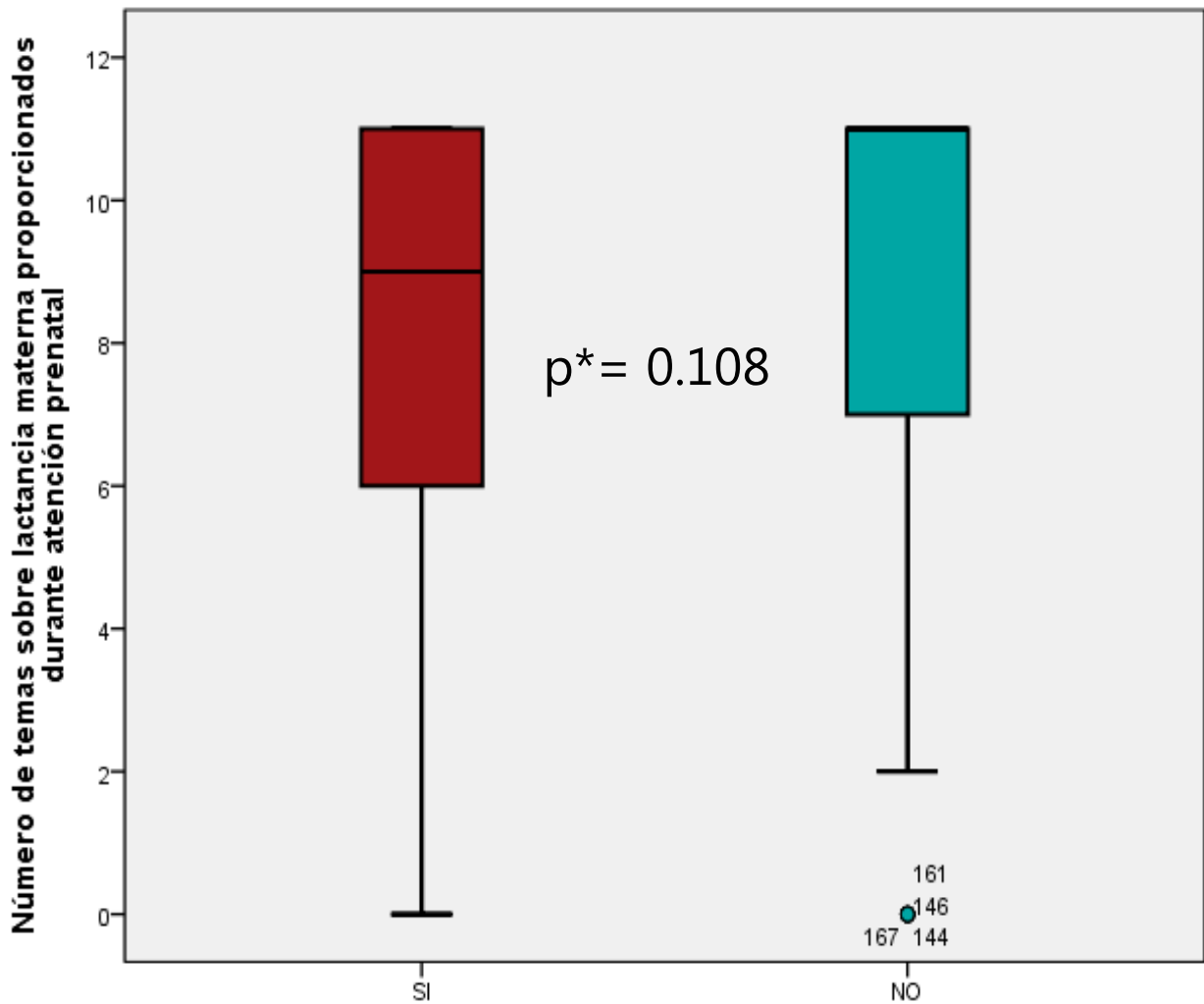
*chi-cuadrada **Prueba exacta de Fisher

Tabla 3.- Características de los servicios de salud por estatus de abandono de LM.

Variable	Abandono de LM Frecuencia (%)	LM Frecuencia (%)	p
Menos de 5 consultas de atención prenatal			
SI	3 (5.8%)	16 (13%)	0.193**
NO	49 (94.2%)	107 (87%)	
Menos de 5 consultas de atención prenatal en IMSS			
SI	5 (9.6%%)	22 (17.9%)	0.166*
NO	47 (90.4%)	101 (82.1%)	
Apego posterior a 60 minutos			
SI	10 (19.2%)	13 (10.6%)	0.121*
NO	42 (80.8%)	110 (89.4%)	
Alojamiento conjunto			
SI	30 (57.7%)	75 (61%)	0.685*
NO	22 (42.3%)	48 (39%)	
Apoyo postnatal para iniciar lactancia materna			
SI	44 (84.6%)	88 (71.5%)	0.66*
NO	8 (15.4%)	35 (28.5%)	
Vía de resolución del embarazo			
Vaginal	29 (55.8%)	85 (69.1%)	0.091*
Cesárea	23 (44.2%)	38 (30.9%)	

*Chi cuadrada **Prueba exacta de Fisher

Gráfico 4.- Distribución del número de temas sobre LM proporcionado durante atención prenatal por estatus de abandono.



*U de Mann-Whitney

Abandono de lactancia materna

Gráfico 5.- Distribución del número de temas sobre LM proporcionado durante hospitalización por estatus de abandono.

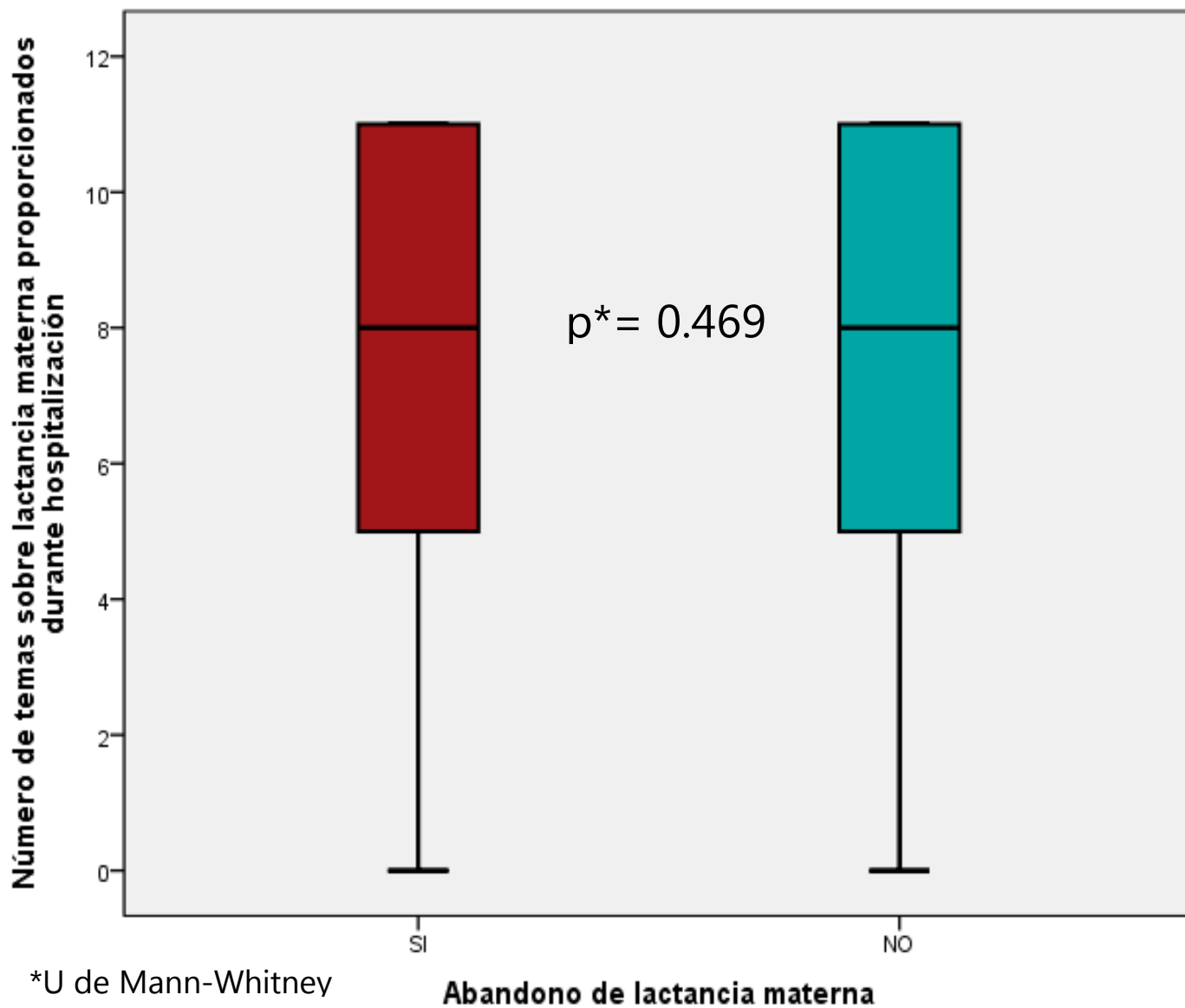


Tabla 4.- Análisis bivariado de factores maternos asociados al abandono de lactancia materna.

Variable	HR	IC95%*	p**
Edad ≤25 años	0.88	0.51-1.53	0.66
Casada	0.43	0.21-0.88	0.02
Escolaridad básica	1.48	0.85-2.58	0.17
Nivel socioeconómico alto	1.50	0.86-2.61	0.15
Trabajo remunerado	1.89	1.06-3.39	0.03
Baja intención de lactar	1.59	0.91-2.79	0.10
Tabaquismo	1.46	0.82-2.62	0.19

*Intervalo de confianza al 95% ** Prueba de log-rank.

Tabla 5.- Análisis bivariado de factores de los servicios de salud asociados al abandono de lactancia materna.

Variable	HR	IC95%*	p**
Menos de 5 consultas de AP	1.23	0.30-5.09	0.768
Menos de 5 consultas de AP IMSS	0.55	0.28-1.37	0.198
Número de temas sobre LM proporcionado durante atención prenatal	0.96	0.89-1.03	0.34
Número de temas sobre LM proporcionado durante hospitalización	0.97	0.90-1.05	0.49
Cesárea	1.62	0.94-2.80	0.83
Apego posterior a 60 minutos	1.59	0.80-3.18	0.185
Sin alojamiento conjunto	1.03	0.59-1.78	0.91
Apoyo postnatal para iniciar lactancia materna	0.52	0.24-1.10	0.091

*Intervalo de confianza al 95% ** Prueba de log-rank.

Tabla 6.- Análisis bivariado de factores asociados al abandono de lactancia materna exclusiva.

Variable	HR	IC95%*	p**
Características maternas			
Edad ≤25 años	0.81	0.56-1.16	0.25
Casada	0.62	0.41-0.94	0.02
Escolaridad básica	0.81	0.54-1.20	0.29
Nivel socioeconómico alto	1.57	1.08-2.28	0.019
Trabajo remunerado	2.07	1.42-3.02	<0.001
Por hora de trabajo al día	1.07	1.03-1.11	0.001
Baja intención de lactar	1.31	0.89-1.92	0.171
Tabaquismo	1.52	1.02-2.26	0.038
Características de los servicios de salud			
Información sobre la técnica de extracción manual de leche	0.69	0.47-1.01	0.055
Información sobre cuidado de los senos	0.55	0.37-0.80	0.002
Información sobre succión efectiva	0.69	0.48-0.99	0.046
Número de temas durante AP en el IMSS	0.95	0.90-0.99	0.037

*Intervalo de confianza al 95% ** Prueba de log-rank.

Tabla 7.- Análisis multivariado de factores maternos asociados al abandono de lactancia materna.

Variable	HRa.*	IC95%**	p***
Casada	0.43	0.21-0.91	0.027
Escolaridad básica	1.99	1.05-3.77	0.034
Estatus socioeconómico alto	1.24	0.70-2.22	0.45
Trabajo remunerado	1.91	1.03-3.52	0.039
Por hora de trabajo al día	1.06	0.99-1.13	0.095
Baja intención de lactar	1.83	1.02-3.28	0.043
Tabaquismo	1.86	0.99-3.50	0.052

*Ajustado por edad, número de hijos con LME, atención prenatal oportuna, <5 consultas de atención prenatal, exposición en medios de comunicación a LM y consumo de alcohol >4 U.B.E, mediante regresión de Cox. **Intervalo de confianza al 95% *** Prueba de log-rank.

Tabla 8.- Análisis multivariado de factores maternos asociados al abandono de lactancia materna exclusiva.

Variable	HRa.*	IC95%**	p***
Casada	0.62	0.41-0.97	0.037
Escolaridad básica	0.89	0.58-1.39	0.635
Estatus socioeconómico alto	1.52	1.02-2.24	0.038
Trabajo remunerado	2.11	1.41-3.12	<0.001
Por hora de trabajo al día	1.07	1.03-1.12	0.001
Baja intención de lactar	1.38	0.92-2.06	0.113
Tabaquismo	1.56	1.03-2.35	0.036

*Ajustado por edad, número de hijos con LME, atención prenatal oportuna, <5 consultas de atención prenatal, exposición en medios de comunicación a LM y consumo de alcohol >4 U.B.E, mediante regresión de Cox. **Intervalo de confianza al 95% *** Prueba de log-rank.

Tabla 9.- Análisis multivariado de factores de los servicios de salud asociados al abandono de lactancia materna exclusiva.

Variable	HRa.*	IC95%**	p***
Número de temas sobre LM en atención prenatal	0.94	0.89-0.98	0.016
Información apego inmediato	0.64	0.42-0.98	0.038
Información alojamiento conjunto	0.62	0.42-0.92	0.018
Información succión efectiva	0.61	0.39-0.93	0.021
Información cuidado de los senos	0.49	0.33-0.73	0.001
Información técnica de extracción manual	0.67	0.45-0.99	0.047
Información almacenamiento de LM	0.60	0.41-0.88	0.009

*Ajustado por edad, estatus socioeconómico, escolaridad materna, intención de lactar, exposición en medios a sucedáneos de la leche, atención prenatal oportuna, comorbilidades y vía de resolución de embarazo**Intervalo de confianza al 95% *** Prueba de log-rank.

Discusión

El presente estudio se realizó en el principal hospital de atención obstétrica de la delegación D.F norte del IMSS, con lo que se intentó obtener una muestra representativa de las madres que residen en dicha delegación. Este estudio hasta el día de hoy es una de las investigaciones más detalladas realizadas sobre lactancia materna en el IMSS, por la metodología empleada y la cantidad de variables confusoras evaluadas.

Una de las encuestas sobre características sociodemográficas más grandes en México es la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID) del INEGI, la cual se realizó por última ocasión en el 2014, en esta encuesta el 78.8% de las mujeres con al menos un hijo nacido vivo reportó estar unida (casada o en unión libre), en nuestro estudio el porcentaje de madres unidas fue similar con un 85.7. En la ENADID el porcentaje de madres con educación básica fue de 44.3%, en nuestro estudio este porcentaje fue menor con un 31.4%, esta diferencia puede deberse a que la población adscrita al IMSS tiende a tener mayor grado académico por las actividades laborales que desempeña y que le dan la afiliación al instituto. En la misma encuesta se observó que el porcentaje de madres primigestas fue del 60.5% en comparación con nuestro estudio que se obtuvo un porcentaje de 30.9%.

En cuanto al estatus laboral la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo en el 2017 encontró que de las madres mayores de 15 años con uno a dos hijos el 40.9% desempeñaba una actividad laboral remunerada, en comparación con nuestro estudio que se encontró un porcentaje de madres con actividad laboral remunerada del 52%, hecho asociado a la población que atiende el IMSS.

Uno de los principales estudios a comparar por su diseño y análisis estadístico es el realizado por Kasahun en 2017, en el se encontró que el porcentaje de madres unida fue del 89.7%, similar al encontrado en nuestro estudio, así mismo el porcentaje de madres con actividad laboral remunerada fue similar, mientras que en nuestro estudio se encontró un 30.9% en su estudio se reportó un 30.5%. Una característica sociodemográfica que destacar del estudio de Kasahun por su gran diferencia de nuestra población es la escolaridad, en su estudio el 85.6% de las madres tuvo escolaridad básica o sin estudios. En su estudio la proporción de abandono de lactancia materna a los seis meses fue del 21.9% en comparación con el 30% de nuestro estudio. A diferencia del estudio de Kasahun nosotros no encontramos asociación con la vía de resolución del embarazo. Otro dato por resaltar es la asociación con el nivel educativo, debido a que se obtuvieron resultados contradictorios, mientras que en el estudio de Kasahun las madres con escolaridad superior tuvo mayor riesgo de abandono, en nuestro estudio la escolaridad básica mostró mayor riesgo de abandono de lactancia materna. Por último, un dato muy importante es que en nuestro estudio se encontró asociación entre la información de proporcionada a las madres durante la atención prenatal, a

diferencia del suyo en donde no hubo asociación con variables relacionadas con los cuidados antenatales. Una diferencia clave entre los estudios fue la manera de medir el tiempo hasta el evento, debido a que en su estudio solo se midió en una ocasión el evento y se preguntó de manera retrospectiva en qué momento iniciaron un alimento diferente a la leche o abandonaron la lactancia materna, lo que no permite saber con exactitud el tiempo de los eventos, además de que las variables independientes se evaluaron al mismo tiempo que la dependiente.

Otro estudio que considerar es el de Wang W, realizado en 2013 el cual tiene similitudes con nuestra investigación para la asociación entre abandono de lactancia materna y variables como madre con trabajo remunerado e intención de lactar asociación que fue similar a la obtenida en nuestros resultados. Las diferencias entre los estudios son principalmente con el nivel educativo, estatus socioeconómico y apego dentro de los primeros 60 minutos posteriores al nacimiento. Sin embargo, estas diferencias pueden deberse a factores como los instrumentos empleados para la medición ya que nosotros empleamos instrumentos validados para la medición de las variables, además el tiempo de seguimiento que ellos emplearon fue de tres meses, lo que quizá no les permitió hacer una evaluación más detallada del abandono de lactancia materna. Una diferencia metodológica sustancial con el estudio de Wang W fue que el abandono de lactancia materna solo lo midieron empleando el recordatorio de alimentos consumidos en las últimas 24 horas, mientras que en nuestro estudio además de emplear esta metodología, se interrogó acerca de todos los alimentos o líquidos proporcionados a su hijo o hija desde su nacimiento hasta cada uno de los seguimientos.

A diferencia del estudio de Tsai T en el cual no se encontró asociación con ser madre trabajadora, en nuestro estudio fue una de las variables que mostró mayor asociación tanto con el abandono de lactancia materna como con el abandono de su exclusividad, incluso se observó un gradiente positivo en cual por cada hora de trabajo al día se incrementa un 7% la probabilidad de abandono de lactancia materna exclusiva. Otra inconsistencia importante fue respecto a la intención de lactar en donde no encontraron asociación, sin embargo, su medición solo la realizaron preguntando cuantos meses planeaba amamantar. En nuestro estudio se empleó un instrumento validado con 21 ítems para poder evaluar más aspectos de la intención de lactar. Dentro de las coincidencias encontradas con el estudio no se encontró asociación con factores de los servicios de salud como alojamiento conjunto, vía de resolución del embarazo o apego inmediato. Al igual que otros estudios en el realizado por Tsai T, para evaluar el abandono de lactancia materna solo se empleó el recordatorio de alimentos proporcionados en las últimas 24 horas, por lo que no les es posible medir con exactitud el tiempo hasta el evento.

Debido a que se pudo evaluar de manera detallada las prácticas de alimentación de los niños y niñas se evidenció en los niños en quienes se inician alimentos diferentes a la leche materna tienen mayor probabilidad de que se abandone de

manera definitiva la lactancia materna, por lo que se evaluó tanto los factores asociados al abandono de lactancia materna, como de su exclusividad, que aunque compartieron varios factores se pueden resaltar dos que solo se asociaron con el abandono de LME, los cuales fueron nivel socioeconómico alto y tabaquismo. Una de las causas por las cuales el nivel socioeconómico alto se asoció con el abandono de LME puede ser por la facilidad de recursos para tener acceso a los sucedáneos de la leche, además es más frecuente que las madres de este estrato social tengan un trabajo remunerado.

Como se mencionó previamente uno de los principales factores que en la actualidad se asocian con el abandono de la lactancia materna es que las madres tengan una actividad laboral remunerada, debido a una falta de apoyo en las áreas de trabajo para continuar la lactancia, a pesar de que en nuestro país se cuenta con políticas para proteger a las y promover ambientes laborales que faciliten la continuidad de la lactancia son muy pocas las empresas que cuentan con instalaciones adecuadas o los recursos necesarios para apoyar a las madres a continuar con la lactancia. Por lo que crear nuevas iniciativas o programas enfocados al ambiente laboral pueden disminuir la proporción de abandono de lactancia materna.

Este estudio tuvo varias fortalezas, por ejemplo, el diseño de estudio, que permitió evaluar de manera detallada el tiempo hasta el abandono de lactancia materna, encontrando un mayor número de eventos alrededor de los 76 días, periodo que coincide con el regreso a las actividades laborales de las madres, por lo que inician alimentación con sucedáneos de la leche y posteriormente abandonan definitivamente la práctica de lactancia materna. El diseño también permitió evaluar las variables independientes previo a la aparición del evento, incluso permitió evaluar las prácticas de la IHAN poco después de que se llevaran a cabo.

Otra fortaleza fue el uso de instrumentos validados para la medición de las principales variables independientes por ejemplo para nivel socioeconómico, estatus laboral, intención de lactar, las acciones de la IHAN, etc.

Se recolectó información sobre múltiples variables confusoras para poder evaluar de manera más fina la asociación entre las variables de interés y en abandono de lactancia materna.

Se contó con una alta tasa de respuesta durante el seguimiento, con un porcentaje de censura menor al 10%, lo cual no afectó a los resultados de la investigación, porque ya estaba contemplado ese porcentaje de pérdidas en el cálculo de tamaño de muestra, además, las participantes no tenían alguna característica especial que pudiera indicar la presencia de censura de tipo informativa.

En nuestro estudio no se evaluó el abandono de lactancia materna solo con el recordatorio de las últimas 24 horas, sino que se realizó una evaluación de todos los alimentos proporcionados por las madres desde el nacimiento hasta el

momento del seguimiento, por lo que aunado al diseño del estudio se disminuyó el sesgo de memoria que presentan otros estudios realizados previamente. Además, permitió realizar un análisis más detallado de las prácticas de alimentación infantil, no solo de la lactancia materna exclusiva.

A pesar de las múltiples fortalezas que tiene el estudio también se presentaron algunas limitaciones, por ejemplo, que no se logró llegar al tamaño mínimo de muestra, sin embargo, esto no afectó la precisión del estudio ya que todos los intervalos de confianza, tanto los significativos, como los no significativos fueron precisos.

Otra limitación fue la población a la que hace inferencia este estudio, debido a que la muestra solo incluyó pacientes atendidas en el Hospital de Gineco obstetricia No 3ª en el área de alojamiento conjunto, lugar en donde se encuentran pacientes en puerperio fisiológico, sin complicaciones, por lo que los datos obtenidos en esta investigación pudieran comportarse de manera diferente en pacientes con mayor número de complicaciones, comorbilidades o con alto riesgo obstétrico.

Dentro del estudio se encontró el sesgo de deseabilidad social, el cual es un tipo de sesgo de información en el cual las pacientes, por su condición de embarazo negaron durante la entrevista algunos hábitos o comportamientos como fue el caso de las toxicomanías, ya que el 100% de las madres negó consumo de tabaco o alcohol durante el embarazo, motivo por el cuál no fue posible la aplicación de los cuestionarios sobre adicción a la nicotina o al alcohol, además, las madres pudieran estar subestimando su consumo de dichas sustancias.

En cuanto a las variables derivadas de los servicios de salud, sobre todo aquellas relacionadas con la atención del parto y puerperio inmediato pudieran estar afectadas por un sesgo de información no diferencial, debido a que las pacientes al momento de la entrevista continuaban hospitalizadas, por lo que pudieron estar contestando que se les había dado mayor número de temas sobre lactancia materna o mejor apego de los trabajadores de la salud a las acciones del hospital amigo del niño y la niña.

Una observación importante sobre las variables de los servicios de salud es que a pesar de haberse medido con instrumentos validados por la misma asociación de la iniciativa hospital amigo del niño y la niña, las respuestas de las participantes reflejan aquello que ellas recuerdan o fue significativo y no necesariamente aquellas acciones que realizó el personal de salud, lo que contribuyó a que no se encontrara asociación significativa con estas variables.

Por último, algunas variables independientes que fueron medidas al inicio del estudio no se volvieron a evaluar durante los seguimientos, por lo que si sufrieron algunas modificación, estas no fueron detectadas y tomadas en cuenta en el análisis de los resultados, tal es el caso de variables como el núcleo familiar en el que se desenvolvía las madres, si iniciaron o se retiraron de su actividad laboral,

barreras en las áreas laborales encontradas al reiniciar actividades, si reiniciaron el consumo de tabaco o alcohol, el fomento a la lactancia materna que recibieron en las consultas de atención en sus unidades de medicina familiar posterior al parto, exposición postnatal a información sobre sucedáneos de la leche, etc.

Conclusiones

Este estudio permitió realizar una descripción detallada sobre las prácticas de alimentación infantil que llevan a cabo las madres atendidas en el Hospital de Gineco-Pediatría No 3A con un diseño de estudio fuerte como lo es la cohorte, por lo que además se logró identificar el periodo crítico para el abandono de la lactancia materna.

Se logró encontrar algunos factores de riesgo que se asocian con un abandono precoz de la lactancia materna, como son tener actividad laboral remunerada, escolaridad básica y baja intención de lactar, un factor de riesgo que disminuyó la probabilidad de abandono fue el estado civil casada. Además, el estudio logró identificar los factores de riesgo para abandono de la exclusividad de lactancia materna, lo que en muchas ocasiones se vuelve un paso previo al abandono de lactancia de manera definitiva, estos factores fueron madre con actividad laboral remunerada para lo que incluso se observó un gradiente con cada hora de trabajo extra al día, estatus socioeconómico alto y antecedente de tabaquismo, igualmente se encontró que el estar casada disminuye el riesgo de abandono de la exclusividad.

Para los factores de los servicios de salud solo se encontró que la información sobre apego inmediato, alojamiento conjunto, datos de succión efectiva, cuidados de los senos durante lactancia, técnica de extracción manual de leche y almacenamiento de leche se asociaron con una disminución del riesgo de abandono de lactancia materna, incluso encontrándose un gradiente por cada tema otorgado a las madres.

Estos resultados pueden ayudar a los tomadores de decisiones a identificar a aquellas madres con mayor riesgo de abandonar la lactancia materna y crear estrategias que incrementen la intención de lactar desde la atención prenatal, además deja mucho por hacer en materia de protección de los derechos de las madres trabajadoras, que son una población creciente en nuestro instituto.

Como se señaló previamente uno de los principales factores de riesgo encontrados en el estudio fue el ser madre trabajadora, en la actualidad una estrategia que se ha empleado para disminuir el abandono de lactancia materna en esta población es el dar a la madre la posibilidad de entrar 30 minutos después de sus actividades laborales y salir 30 minutos mas temprano o acumular 60 minutos al ingreso o salida del trabajo, sin embargo esta estrategia no ha mostrado mejorar la proporción de LME, debido a que el tiempo que se da a las madres no se emplea en muchas ocasiones para continuidad de la lactancia

materna, una propuesta es realizar un cambio en esta política, de manera tal que el tiempo que se proporcionaría a las madres a lo largo de la lactancia se sume y se de mayor tiempo de incapacidad materna, para permitir que las madres permanezcan más tiempo con sus hijos y con esto incrementar el tiempo de lactancia materna exclusiva.

Otra estrategia dirigida a esta población es que se supervise que las empresas tanto públicas como privadas cuenten con un lactario adecuado, debido a que en nuestro estudio solo dos pacientes refirieron contar con uno en su área laboral. Así mismo, dentro de las empresas se debe dar pláticas, orientación y concientización al personal tanto masculino como femenino, con la finalidad de “normalizar” la práctica de lactancia materna en el área laboral que en recientes fechas se ha estigmatizado y se le ha hecho sentir pena a las madres por un acto que es completamente natural. Estas estrategias deben ser coordinadas entre varios sectores por lo que, aunque son factibles implicarán un esfuerzo importante no solo del sector salud, si no también de las empresas.

Una estrategia que se propone directamente en los servicios de salud es redireccionar las estrategias de información sobre lactancia materna en el que no se haga solo énfasis en los beneficios de la lactancia materna, en los aspectos teóricos de la lactancia y en tratar de “convencer” a las madres sobre dar a sus hijos seno materno, debido a que las madres hoy en día en su mayoría ya conocen esta información o en dado caso tienen mayor acceso a medios de información electrónica para su consulta.

Por lo que el sector salud deberá concentrar las estrategias en talleres prácticos de lactancia materna con personal altamente capacitado contando con este personal tanto en hospitales de atención gineco obstétrica como en clínicas de primer nivel de atención, iniciando los talleres de manera oportuna, preferentemente desde que la paciente decida embarazarse, en las unidades de medicina familiar se debe contar con una enfermera especialista en medicina de familia para la atención materna que proporcione los talleres de manera individualizada, resolviendo todas las dudas que surjan. Por ejemplo, el taller de la técnica de extracción manual de leche favorecerá de manera importante que las madres trabajadoras puedan proporcionar a sus hijos lactancia exclusiva a pesar de reincorporarse a sus actividades laborales, así mismo se deberá capacitar a las madres en la elaboración de un lactario en casa que permita almacenar de manera adecuada la leche que proporcionarán a su hijo durante su ausencia. Así mismo será importante un taller dirigido a practicar la posición adecuada para la lactancia, así como los datos de una succión efectiva en los niños.

Los talleres se deberán tomar en conjunto con un miembro de la familia que apoye a las madres a continuar con la lactancia materna, como se vio en el estudio las madres casadas tienen menor probabilidad de abandonar la lactancia materna,

por lo que preferentemente los esposos o parejas deberán acompañar a las madres en este proceso de aprendizaje.

Por último, otra de las propuestas a nivel sector salud es que además de continuar certificando hospitales de segundo nivel de atención como amigos del niño y la niña, se cuenta con unidades de medicina familiar certificadas como amigas del niño y la niña, en donde todo el personal conozca sobre la lactancia materna y pueda dar apoyo a las madres para continuar con la misma. Además, se deberá supervisar la proporción de madres que dan a sus hijos lactancia materna exclusiva hasta los seis meses en cada UMF y en caso necesario hacer recomendaciones específicas para cada unidad para mejorar la lactancia materna.

Es difícil pensar en una única estrategia que disminuya el abandono de lactancia materna se deberá abordar el problema desde varios puntos tanto desde el sector salud, el sector empresarial, la sociedad, el núcleo familiar y en lo individual. Sin embargo, este estudio sirve como inicio para reflejar la realidad a la que se enfrentan las madres hoy en día en materia de lactancia materna e iniciar la planeación de estrategias multisectoriales para disminuir el abandono de lactancia materna en nuestro instituto.

Bibliografía

1. García RR. Aproximación antropológica a la lactancia materna. Revista de Antropología Experimental. 2015; 15(23): 407–29. Disponible en: <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae>
2. Llorens Mira B, Ferrer Hernández E, Morales Camacho V, Alenda Botella A. Creímos en la lactancia materna. Una aproximación de la experiencia en tres generaciones. Index Enferm. 2007; 16(58): 34-38.
3. Esterik PV, Clark D, Labbok M, Allain A, Amin S, Armstrng H, et al. Celebrating the innocenti declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. UNICEF Innocenti Research Centre. 2005.
4. Esterik PV, Clark D, Labbok M, Allain A, Amin S, Armstrng H, et al. Celebrating the Innocenti Declaration on the Protection , Promotion and Support of Breastfeeding the Innocenti Declaration on the Protection , Promotion. Vol. 1. 2005. 19-28 p.
5. UNICEF. Los objetivos de desarrollo del milenio tienen que ver con la infancia. Avances y desafíos en América Latina y el Caribe. 2005. 39(1): 1-21. Disponible en: [https://www.unicef.org/lac/ODM_Infancia\(41\).pdf](https://www.unicef.org/lac/ODM_Infancia(41).pdf)
6. UNICEF. Breastfeeding on the Worldwide Agenda: Findings from a landscape analysis on political commitment for programmes to protect, promote and support breastfeeding. 2013;79. Disponible en: http://www.unicef.org/eapro/breastfeeding_on_worldwide_agenda.pdf.
7. González Cosío MT, Hernández CS, Alonso CA, Alvarado CR, Ávalos HJL, Blanco GI. Lactancia materna en México. Recomendaciones para el diseño e implementación de una política nacional multisectorial de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en México. 1ª ed. México D.F. Academia Nacional de Medicina de México. 2016.
8. UNICEF. Hacia la promoción y rescate de la lactancia materna. 2ª ed. 2005:3, Disponible en: <https://www.unicef.org/venezuela/spanish/LACTANCIA.pdf>
9. Arabi M, Arimond M, Chung E, Kanashiro HC, Deitchler M, Dewey K, et al. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Organización Mundial de la Salud. 2009; 1: 4-12. Disponible en: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/>
10. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane database Syst Rev. 2002;554(1):CD003517. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11869667>.
11. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev Chil pediatría. 2017;88(1):07–14. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000100001&lng=en&nrm=iso&tlng=en
12. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics [Internet]. 2012;129(3):e827–41. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2011-3552>

13. Allen J, Hector D. Benefits of Breastfeeding. NSW Public Health Bulletin. 2005; 16 (3):43.
14. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet. 2016; 387(10017): 475–90. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
15. Pérez-Escamilla R, Dewey KG. Epidemiología de la lactancia materna en zonas rurales y urbanas de México. Bol Sanit Panam. 1993; 114(5):399–406
16. González de Cosío T, Escobar-Zaragoza L, González-Castell LD, Rivera-Dommarco JA. Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. Salud Pública Mex. 2013; 55(2):170–9. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a14.pdf>
17. Narro-Robles JR, Gonzalez-Pier E, Kuri-Morales P, Velsaco-Gonzalez MG, Gutierrez-Dominguez F, Ruiz-Palacios GM. Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018. Secretaría de Salud; 2014.
18. Martínez-Salgado H, Flores-Huerta S. Prácticas de alimentación, estado de nutrición y cuidados a la salud en niños menores de 2 años en México. Atendidos en el IMSS. 1ª ed. 2004: 113-119
19. Nieto García JI, González C. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. Rioja Salud. 2010;1–72. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la rioja.pdf
20. American College of Obstetricians and Gynecologists. Optimizing support for Breastfeeding as Part of Obstetric Profile. Acog. 2016;(658):e86-92.
21. Rosen-Carole C, Hartman S. ABM Clinical Protocol #19: Breastfeeding Promotion in the Prenatal Setting, Revision 2015. [cited 2018 Mar 5]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4685902/pdf/bfm.2015.29016.ros.pdf>
22. Lake A, Chan M. Breastfeeding: A Key to Sustainable Development. UNICEF. 2016.
23. Ponce-Sanchez J, Del tronco-Paganelli J. Breve análisis de la lactancia materna en México. Comité técnico-ciudadano de amamantamiento. 2016. Disponible en: http://elpoderdelconsumidor.org/wp-content/uploads/2016/08/Breve_análisis_Lactancia_Materna_México_2016.pdf
24. Cadima CE, Aurora C, Jiménez Z, Pontones SG, Orozco Gutiérrez A, Crysthel D, et al. Factores que determinan la duración de la lactancia materna durante los tres primeros meses de vida. An Med (Mex). 2013;59:3–12. Available from: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/abc/bc-2014/bc142i.pdf>
25. Hector D, King L, Webb K. Factors affecting breastfeeding practices. Applying a conceptual framework. New South Wales Public Health Bulletin. 2005;16(4):52.

26. Palacios-Betancourt D, Rodriguez-Restrepo CJ, Echeverri-Lopez RA, Cuervo-Valencia CI, Urquijo-Velasquez LE, Gómez-Castro J, et al. Plan decenal lactancia materna 2010-2020. Un imperativo público para la protección y la alimentación adecuada de los niños y niñas menores de dos años. Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas. 2009
27. Organización Panamericana de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Organización Mundial de la Salud. 2010.
28. Organización Mundial de la Salud. Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services. Ginevra. 1989.
29. UNICEF/OMS. Iniciativa Hospital Amigo del Niño, revisada, actualizada y ampliada para la atención integral, Sección 1. Antecedentes e implementación, 2009:68-74. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse_s4_es.pdf?ua=1
30. Koskinen K, Aho AL, Hannula L, Kaunonen M. Maternity hospital practices and breast feeding self-efficacy in Finnish primiparous and multiparous women during the immediate postpartum period. *Midwifery*. 2014; 30(1): 464–470.
31. Pinzón-Villate GY, Alzate-Posada ML, Olaya-Vega GA. La consejería en lactancia materna exclusiva: de la teoría a la práctica. *Rev. Fac. Med.* 2016; 64(2): 285-93.
32. Bueno-Gutierrez D, Chantry C. 'Life does not make it easy to breast-feed': using the socio-ecological framework to determine social breast-feeding obstacles in a low-income population in Tijuana, Mexico. *Public Health Nutrition*. 2015; 18(18), 3371–3385
33. Tang L, Lee AH, Binns CW. Factors associated with breastfeeding duration: a prospective cohort study in Sichuan Province, China. *World J Pediatr*. 2015; 11(3):232-8. doi: 10.1007/s12519-014-0520-y
34. Bai DL, Fong DY, Tarrant M. Previous breastfeeding experience and duration of any and exclusive breastfeeding among multiparous mothers. *Birth*. 2015;42(1):70-7. doi: 10.1111/birt.12152.
35. Ogbo FA, Eastwood J, Arora A, McKenzie A, Jalaludin B, Tennant E. Prevalence and determinants of cessation of exclusive breastfeeding in the early postnatal period in Sydney, Australia. *Int Breastfeed J*; 2017. 12(16) doi: 10.1186/s13006-017-0110-4.
36. Alzaheb RA. Factors Influencing Exclusive Breastfeeding in Tabuk, Saudi Arabia. *Clin Med Insights Pediatr*. 2017; 10;11:1179556517698136. doi: 10.1177/1179556517698136.
37. Dhakal S, Lee TH, Nam Ew. Exclusive Breastfeeding Practice and Its Association among Mothers of under 5 Children in Kwango District, DR

- Congo. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2017; 14(455)
doi:10.3390/ijerph14050455
38. Ratnasari D, Paramashanti BA, Hadi H, Yugistiyowati A, Astiti D, Nurhayati E. Family support and exclusive breastfeeding among Yogyakarta mothers in employment. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2017; 26(1):S31-S35. doi: 10.6133/apjcn.062017.s8.
 39. Kasahun AW, Wako WG, Gebere MW, Neima GH. Predictors of exclusive breastfeeding duration among 6–12 month aged children in guraige zone, South Ethiopia: a survival analysis. *International Breastfeeding Journal.* 2017; 12(20). DOI 10.1186/s13006-017-0107-z
 40. Wang W, Lau Y, Chow A, Chan KS. Breast-feeding intention, initiation and duration among Hong Kong Chinese women: A prospective longitudinal study. *Midwifery.* 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.015>
 41. Lenja A, Demissie T, Yohannes B, Yohannis M. Determinants of exclusive breastfeeding practice to infants aged less than six months in Offa district, Southern Ethiopia: a cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal.* 2016;11(1).
 42. Lau CYK, Fong DYT, Choi AYY, Ng JWY, Sing C, Tarrant M. Development and measurement properties of the Chinese breastfeeding self-regulation questionnaire. *Elsevier;* 2017; 44: 24–34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.10.012>.
 43. Tsai T-I, Huang S-H, Lee S-YD. Maternal and Hospital Factors Associated with First-Time Mothers' Breastfeeding Practice: A Prospective Study. *Breastfeed Med.* 2015;10(6):334–40. Disponible en: <http://online.liebertpub.com/doi/10.1089/bfm.2015.0005>

ANEXOS

ANEXO 1. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Asociación entre factores maternos y de los servicios de salud con el abandono de la lactancia materna en mujeres atendidas en el Hospital de Gineco pediatría No 3A.
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	Ciudad de México _____ de 2018.
Número de registro:	R-2018-3404-007
Justificación y objetivo del estudio:	El motivo del estudio es investigar la asociación entre factores maternos y de los servicios de salud con el seguimiento o no de la lactancia materna. Esperamos con los resultados poder generar información que ayude, en proyectos futuros, a planear estrategias para que las mamás puedan prolongar la lactancia materna.
Procedimientos:	Únicamente se aplicaremos en este momento un cuestionario de entre 10 y 15 minutos sobre algunos factores que, creemos, pueden influir en su posibilidad de alimentar a su bebé con seno materno o no. Posteriormente en un mes, en tres meses y en seis meses le haremos una llamada telefónica para saber si es que sigue alimentando al seno materno a su bebé, la llamada no tardará más de 3 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	A pesar de que las preguntas de los cuestionarios son sencillas si alguna le pudiera provocar alguna molestia estará en la libertad de no contestarla.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted no recibirá ninguna remuneración económica por participar en este estudio, y su participación no implicará ningún gasto extra para usted. Tampoco obtendrá algún beneficio directo de su participación. Los resultados del presente estudio contribuirán al avance del conocimiento de los factores que influyen para que las mamás sigan lactando o no a su bebé.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	NO APLICA
Participación o retiro:	Su decisión de participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted decide no participar, seguirá recibiendo la atención médica brindada por el IMSS a la que tiene derecho, se le ofrecerán los procedimientos establecidos dentro de los servicios de atención médica del IMSS. Es decir, que si no desea participar en el estudio, su decisión no afectará su relación con el IMSS y su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que derechohabiente recibe del IMSS. Si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento. El abandonar el estudio en el momento que usted quiera no modificará de ninguna manera los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	En todo momento se preservará la confidencialidad de la información de las participantes, ni las bases de datos ni las hojas de colección contendrán información que pudiera ayudar a identificarlas, dicha información será

conservada en registro aparte por el investigador principal bajo llave”, de igual forma. Al difundir los resultados de ninguna manera se expondrá información que pudiera ayudar a identificar a las participantes

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

NO APLICA

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

Las pacientes no obtendrán algún beneficio, sin embargo, se espera que los resultados nos permitan conocer mejor los factores para continuar o no la lactancia materna

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dra. Carmen Rosa Mejía Villarroel

Colaboradores:

Dr. Julian Bello Gonzalo Ivan (Celular: 0445531290095)

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

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instituto Mexicano del Seguro Social

Asociación entre factores maternos y de los servicios de salud con el abandono de la lactancia materna en mujeres atendidas en el Hospital de Gineco pediatría No 3A.

Cuestionario cara a cara

Instrucciones para encuestador: Previo a iniciar de la entrevista lea el siguiente párrafo.

Buenas tardes, me encuentro realizando una investigación sobre los factores que se asocian a las prácticas de alimentación infantil, le agradecería mucho ayude a contestar unas preguntas. ¿Acepta?

I. Identificación

II.- Control del cuestionario

Edad	<input type="text"/>		Folio:	<input type="text"/>
	Años cumplidos			
Fecha de nacimiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fecha de encuesta:	<input type="text"/>
	día	mes		(dd/mm/aa)
Teléfono fijo	<input type="text"/>			Fecha de parto:
	(Lada) (número)			(dd/mm/aa)
Teléfono móvil	<input type="text"/>			UMF de adscripción
	(Lada) (número)			<input type="text"/>
Correo electrónico	<input type="text"/>			

III.- Antecedentes obstétricos y patológicos

1.- Mencione el.....que ha tenido.	2.- Mencione el.....
Número de embarazos <input type="text"/>	Sexo de su hijo Masculino () Femenino ()
Número de partos <input type="text"/>	
Número de cesáreas <input type="text"/>	Peso de su hijo (a) al nacimiento. (en gramos) <input type="text"/>
Número de abortos <input type="text"/>	

3.- ¿Algún médico le ha diagnosticado a usted alguna de las siguientes enfermedades?	4.- ¿Algún médico le ha indicado a usted tratamiento con fármacos de manera crónica?
Marque con una "X" las afirmativas	
Diabetes mellitus <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Diabetes gestacional <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial sistémica <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo preguntar ¿Cuál?
Enfermedad hipertensiva del embarazo <input type="checkbox"/>	¿Cuál? <input type="text"/>
Cáncer <input type="checkbox"/>	¿Cuál? <input type="text"/>
Enfermedad autoinmune <input type="checkbox"/>	¿Cuál? <input type="text"/>
Enfermedad tiroidea <input type="checkbox"/>	
Otra: especificar <input type="text"/>	

IV.- Experiencias previas con la lactancia materna

5.- Sin contar el hijo actual, ¿A cuántos de sus hijos dio lactancia materna?		6.- Considerando a todos sus hijos previos, ¿Cuántos meses ha proporcionado lactancia materna?	
Número de hijos lactados:	<input type="text"/>	Número de meses:	<input type="text"/>
No tiene hijos previos	99	No tiene hijos previos	99
7.- Sin contar el hijo actual, ¿A cuántos de sus hijos dió lactancia materna exclusivamente?		8.- Considerando a todos sus hijos previos, ¿Cuántos meses ha proporcionado lactancia materna de forma exclusiva?	
Número de hijos lactados:	<input type="text"/>	Número de meses:	<input type="text"/>
No tiene hijos previos	99	No tiene hijos previos	99

V.- Escolaridad y estructura familiar

9.- ¿Cuál es el último grado que usted aprobó en la escuela?		10.- ¿Cuál es el último grado que su esposo/pareja aprobó en la escuela?	
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Ninguno	00	No sabe	99
Preescolar	01	Ninguno	00
Primaria	02	Preescolar	01
Secundaria	03	Primaria	02
Preparatoria o bachillerato	04	Secundaria	03
Normal básica	05	Preparatoria o bachillerato	04
Estudios técnicos con primaria terminada	06	Normal básica	05
Estudios técnicos con secundaria terminada	07	Estudios técnicos con primaria terminada	06
Estudios técnicos con preparatoria terminada	08	Estudios técnicos con secundaria terminada	07
Normal de licenciatura	09	Estudios técnicos con preparatoria terminada	08
Licenciatura/profesional	10	Normal de licenciatura	09
Maestría	11	Licenciatura/profesional	10
Doctorado	12	Maestría	11
		Doctorado	12

11.- ¿Actualmente usted.....	<input type="text"/>	12.- ¿Cuántas personas integran su hogar?	<input type="text"/>
Lea las opciones hasta obtener respuesta afirmativa.			
está casada?	01		
vive con su pareja en unión libre?	02		
está divorciada?	03		
está separada?	04	13.- ¿Actualmente cuantos hijos viven con usted?	<input type="text"/>
está viuda?	05		
tiene pareja, pero no vive con él?	06		
está soltera?	07		

14.- ¿Alguno de sus hijos que viven con usted es de una unión previa?	<input type="text"/>	15.- De las siguientes opciones mencione quienes viven con usted:	
		Marque con una "X" las opciones afirmativas	
Si	01	Esposo o compañero	<input type="text"/>
No	02	Hijos propios	<input type="text"/>
No aplica	03	Hijos de esposo o compañero	<input type="text"/>
		Nieto (a)	<input type="text"/>
		Madre	<input type="text"/>
		Padre	<input type="text"/>
		Suegra (o)	<input type="text"/>
		Otro familiar	<input type="text"/>
		Otra persona no familiar	<input type="text"/>

VI.- Situación laboral

16.- ¿La semana pasada usted trabajó por lo menos una semana?		17.- ¿Qué actividad realiza en su trabajo?	
Lea las opciones hasta obtener respuesta afirmativa.		Lea las opciones hasta obtener respuesta afirmativa.	
Si	01	Empleada u obrera	01
No, tenía trabajo, pero actualmente no tengo	02	Jornalera o peón	02
No, busco trabajo	03	Ayudante	03
No, soy jubilado o pensionado	04	Patrona o empleadora	04
No, soy estudiante	05	Contrata trabajadores	05
No, me dedico al hogar	06	Trabajadora por cuenta propia	06
No, estaba en una situación diferente	07	Trabajador familiar sin pago	07
		Hogar	08
		Otra	09
Especificar		Otra: especificar	
18.- ¿Cuántos años se ha dedicado a su actividad laboral actual?		20.- ¿Cuántos días de incapacidad por maternidad se le proporcionaron?	
En caso de dedicarse al hogar pasar a la pregunta 24			
19.- ¿Cuenta con incapacidad por maternidad?		21.- ¿En su trabajo cuenta con lactario o área para extracción de leche?	
Si	01	Si	01
No	02	No	02
No aplica	03	No sé	03
22.- ¿Cuál es su horario de trabajo? (días laborados y horas)		23.- ¿Cuánto tiempo usa para transportarse de su casa al trabajo y de vuelta?	
24.- ¿Tiene alguna otra labor a la que dedique tiempo?		26.- ¿Cuántas horas a la semana dedica a las labores del hogar?	
Si	01	27.- ¿Tiene quien le ayude a las labores del hogar?	
No	02	Si	01
Especificar cual:		No	02
En caso de contestar "No" pasar a la pregunta 26		Especificar quien:	
25.- ¿Cuántas horas a la semana dedica a esta labor?		En caso de contestar "No" pasar a la pregunta 29	
		28.- ¿Cuántos días a la semana le ayudan a las labores del hogar?	

VII.- Nivel socioeconómico

<p>29.- Pensando en el jefe o jefa del hogar ¿Cuál fue el último año de estudios que cursó en la escuela?</p>	<input type="text"/>	<p>30.- ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (escusado) hay en su casa?</p>	<input type="text"/>
<p>Ninguno</p>	<p>01</p>		
<p>Preescolar</p>	<p>02</p>	<p>31.- ¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja?</p>	<input type="text"/>
<p>Primaria incompleta</p>	<p>03</p>		
<p>Primaria completa</p>	<p>04</p>		
<p>Secundaria incompleta</p>	<p>05</p>	<p>32.- Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular ¿su hogar cuenta con internet?</p>	<input type="text"/>
<p>Secundaria completa</p>	<p>06</p>		
<p>Preparatoria incompleta</p>	<p>07</p>		
<p>Preparatoria completa</p>	<p>08</p>		
<p>Licenciatura incompleta</p>	<p>09</p>		
<p>Licenciatura completa</p>	<p>10</p>		
<p>Posgrado</p>	<p>11</p>		

<p>33.- De todas las personas de 14 años o más que viven en el hogar, ¿Cuántas trabajaron en el último mes?</p>	<input type="text"/>	<p>34.- En su hogar, ¿Cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños?</p>	<input type="text"/>

VIII.- Consumo de tabaco

35.- ¿Ha fumado usted por lo menos cien cigarros (5 cajetillas) de tabaco durante toda su vida?		36.- ¿Actualmente fuma?	
Si	01	Si	01
No	02	No	02
Nunca ha fumado	03	En caso de contestar "No" pasar a la pregunta 43	
No responde/no sabe	04		
37.- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?		38.- ¿Durante cuántos años ha fumado?	
39.- ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma el primer cigarrillo?		40.- ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido?	
Hasta 5 min	01	Si	01
De 6 a 30 min	02	No	02
De 31 a 60min	03		
Mas de 60 min	04		
41.- ¿Que cigarrillo le costaría dejar más?		42.- ¿Fuma más durante las primeras horas después de levantarse?	
El primero de la mañana	01	Si	01
Cualquier otro	02	No	02

IX.- Consumo de alcohol

43.- Previo al embarazo, si alguna vez consumía bebidas alcohólicas (vino, cerveza, etc.) ¿Cuántas consumía en un día?		44.- ¿Con qué frecuencia? (número de días a la semana).	
Fin de semana		Fin de semana	
Día laboral		Día laboral	
45.- Su consumo era diferente durante los fines de semana (o días laborales)?		46.- Considerando todo tipo de bebidas alcohólicas. ¿Cuántas veces durante los últimos 30 días, tomó 5 copas o más en una ocasión?	
Si		Número de veces	
No		Actualmente ya no toma	98
En caso de contestar "Si" repetir pregunta 43 y 44 separando fin de semana y día laboral		No responde	99

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Asociación entre factores maternos y de los servicios de salud con el abandono de la lactancia materna en mujeres atendidas en el Hospital de Gineco pediatría No 3A.

Cuestionario auto aplicado.

Folio

--

1.- Marque con una X que tan de acuerdo está con las siguientes afirmaciones acerca de la lactancia materna (favor de marcar solo una casilla por afirmación)

1.- Completamente en desacuerdo	2.- Mayormente en desacuerdo	3.- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	4.- Mayormente en acuerdo	5.- Completamente de acuerdo
---------------------------------	------------------------------	-------------------------------------	---------------------------	------------------------------

Siempre he querido amamantar.	1	2	3	4	5
Personalmente creo que es algo importante para la salud de mi bebé.	1	2	3	4	5
Los demás se molestarían si no lo hiciera.	1	2	3	4	5
Lo he pensado seriamente y creo que sería muy importante en muchos aspectos para la vida de mi bebé.	1	2	3	4	5
Me sentiría mal si no lo hiciera.	1	2	3	4	5
Es una decisión importante que en verdad quiero hacer.	1	2	3	4	5
Siento presión de los demás para amamantar a mi bebé.	1	2	3	4	5
Quiero la aprobación de los demás.	1	2	3	4	5
Disfruto el estar tan cerca de mi bebé.	1	2	3	4	5
Es personalmente significativo para mí.	1	2	3	4	5
Pienso que lo disfrutaré.	1	2	3	4	5
Creo que todas las madres deben amamantar; es su deber hacerlo por su bebé	1	2	3	4	5
Sentiría como un fracaso si decidiera no amamantar.	1	2	3	4	5
El padre de mi bebé me respetará más si lo hago.	1	2	3	4	5
Para mi es importante complacer a quienes quieren que lacte	1	2	3	4	5
Mis allegados me amarían si lo hiciera	1	2	3	4	5
La lactancia materna es importante para mis allegados, por eso sigo su consejo	1	2	3	4	5
Me apenaría si no amamantara	1	2	3	4	5
Fortalecerá la relación con mi esposo/cónyuge	1	2	3	4	5
Disfruto de la unión madre-hijo de la lactancia materna	1	2	3	4	5
El padre de mi bebé estará más feliz si lo hago	1	2	3	4	5
Mis allegados enfatizan que la lactancia materna es mi deber como madre	1	2	3	4	5

Preguntas acerca de la experiencia durante el embarazo

2.- ¿En qué mes del embarazo recibió su primera consulta de atención prenatal?

3.- ¿Cuántas consultas de atención prenatal recibió en total durante su embarazo?

4.- ¿Cuántas consultas de atención prenatal recibió en las siguientes instituciones?

Anóte el número de consultas recibidas en cada institución

Seguro Social (IMSS)	
ISSSTE	
ISSSTE Estatal	
Pemex	
Defensa	
Marina	
Centro de salud u Hospital de la Secretaria de Salud	
IMSS Prospera	
Consultorios dependientes de farmacias	
Médicos privados	
Hospital civil	
Institutos Nacionales	
Otro lugar	
Especifique	

5.- Durante las consultas de atención prenatal ¿Se le dio información sobre los siguientes temas?

Marque con una "X" si **SI**

	En el IMSS	Externo al IMSS
La importancia de estar piel a piel con su bebé inmediatamente después del parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La posición adecuada para la lactancia materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La importancia de tener a su bebé en la misma habitación/cama las 24 horas del día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los beneficios de proporcionar calostro a su hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La importancia de solo proporcionar leche materna a su hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconocer si su bebé tiene buen o mal agarre al seno materno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las señales de una succión efectiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los cuidados de sus senos durante la lactancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las señales de hambre en su hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La técnica de extracción manual de leche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La técnica de almacenamiento de leche extraída	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque con una "X" en las opciones según corresponda

6.- ¿Qué tipo de parto tuvo?

Normal (vaginal)	<input type="checkbox"/>
Cesárea con bloqueo	<input type="checkbox"/>
Cesárea con anestesia general	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>
Especificar	<input type="text"/>

7.- ¿Cómo está alimentando a su bebé?

Lactancia materna exclusiva	<input type="checkbox"/>
Tanto lactancia materna como leche artificial (polvo)	<input type="checkbox"/>
Solo fórmula artificial (polvo)	<input type="checkbox"/>
Otro:	<input type="checkbox"/>
Especificar:	<input type="text"/>

8.- ¿Cuánto tiempo después del parto, sostuvo usted a su bebé por primera vez?

Inmediatamente

A los cinco minutos

A la media hora

A la hora

Aun no lo tengo

Si otros, especificar cuanto tiempo:

9.- Si tomo más de cinco minutos después del nacimiento para que le entregaran a su bebe ¿cuál fue la razón?

Mi bebé necesito ayuda/observación

Me dieron un anestésico

No quise sostener a mi bebé

No tenía energía para sostener al bebé

No me dieron a mi bebé, pero no sé porqué

Otro especificar:

10.- ¿Cómo sostuvo a su bebé, la primera vez?

Piel a piel

Envuelto sin mucho contacto piel a piel

11.-Durante el tiempo que su bebé estuvo con usted por primera vez, ¿alguien del personal de salud le ofreció ayuda para lactar?

Si

No

12.- Después de esta primera vez, ¿Se le ofreció ayuda para la lactancia por parte del personal de salud?

Si

No

13.- Durante su hospitalización actual ¿Se le dio información sobre los siguientes temas?

Marque con una "X" si **SI**

- La importancia de estar piel a piel con su bebé inmediatamente después del parto
- La posición adecuada para la lactancia materna
- La importancia de tener a su bebé en la misma habitación/cama las 24 horas del día
- Los beneficios de proporcionar calostro a su hijo
- La importancia de solo proporcionar leche materna a su hijo
- Como reconocer si su bebé tiene buen o mal agarre al seno materno
- Las señales de una succión efectiva
- Los cuidados de sus senos durante la lactancia
- Las señales de hambre en su hijo
- Técnica de extracción manual de leche
- Técnica de almacenamiento de leche extraída

14.- ¿Ha intentado sacarse la leche usted misma?

- Si
- No

15.- Si intentó sacarse la leche usted misma, ¿Logró extraerla?

- Si
- No

16.- ¿Dónde estuvo su bebé mientras usted permaneció en recuperación después del parto?

- Mi bebé estuvo siempre conmigo día y noche
- Mi bebé a veces no estaba conmigo

17.- ¿Qué consejo le dio el personal de salud acerca de que tan seguido debe alimentar a su bebe?

No me dieron orientación

Cada vez que mi bebé parezca tener hambre (cuantas veces quiera)

Cada hora

Cada 1-2 horas

Cada 2-3 horas

Otros especificar:

18.- ¿Qué consejo le dio el personal de salud acerca de cuánto tiempo debe amamantar a su bebé?

No me dieron orientación

Por el tiempo que mi bebé quiera

Otro especificar

19.- ¿Su bebé recibió algo que no sea leche materna desde que nació?

Si

No

20.- Si su bebé recibió algo diferente a la leche materna especifique que se le dio

Fórmula láctea

Agua o agua glucosada

Otros especificar

21.- Si se le proporcionó fórmula láctea, ¿Por qué se le dio?

Yo lo pedí

Mi doctor u otro miembro del personal de salud lo recomendó

Otro especificar:

22.- ¿Durante el embarazo le dieron trípticos o volantes promoviendo las fórmulas lácteas?

Si

No

23.- Si le dieron, ¿Quién se los proporcionó?

Personal de salud del IMSS

¿Quién?

Personal de salud de otra institución de salud

¿Quién?

Personal de salud privado

¿Quién?

Personal de atención en farmacia privada

Centros comerciales

Otro especificar:

24.- ¿Durante el embarazo se le dieron artículos o regalos promoviendo las fórmulas lácteas?

Si

No

25.- Si le dieron, ¿Quién se los proporcionó?

Personal de salud del IMSS

¿Quién?

Personal de salud de otra institución de salud

¿Quién?

Personal de salud privado

¿Quién?

Personal de atención en farmacia privada

Centros comerciales

Otro especificar:

26.- ¿Durante el embarazo se le dieron muestras o suministros de fórmula láctea?

Si

No

27.- Si se le proporcionaron, ¿Quién se los proporcionó?

Personal de salud del IMSS

¿Quién?

Personal de salud de otra institución de salud

¿Quién?

Personal de salud privado

¿Quién?

Personal de atención en farmacia privada

Centros comerciales

Otro especificar:

28.- ¿Durante el embarazo, vio, escuchó o leyó información sobre lactancia materna de las siguientes fuentes?

Marque con una "X" las que correspondan

Televisión

Revistas

Periódicos

Radio

Páginas web

Redes sociales

Espectaculares

Otro: especificar

29.- ¿Durante el embarazo, vio, escuchó o leyó información sobre leche artificial (en polvo) de las siguientes fuentes?

Marque con una "X" las que correspondan

Televisión

Revistas

Periódicos

Radio

Páginas web

Redes sociales

Espectaculares

Otro: especificar

30.- Aproximadamente, ¿cuántas amigas o familiares dieron lactancia materna a sus bebés?

Número de familiares que dieron lactancia materna

31.- Aproximadamente, ¿cuántas amigas o familiares nunca dieron lactancia materna a sus bebés?

Número de familiares que nunca dieron lactancia materna

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Asociación entre factores maternos y de los servicios de salud con el abandono de la lactancia materna en mujeres atendidas en el Hospital de Gineco pediatría No 3A.

Formato de seguimiento para evaluar continuidad de lactancia

Folio

Fecha de seguimiento

dd/mm/aa

Fecha de nacimiento del hijo

dd/mm/aa

Hola, buenos días/tardes/noches, (presentarse), le hablo para dar seguimiento a la alimentación de su hijo (a)

1.- ¿Qué alimentos le dio a su bebé el día de ayer?

Esperare respuesta

Leche materna

Agua

Bebidas a base de agua

Jugos de fruta

Leche de vaca u otro animal

Fórmula láctea

Otro especificar:

--	--	--	--	--

2.- ¿Le dio alguno de los siguientes alimentos a su bebé durante el último mes/seguimiento?

Lea las siguientes opciones y marque con un "X" las afirmativas

Agua

Bebidas a base de agua

Jugos de fruta

Leche de vaca u otro animal

Fórmula láctea

Otro especificar:

		Fecha en que se lo dio:	
Agua	<input type="checkbox"/>		
Bebidas a base de agua	<input type="checkbox"/>		
Jugos de fruta	<input type="checkbox"/>		
Leche de vaca u otro animal	<input type="checkbox"/>		
Fórmula láctea	<input type="checkbox"/>		
Otro especificar:	<input type="checkbox"/>		

3.- ¿Quién la ha apoyado a continuar con la lactancia materna?

Lea las siguientes opciones y marque con un "X" las afirmativas

Personal de salud del IMSS	<input type="checkbox"/>	¿Quién?	<input type="checkbox"/>
Personal de salud de otra institución de salud	<input type="checkbox"/>	¿Quién?	<input type="checkbox"/>
Personal de salud privado	<input type="checkbox"/>	¿Quién?	<input type="checkbox"/>
Esposo o compañero			<input type="checkbox"/>
Madre			<input type="checkbox"/>
Padre			<input type="checkbox"/>
Suegra (o)			<input type="checkbox"/>
Otro familiar especificar:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Otra persona especificar:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

En caso de haber proporcionado algún alimento diferente a la leche materna

4.- ¿Quién le recomendó que proporcionara otro alimento diferente a la leche materna a su hijo?

Lea las siguientes opciones y marque con un "X" las afirmativas

Personal de salud del IMSS	<input type="checkbox"/>	¿Quién?	<input type="checkbox"/>
Personal de salud de otra institución de salud	<input type="checkbox"/>	¿Quién?	<input type="checkbox"/>
Personal de salud privado	<input type="checkbox"/>	¿Quién?	<input type="checkbox"/>
Esposo o compañero			<input type="checkbox"/>
Madre			<input type="checkbox"/>
Padre			<input type="checkbox"/>
Suegra (o)			<input type="checkbox"/>
Otro familiar especificar:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Otra persona especificar:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

5.- ¿Continúa alimentando a su hijo con leche materna?

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

