



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES UNIDAD LEÓN

CAMPO DEL CONOCIMIENTO: SALUD PÚBLICA BUCAL

CONOCIMIENTOS RESPECTO A LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA
MATERNA EN LA SALUD DEL RECIÉN NACIDO Y DE LA MADRE Y SU
ASOCIACIÓN CON LA INTENCIÓN DE LACTAR

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRA EN CIENCIAS

PRESENTA:
L.O. ANA KAREN MANCERA NAVARRO

TUTORA:
DRA. FÁTIMA DEL CARMEN AGUILAR DÍAZ
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES UNIDAD LEÓN

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX MARZO 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	4
DEDICATORIAS	5
RESUMEN	7
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO 1	
MARCO TEÓRICO	14
1. LACTANCIA MATERNA.....	14
1.1.HISTORIA DE LA LACTANCIA MATERNA.....	14
1.2.CONCEPTO DE LACTANCIA MATERNA.....	16
1.3. LECHE MATERNA Y SU COMPOSICIÓN.....	17
1.4. BENEFICIOS EN LA SALUD DEL RECIÉN NACIDO.....	18
1.5 BENEFICIOS EN LA SALUD BUCAL DEL INFANTE.....	21
1.6 BENEFICIOS EN LA SALUD DE LA MADRE.....	24
1.7 BENEFICIOS PARA EL BINOMIO MADRE-HIJO.....	26
1.8 BENEFICIOS PARA LA SOCIEDAD.....	27
2. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA EN MÉXICO..	28
2.1. DETERMINANTES CULTURALES, ECONÓMICAS Y SOCIALES PARA LA PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA.....	30
2.1.1. CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA.....	31
2.1.2. ACTITUD DE LA MADRE HACIA LA ALIMENTACIÓN INFANTIL.....	31
2.1.3. INTENCIÓN DE LACTAR.....	32
2.1.4. BARRERAS QUE IMPIDEN LA INICIACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA.....	33
ANTECEDENTES	34
CAPÍTULO 2	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	39
JUSTIFICACIÓN	40

OBJETIVOS	41
GENERAL.....	41
ESPECÍFICOS	41
HIPÓTESIS	42
CAPÍTULO 3	
MATERIALES Y MÉTODO	44
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	44
POBLACIÓN DEL ESTUDIO	44
TAMAÑO DE MUESTRA.....	44
CRITERIOS DE SELECCIÓN	45
INCLUSIÓN	45
EXCLUSIÓN	45
ELIMINACIÓN.....	45
VARIABLES	46
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	51
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	57
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	59
RECURSOS HUMANOS	61
CAPÍTULO 4	
RESULTADOS	63
DISCUSIÓN	86
CONCLUSIONES	93
BIBLIOGRAFÍA	94
ANEXOS	103

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León por haberme permitido estudiar en la máxima casa de estudios del país. Siempre un orgullo ser UNAM.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme brindado los recursos económicos para estudiar la maestría y seguir formándome como profesional en la salud.

A la doctora Fátima del Carmen Aguilar Díaz, por ser mi tutora, guiar mi proyecto de investigación, por su paciencia y por siempre apoyarme en mis problemas tanto educativos como personales.

Al maestro Eduardo Sanmiguel, por enseñarme el arte de la bioestadística, por su paciencia y comprensión en todo momento.

A la Jurisdicción Sanitaria VII del estado de Guanajuato, en específico a la Dra. María Magdalena Solís Medina, el Dr. Gerardo Muñoz Picón y la trabajadora social Lucy por permitirnos realizar la investigación en el centro de salud.

DEDICATORIA

A mí, por tanta paciencia.

Son tantas personas las que estuvieron conmigo durante esta etapa de formación que quiero dedicarles este gran esfuerzo.

A mis padres ejemplos de lucha y superación, por la inmensa paciencia, apoyo incondicional, sacrificio y amor en las distintas etapas de mi vida. Constituyen el pilar base en mi transitar por el hermoso camino de la odontología.

A mis hermanas, mis compañeras de vida, gracias por siempre creer en mi capacidad. Karla, fue maravilloso seguir estudiando a tu lado el posgrado, Itzel eres mi medstudent favorita. Siempre estaré orgullosa y bendecida de tenerlas en mi vida.

A Diego Chávez, Rosalba Díaz, Javier Guzmán, Brigitte Ruelas y Abril Jiménez, mis mejores amigos y colegas. Gracias por estar en los momentos más complicados de esta etapa, por su infinito apoyo, comprensión y consejos.

A Joel Alejandro Ramírez Sánchez, mi futuro dermatólogo, por seguir siendo mi amigo, gracias por todo el apoyo que me has brindado desde hace nueve años.

A mi mejor amigo Alex Escalante, por siempre estar al pie del cañón conmigo, no sé qué hubiera sido de mi sin tu apoyo y consejos.

A Grissel Orfín, a pesar de la distancia y de no hablar frecuentemente, siempre estuviste ahí para apoyarme, justo en los momentos donde no podía más.

A Manuel Gutiérrez, mi querido hermano, infinitas gracias por siempre estar a mi lado a pesar de la distancia.

A Yamile, Santiago, Juan David y Nepomuceno, mi familia colombiana, por su apoyo a la distancia.

A Angélica María y Diana Alexandra (y mami Inés también) por su apoyo, comprensión y ánimos en todo momento.

A Johanna Mojica, Yasser Mendoza e Ivonne Muñoz, mis colombianos favoritos, que, a pesar de la distancia, siempre los sentí cerca, gracias por todo su apoyo.

A Amairani Orozco, por tu sincera amistad, por todo el apoyo que me diste durante los momentos más difíciles.

A Nath Calleja, por ser una gran amiga, infinitas gracias por todo el apoyo que me diste, por los consejos, por escucharme y siempre tenerme paciencia.

A Ángel Paulino, por tu amistad sincera y por esos buenos momentos que pasamos estudiando en el posgrado.

A Ulises Arbaiza, Fernando Mendoza, Roger Lara y Rubén García, por ser un gran equipo y por todo el esfuerzo que pusieron en su trabajo de investigación, fue un placer ser su asesora.

A Alejandro Hernández, Miguel Hernández y Valeria Juárez, por su gran dedicación en el proyecto de ABP, gracias por enseñarme tanto.

A José de Jesús Valadez Balcázar, por tu paciencia, comprensión y amor en todo momento. Gracias por aparecer en mi vida y acompañarme en un año y medio de la maestría.

RESUMEN

Introducción: La lactancia materna exclusiva (LME) es la alimentación al infante del seno materno de la madre o de otra mujer sin ningún suplemento sólido o líquido durante los primeros seis meses de vida. La Organización Mundial de la Salud recomienda complementar la lactancia materna con otros alimentos hasta los dos años de vida. A nivel mundial, se estima que solamente el 35% de los infantes recibe leche materna de manera exclusiva durante los primeros 6 meses de vida; la mayoría reciben algún otro alimento o líquido en los primeros meses. Se ha encontrado que los factores para dejar la lactancia materna son: razones sociales, económicas y culturales.

Objetivos: Identificar la asociación entre los conocimientos respecto a los beneficios de la lactancia materna en la salud de la madre y del recién nacido con la intención de lactar y la práctica de amamantamiento en embarazadas asistentes al CAISES León durante el período de enero-agosto del 2019.

Materiales y método: Se realizó un estudio longitudinal prospectivo en embarazadas, a quienes se evaluó sus conocimientos respecto a los conocimientos que poseen sobre la lactancia materna, la intención de lactar y la práctica de amamantamiento mediante un cuestionario.

Resultados: Se encuestaron a 182 embarazadas, quienes cuentan con una edad media de 23.9 ± 6.1 años. El 77.7% reporta ser casada o estar en unión libre; el 72.0% son amas de casa; el 54.4 % cuenta con máximo grado de estudios de secundaria y el 36.8% de las participantes reporta un nivel socioeconómico "C" de acuerdo con el índice socioeconómico AMAI. En cuanto a los conocimientos generales que poseen las embarazadas sobre lactancia materna la mitad de las participantes cuentan con un nivel medio. El 44% de ellas cuentan con un conocimiento medio sobre los beneficios en la salud del bebé, el 45.1% con respecto a los conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna en la salud bucal del bebé y el 57.7% de las embarazadas tienen un conocimiento medio sobre los

beneficios de la lactancia materna en la salud de la madre. En cuanto a la actitud de las embarazadas hacia la lactancia se encontró que 78% de ellas tiene una actitud neutral. Respecto a la intención de lactar se observó que de las embarazadas incluidas en este estudio el 18.1% de ellas tienen una intención muy fuerte de lactar. Casi la totalidad de las encuestadas refirió amamantar alguna vez a su hijo. Asimismo, casi el 90% siguen amamantando a su hijo y sólo el 21.4% lo hace de manera exclusiva. La intención de lactar estuvo asociada con la edad ($p=0.047$), la ocupación ($p=0.017$), número de hijos ($p=0.024$), el nivel socioeconómico ($p=0.020$) y la actitud hacia la LM ($p=0.048$). La práctica de LME estuvo asociada con la escolaridad ($p=0.011$), los conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna (LM) en la salud bucal del bebé ($p=0.024$), y la intención de lactar ($p=0.000$).

Conclusiones: Las embarazadas cuentan con conocimientos aceptables sobre los beneficios que ofrece la LM, sin embargo, existen rubros que se pueden mejorar como los conocimientos sobre los beneficios de la LM en la salud del bebé y de la madre. La mayoría de las embarazadas tuvieron una actitud neutral hacia la alimentación infantil y menos de la mitad de las participantes tuvo la intención de lactar a sus hijos de manera exclusiva. La prevalencia de la práctica de LM fue alta. Sin embargo, LM exclusiva es baja.

Palabras clave: lactancia materna exclusiva, amamantamiento, práctica, conocimientos, actitudes, intención.

ABSTRACT

Introduction: Exclusive breastfeeding (EBF) is the feeding of the infant from the mother's breast or another woman without any solid or liquid supplement during the first six months of life. The World Health Organization recommends supplementing breastfeeding with other foods for up to two years of life. Worldwide, it is estimated that only 35% of infants receive exclusive breast milk during the first 6 months of life; most receive some other food or liquid in the first months. It has been found that the factors to stop breastfeeding are social, economic, and cultural reasons.

Objectives: Identify the association between knowledge regarding the benefits of breastfeeding on the mother and newborn health with the intention and the practice of breastfeeding on pregnant women attending the CAISES Leon during the period January-August 2019.

Materials and method: A prospective longitudinal study in pregnant women was conducted. Knowledge regarding breastfeeding, the intention to breastfeed, and the breastfeeding practice were assessed through a questionnaire.

Results: One hundred eighty-two pregnant women were surveyed, with a mean age of 23.9 ± 6.1 years. In addition, 77.7% of them report being married and have a common law marriage; 72.0% are housewives; 54.4% have a middle school degree, and 36.8% of the participants report a socioeconomic level "C" in accordance with AMAI index . As for the general knowledge about breastfeeding, half of them have a medium level. Forty-four percent have an average knowledge about the health benefits of the infant. Regarding knowledge about the benefits of breastfeeding on the infant's oral health, 45.1% have a medium level. Finally, 57.7% of pregnant women have an average knowledge about the benefits of breastfeeding on the mother's health. Concerning the attitude of pregnant women towards breastfeeding, it was found that 78% of them have a neutral attitude. Regarding the intention to

breastfeed, it was observed that 18.1% of them have a very strong intention to breastfeed. Almost all the respondents reported breastfeeding their child at some time. Furthermore, almost 90% continue to breastfeed their child, and only 21.4% do it exclusively. The intention to breastfeed was associated with the age ($p=0.047$), the occupation ($p=0.017$), number of children ($p=0.024$) socioeconomic level ($p=0.020$) and the attitude towards BF ($p=0.037$). The practice of BF was associated with the school degree ($p=0.011$), with the knowledge about the benefits of breastfeeding on the infant's oral health ($p=0.024$), and the intention to breastfeed ($p=0.000$).

Conclusions: Pregnant women have acceptable knowledge about the benefits offered by BF, however, there are areas that can be improved such as their knowledge about the BF benefits on the health of the infant and the mother. Most of pregnant women had a neutral attitude towards infant feeding, and less than half of the participants had the intention to exclusively breastfeed their child. The prevalence of the BF practice was high. Nevertheless, the exclusive BF is low.

Key words: exclusive breastfeeding, breastfeeding, practice, knowledge, attitudes, intention.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como lactancia materna exclusiva (LME) la alimentación del lactante con leche materna de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye el agua.¹ En 1980, la OMS y la Fundación de las Naciones Unidas para la Protección de los Infantes (UNICEF) declararon de manera conjunta que la alimentación del seno materno debería ser la única alimentación que reciban los niños durante por lo menos los primeros cuatro a seis meses de vida.² En el 2002 durante la 55° Asamblea Mundial de Salud conocida como “Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño”, se recomendó que la lactancia materna debe realizarse durante los primeros seis meses de vida, y continuar posteriormente con alimentos complementarios, hasta los 2 años como mínimo. Si los niños no reciben una alimentación correcta en esta etapa el daño causado será irreversible. Las consecuencias inmediatas de la desnutrición durante los primeros 1000 días incluyen un mayor riesgo de enfermar, así como un desarrollo mental y motor retrasado.³ A pesar de estas recomendaciones, a nivel mundial, se estima que alrededor del 38% de los lactantes de 0 a 6 meses de edad son amamantados exclusivamente.³

La LME está influenciada por varios factores, entre los que destacan los conocimientos. Se ha observado que las madres con mejores conocimientos tienen más probabilidades de practicar la LME. Sin embargo, conocer los beneficios de la leche materna no son garantía de una adecuada implementación y permanencia de su uso, ya que es afectada y determinada por muchas variables socioculturales. Entre los principales obstáculos para la iniciación y el mantenimiento de la lactancia se encuentran: la insuficiente educación prenatal, interrupción inapropiada de la lactancia, la ocupación laboral de la madre, disrupción entre las políticas y las prácticas en lactancia y la distribución incontrolada de sucedáneos de la leche humana, que puede provocar un cese prematuro de la lactancia natural.^{4,5,6}

Por otro lado, también se ha reportado asociación entre recibir asesoramiento, el número de hijos y la intención de lactar con la LME.^{7,8} La intención a su vez está influenciada por la actitud, el conocimiento, la exposición, las normas subjetivas y el control conductual percibido. Por lo tanto, la comprensión de estos factores y los determinantes específicos del contexto de las decisiones de alimentación del lactante son cruciales para el desarrollo de programas más eficaces para la lactancia materna y la información de políticas adecuadas.^{9,10}

La práctica del amamantamiento durante el primer año de vida tiene grandes ventajas, tanto fisiológicas como afectivas y económicas. Entre las enfermedades para las cuales la leche materna protege se encuentran las gastrointestinales, respiratorias, la disminución de la inflamación, entre otras. Asimismo, existen ventajas que tiene la lactancia materna en la salud bucal como la correcta estimulación en el crecimiento de maxilar y mandíbula, así como en el reposicionamiento de esta última, la instauración del patrón respiratorio nasal, entre otras. La LME, además de ser económica, fácil y práctica, favorece la relación con el bebé al mantener el equilibrio psicológico y proporciona la sensación de placer, fortaleciendo así el lazo con el bebé.¹¹

El propósito de esta investigación es identificar la asociación que existe entre los conocimientos que poseen las embarazadas respecto a los beneficios de la lactancia materna en su salud y la del recién nacido con la intención de lactar y la práctica de amamantamiento.

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

1. Lactancia Materna

1.1 Historia de la lactancia materna

La lactancia materna (LM) es un fenómeno biológico natural que ha estado presente desde los orígenes de la humanidad,¹² desde tiempos ancestrales ha sido la forma de alimentar a los recién nacidos.^{13,14}

Ha permitido la supervivencia de la especie humana en duras circunstancias. Desde las civilizaciones más antiguas hasta la actualidad, la LM ha tenido un papel muy importante,¹⁵ en el siguiente cuadro se describen los hechos por los cuales se considera una práctica esencial en la vida.

Cuadro1. Historia de la lactancia materna^{16,17,18,19,20}

Época	Descripción de los hechos
De la Prehistoria al cristianismo	<p>En Europa se encontraron recipientes para la alimentación con boquilla, en tumbas de niños, aproximadamente en el año 2000 A.C.</p> <p>Las nodrizas fueron importantes ya que amamantaban a los hijos de las madres de una clase social más alta que no querían brindar leche materna por diversos factores como el desgaste que ésta producía, y esto con el tiempo se fue convirtiendo en un trabajo remunerado.</p> <p>El código de Hammurabi en el año 1800 a.c. mencionaba regulaciones acerca de las nodrizas por dinero (la leche se debía proporcionar por un mínimo de 2 años hasta un máximo de 4 años). En Esparta, la reina estaba obligada a amamantar al hijo mayor. El segundo hijo del rey Temistes heredó el reino de Esparta sólo porque su madre lo había amamantado ya que el primer hijo fue alimentado con leche materna de otra mujer, y esa fue la razón por la que le negaron la posibilidad de heredar el trono.</p> <p>De acuerdo con diversas referencias, en Babilonia la lactancia materna se practicaba hasta que el niño cumpliera 3 años, así como en India y Egipto.</p> <p>En el papiro de Ebers, se muestran descripciones sobre los cuidados del bebé, del amamantamiento e inclusive de posturas para alimentar al bebé con el pecho materno. En el mismo también se mencionan enfermedades de la lactancia, la mortalidad infantil causada por parásitos y se recomendaban criterios para determinar la calidad de la leche.</p> <p>El Talmud menciona que la lactancia debía darse hasta los 3 años de vida y debía ser dada exclusivamente por las madres, a excepción de las madres</p>

	<p>que estaban gravemente enfermas. Con los espartanos fue el caso contrario, ellos restringían la alimentación y la protección a los infantes.</p> <p>En Egipto, era un honor practicar la lactancia materna, las nodrizas eran elegidas por el faraón, ellas gozaban de privilegios de los cuales eran obtener rangos altos en la corte del rey.</p> <p>En Roma, a pesar de que se fomentaba la lactancia materna, la asociaron con el envejecimiento prematuro, desgate y dilatación de los pechos.</p> <p>Los griegos, aseguraban que el destete debía realizarse a partir de los 2 o 3 años, la lactancia materna la consideraron como uno de los momentos más importantes de la vida del niño, así como la dentición.</p> <p>En China, se escribió un libro conocido como “El estatuto de la medicina”, en donde se estableció que la lactancia materna debía darse al menos los primeros dos años después del nacimiento o hasta que esa mujer se volviera a embarazar.</p>
<p>Del siglo I al siglo XVII</p>	<p>La mayoría de las mujeres nobles del Imperio romano recurrían a nodrizas para amamantar a sus hijos, hacían una elección minuciosa en donde evaluaban la dieta, el régimen de vida y las formas de lactar. Si embargo, la consideración de una buena madre en la Roma imperial, era aquella que amamantaba a sus hijos.</p> <p>La lactancia materna figuró desde los inicios de la historia, en la cual las nodrizas fueron una parte fundamental de la misma.</p> <p>Durante la era cristiana, se fomentó más el cuidado de los infantes, pues se les consideraba como portadores de almas inmortales.</p> <p>En el siglo VI, comenzaron a encontrar documentos en los que mencionaba que, desde la prehistoria, la lactancia era un alimento importante considerado mejor si era suministrada por la propia madre, así como la excepción de aquellas madres que por diversas razones no podían realizarlo y delegaban dicha función a las nodrizas.</p> <p>En Francia entre los siglos XIII y XIX, las mujeres de clases media y alta no amamantan a sus hijos, haciéndolo por medio de nodrizas, leches de diversos animales y preparados de cereales.</p> <p>Nuevamente, fueron los romanos quienes empezaron a dictar algunas pautas, comenzaron a documentar enfermedades que se contagian a través de la lactancia. Se estableció el tiempo por ley para alimentar a los infantes, el cual era de 3 años y la contratación de nodrizas se fijó en períodos (de 10 a 20 años), empezaron también las exclusiones, las madres enfermas (especialmente de sífilis), las musulmanas y las judías no podían ejercer el papel de nodrizas de los cristianos.</p> <p>En este período se dieron 2 acontecimientos importantes que trajeron consigo el declive de las nodrizas. El primero “el Descubrimiento de América”, la lactancia tuvo un papel importante, pues la desnutrición infantil en este continente no fue un problema, ya que el periodo de la lactancia materna era prolongado. El segundo acontecimiento fue la importación de sífilis a América y la exportación de la gonorrea a Europa. La presencia de</p>

	<p>estas enfermedades y el contagio hacia los infantes, hicieron pensar, que dichas infecciones se podían contagiar por medio de la leche materna, por lo que tomó más fuerza la idea de que la propia madre debía amamantar a su hijo.</p>
<p>Del siglo XVII a la actualidad</p>	<p>A partir de la segunda guerra mundial con la introducción de los sucedáneos de leche materna (la leche en polvo) el papel de las nodrizas cae en declive hasta su total desaparición en la década de los ochentas, en donde también coincide la aparición del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).</p> <p>En 1989 se propone la declaración de Innocenti donde menciona: todas las madres tienen derecho a amamantar a sus hijos de forma exclusiva hasta los 6 meses de edad y junto con otros alimentos hasta los dos años.</p> <p>En 1991 se crea la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) que conforma 10 pasos hacia una feliz lactancia natural de acuerdo con la OMS y el UNICEF.</p> <p>En 2002 se propone la Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Se reconoce a la lactancia materna como prioridad de salud pública, su abandono tiene graves consecuencias para la salud materna infantil.</p> <p>En la actualidad, se tiene la certeza de que la lactancia materna es el alimento ideal y completo para los infantes. Es necesario una sensibilización que permita conocer las ventajas de la lactancia materna demostradas científicamente, tanto para el bebé como para la madre.</p> <p>La lactancia materna sigue vigente, a pesar de muchas transformaciones tanto en su concepción como en su uso. Sigue siendo la mejor opción para los infantes, no sólo para su nivel fisiológico, sino también a nivel psicológico y social. La lactancia materna se vuelve esencial, no sólo desde el punto de vista nutricional, sino que también desde un punto de vista más integral.</p>

1.2 Concepto de Lactancia Materna

La lactancia materna es la alimentación del bebé al seno materno. Es un alimento único e ideal para el recién nacido, ya que es seguro, gratuito, tiene propiedades inmunológicas y nutricionales que no se encuentran en ninguno de los sucedáneos de leche, permite transmitir anticuerpos de la madre al niño para su protección contra enfermedades comunes, a la vez que fortalece el vínculo afectivo entre ambos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el UNICEF, recomiendan como imprescindible la lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y complementarla hasta los dos años.^{21,22}

La lactancia materna exclusiva es la alimentación del seno materno sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye el agua, durante los primeros seis meses de vida del bebé, a partir de esa edad se comienza con la introducción de alimentos al lactante y se continúa amamantándolo hasta los dos años, a esto se le llama lactancia complementaria.²³

1.3 Leche materna y su composición

La leche materna, también llamada leche humana, es la secreción producida por las glándulas mamarias después del calostro, cuya función principal es alimentar al bebé, la leche humana proporciona alrededor de 75 calorías por 100 ml. Contiene todos los nutrimentos que los infantes requieren para su crecimiento y desarrollo en los primeros meses de vida, proporcionándole beneficios como anticuerpos que los protegen contra infecciones, como las respiratorias y gastrointestinales.²⁴

A nivel nutricional, en la actualidad no existe un alimento que se pueda comparar con la leche materna. Los sucedáneos de leche materna disponibles en el mercado están basados en leche de vaca modificada para asemejarla a la composición conocida de la leche humana.¹¹

Los componentes de la LM son principalmente agua, proteínas, carbohidratos y grasas, así como vitaminas y minerales, también encontramos factores antiinfecciosos como inmunoglobulinas.²³

Cuadro 2. Componentes de la leche materna y su función²⁵

Componente	Función
Agua	El principal constituyente de la leche humana es agua, el requerimiento hídrico para que un lactante esté perfectamente satisfecho por la leche materna.
Proteínas	La concentración de proteína en la leche materna es 0.9g por 100 ml. <ul style="list-style-type: none"> • La caseína su principal función es permitir mayor nivel de calcio y fósforo en la leche materna. • La taurina su función es la estabilidad de membranas celulares y en el desarrollo del sistema nervioso.

	<ul style="list-style-type: none"> • La Carnitina reemplaza a la glucosa como fuente de energía inmediatamente después del nacimiento. • Las proteínas del suero son alfa-lacto albumina y lactoferrina. Otros componentes son la lisozima e inmunoglobulina que junto con lactoferrina cumplen importante función inmunológica.
Carbohidratos	La lactosa es el principal carbohidrato de la leche materna, Proporciona el 50% de la energía. Es indispensable para la absorción de calcio y lípidos. Su concentración varía de 2.5 a 5 gr por 100 ml.
Grasas	<p>La leche humana contiene aproximadamente 3.5 g de grasa por 100ml de leche.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La leche del inicio de la tetada: contiene menos grasa y tiene un color algo azul grisáceo. • Leche del final de la tetada: es secretada hacia el final de la tetada, es rica en grasa y tiene un aspecto blanco cremoso. <p>Las grasas juegan un rol importante en la saciedad y el control de ingesta.</p>
Vitaminas y minerales	<p>Los niveles de vitamina A, E y C son adecuados, las enzimas más importantes en la leche materna son: proteasa, amilasa y lipasa; su función principal es facilitar la digestión y absorción de proteínas, almidones y grasas respectivamente.</p> <p>El hierro y el zinc están presentes en relativa baja concentración, pero su biodisponibilidad y absorción es elevada. El cobre y selenio están en mayor concentración.</p>

1.4 Beneficios de la lactancia materna en la salud del recién nacido

Se ha demostrado que la lactancia materna es la mejor opción para el niño y que los beneficios a corto, mediano y largo plazo son indiscutibles. En el beneficio de la lactancia parece existir un efecto dosis-respuesta, a mayor duración mayores ventajas.²⁶

La leche materna tiene un fuerte efecto protector contra enfermedades infecciosas, este efecto se debe a las propiedades inmunológicas y antibacterianas que contiene la leche humana, estos componentes son de inmunidad inmunológica y no inmunológica. Los componentes inmunológicos más importantes son los anticuerpos s-IgA que son secretados en la leche y tienen la capacidad de aglutinar o neutralizar las bacterias, incluyen agentes bacteriostáticos como la lactoferrina y la lisozima, que además de cumplir funciones nutricias actúan como potentes

bacteriostáticos.^{27,28} La protección contra las enfermedades se clasifica de la siguiente manera:²⁹

- Enfermedades gastrointestinales: se han identificado componentes de la leche materna que confieren protección contra patógenos del intestino como Rotavirus, *C.jejuni*, *C. difficile*, *G. lamblia*, *S. tiphymurium*, especies de *Eschiricia*, *Shigella* y *V.cholerae*. Las sustancias inmunológicas y factores de crecimiento que contiene la leche humana protegen la mucosa intestinal contra la invasión, modificando el medio ambiente intestinal, asimismo suprime el crecimiento de algunos microorganismos patogénicos, estimulan la maduración epitelial y aumentan la producción de enzimas digestivas.
- Enfermedades respiratorias: la LME protege contra infecciones de las vías respiratorias altas, principalmente la otitis media. En diversos estudios se ha demostrado también que la frecuencia y gravedad de las infecciones de las vías respiratorias bajas como son la neumonía, bronquitis y bronquiolitis disminuye en los lactantes que son alimentados con leche humana.
- Otras infecciones: la leche humana protege contra la enterocolitis necrosante y contra la bacteremia y meningitis causada por *H. influenzae* tipo B.
- La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del infante también reduce el riesgo de presentar otras enfermedades como: asma, enterocolitis necrosante, gastroenteritis, colitis ulcerosa, diarrea, infecciones urinarias y dermatitis atópica.²³

Además, la evidencia sugiere que los infantes alimentados con leche materna se ven beneficiados a largo plazo. Tienen un menor riesgo de presentar enfermedades alérgicas, trastornos digestivos crónicos, Diabetes Mellitus tipo 1, enfermedad de Crohn, linfoma, una presión arterial alta, así como de colesterol elevado, y un mayor desempeño en pruebas de inteligencia, además de una menor prevalencia de sobrepeso y obesidad (lo que se puede explicar por el contenido de hormonas y factores de crecimiento de la leche materna, así como el consumo moderado de

energía a partir de alimentos complementarios y de mayor proteína y micronutrientes de ésta), en comparación con los niños que se alimentan con fórmulas u otros alimentos.^{30,31,32}

Otro de los beneficios que tiene la lactancia materna en la salud del niño, es que no sufren de estreñimiento ni sobrecarga renal ya que la leche humana está compuesta en el 88% de agua, la carga renal de solutos es 3 veces menor a la de cualquier sucedáneo de leche materna, permitiendo de esta manera que el riñón (que sólo tiene una capacidad de filtración del 25%) mantenga sus funciones adecuadas y el bebé no requiera ser hidratado con agua, té o jugos. Además, tienen una maduración progresiva del sistema digestivo. Son bebés más activos, ya que presentan un mejor desarrollo psicomotor y una mejor capacidad de aprendizaje. Presentan mayor agudeza sensorial como son el gusto, olfato, tacto, visión y audición.³³

El contacto piel a piel ayuda al neonato para que mantenga la temperatura adecuada y pueda regular su frecuencia respiratoria y cardíaca.²⁹

El amamantamiento favorece en el desarrollo cognitivo y emocional del infante, proporcionando un efecto positivo sobre el coeficiente intelectual (CI) y que se mantiene aun cuando se toman en cuenta el CI de las madres y la estimulación infantil dentro de casa, además estos efectos son a largo plazo.^{34,35} Estos beneficios podrían estar ligados a la alta cantidad de ácidos grasos de cadena larga en la leche materna, como los ácidos araquidónico y docosahexaenoico, los cuales han mostrado tener un efecto positivo sobre el desarrollo cerebral, en especial durante la infancia.³⁶

En una revisión sistemática y metaanálisis se evaluó el efecto de la lactancia materna sobre el desarrollo cognoscitivo, se encontró que existían en la literatura 17 estudios que evaluaron esta relación, todos con un efecto positivo de la lactancia materna sobre el CI, sin embargo, cinco tenían estimaciones con intervalos de confianza que incluían el valor nulo, es decir, sin significancia estadística. Aun así,

la estimación global mostró que en promedio la lactancia materna incrementa el CI.³⁴

Dewey y colaboradores^{37,38} estudiaron en Honduras el crecimiento, el desarrollo cognoscitivo y la actividad de niños que recibían leche materna hasta los 6 meses contra niños alimentados al seno materno por 4 meses. La pregunta en este estudio fue si había algún problema de salud o nutrición si los niños retrasaban la introducción de la alimentación complementaria hasta los 6 meses de edad en comparación con la inclusión de la alimentación complementaria 2 meses antes. Esta pregunta es importante porque la introducción de alimentos complementarios a la leche materna trae consigo una potencial exposición a patógenos a una edad vulnerable, y entre más se retrase la exposición a patógenos más se retrasan las infecciones. Los hallazgos de este estudio demostraron que no se compromete el estado de nutrición ni el desarrollo cognoscitivo por iniciar la alimentación complementaria hasta los 6 meses.

1.5 Beneficios de la lactancia materna en la salud bucal del infante

El amamantamiento se considera como el factor inicial de un buen desarrollo dentofacial, favoreciendo de esta manera la obtención de una oclusión dentaria normal y una masticación futura correcta.³⁹ Existe influencia del amamantamiento en el desarrollo y equilibrio neuromuscular de los tejidos que involucran el aparato masticatorio. El acto de amamantar también previene el síndrome de respirador bucal ya que establece una relación correcta entre estructuras duras y blandas del sistema estomatognático, permitiendo de esta manera la respiración adecuada, tonicidad y posturas correctas de la lengua y los labios en perfecto cierre a los cual se conoce como respiración con patrón nasal.⁴⁰

El seno permite un ejercicio fisioterapéutico el cual es necesario para el desarrollo del sistema estomatognático mediante el amamantamiento. La mandíbula se posiciona más anteriormente, los músculos masticatorios como el temporal, el pterigoideo lateral y el milohioideo los cuales tiene la función de retrusión, propulsión

y deglución respectivamente y de esta manera se inicia la maduración y el reposicionamiento. La lengua estimula al paladar, evitando que la acción de los músculos buccinadores sea perturbadora y el orbicular de los labios se muestra eficiente en la orientación del crecimiento y desarrollo de la región anterior del sistema estomatognático.⁴¹

Cuando los bebés nacen, presentan retrognatismo de la mandíbula en relación con el maxilar, conocido como retrognatismo mandibular secundario. Es importante que este retrognatismo haya sido anulado a través del desarrollo más acentuado de la mandíbula, para que de esta manera se establezca una oclusión correcta de los dientes deciduos. Al momento de erupcionar los primeros dientes deciduos, es necesario que este retrognatismo se haya anulado mediante el desarrollo acentuado de la mandíbula para que se pueda establecer una oclusión correcta de los dientes deciduos. Además de estimular el crecimiento de la mandíbula en sentido anteroposterior, el amamantamiento refuerza el circuito neurofisiológico de la respiración, excitando las terminaciones neuronales de las fosas nasales, para que de esta manera tenga un buen desarrollo y se establezca el patrón de respiración nasal.⁴² De igual manera, cuando el uso del biberón sustituye al seno materno, gran cantidad de excitaciones externas que parten de la boca quedan anuladas, provocando que no se conduzca el ejercicio necesario para el desarrollo del sistema estomatognático en el lactante.⁴³

Diversos estudios mencionan las consecuencias de la lactancia artificial, como son la falta de estímulo anteroposterior de la mandíbula, la desarmonía entre la respiración, succión y deglución, así como un menor esfuerzo muscular para extraer el alimento. Al tener esta falta del esfuerzo generará una anulación de la excitación en la articulación temporomandibular y musculatura masticatoria, induciendo estímulos en los músculos buccinadores y linguales, siendo más propensos a la respiración bucal.⁴²

Con respecto a la maduración fisiológica y de la necesidad nutricional, no es necesario dar otros alimentos además de la leche materna al bebé antes de los 4-6 meses, ya que aún cuenta con el reflejo de la extrusión, y los alimentos sólidos o semisólido van a ser rechazados, este reflejo desaparece entre los cuatro y seis meses de vida, de esta manera el niño conseguirá transportar alimentos semisólidos al fondo de la boca e ingerirlos, estando listo para recibir alimentos suplementarios. Posteriormente entre los 7 y 9 meses de edad, iniciarán movimientos rítmicos para morder, asociados a la erupción de los primeros dientes, estableciendo un nuevo circuito neuronal y marcando el inicio del proceso de maduración de la fase del sistema estomatognático, conocido como la masticación.⁴³

La lactancia materna también favorece en una disminución en la formación de caries dental por un retraso en la introducción de alimentos potencialmente cariogénicos. Existen estudios donde compararon bebés que fueron alimentados con leche materna y sucedáneos de leche materna, en los cuales encontraron una mayor incidencia de caries de infancia temprana en los alimentados con sucedáneos de leche materna. Las enzimas lactoperoxidasa y lactoferrina que se encuentran presentes en la leche materna reducen el recuento bacteriano en la cavidad bucal. De la misma manera, las inmunoglobulinas inhiben las bacterias causantes de la caries dental. Se ha visto que la leche materna *in vitro* incrementa la formación de esmalte dental, además el pH salival durante la LME es adecuado para la no formación de caries.⁴⁴

El hábito nocivo como lo es la succión digital puede instaurarse más fácil en bebés que no han sido amamantados o que sufrieron un abandono precoz del mismo, esto se debe a la etiología principal de este hábito el cual es la insatisfacción emocional por parte del bebé. Navarro y Duharte, en su estudio realizado en 78 madres y sus hijos de 2 a 4 años, identificaron una relación inversa entre el tiempo de lactancia materna y los hábitos bucales nocivos.⁴⁴

1.6 Beneficios de la lactancia materna en la salud de la madre

La leche materna representa también beneficios para la madre, y éstos son tanto beneficios físicos y hormonales. Entre estos se puede mencionar la disminución en el riesgo de presentar cáncer tanto de ovario como de mama. El efecto protector es más fuerte cuando la LM es mayor a 12 meses. El proceso biológico por el cual se reduce el riesgo puede deberse a la mayor diferenciación de las células de la mama, una adecuada expresión de proliferadores de peroxisomas (encargados de la diferenciación de las células), menor secreción hormonas sexuales endógenas (como el estrógeno) y mayor excreción de sustancias carcinógenas a través de la leche materna. Asimismo, la supresión de la ovulación, que reduce la exposición a niveles elevados de gonadotropinas, en particular la hormona luteinizante, la cual se ha considerado como una potencial causa de cáncer de ovario cuando se encuentra en valores elevados.^{45,46} La LM también tiene un impacto en el riesgo de presentar hipertensión, obesidad, la diabetes, depresión.⁴⁷

Se ha planteado que las mujeres que no lactan tienen mayor dificultad para movilizar la grasa acumulada durante el embarazo, lo que resulta en una mayor acumulación de grasa visceral y retención de peso posparto. Además del efecto en el peso posparto, el efecto de la lactancia sobre el peso y la distribución corporal de grasa se ha observado en periodos más largos.⁴⁸ López-Olmedo y colaboradores reportaron, en mujeres mexicanas, que la lactancia materna exclusiva se asoció con una mayor pérdida de peso a los 3 meses posparto. Aquellas mujeres que lactaron de forma exclusiva durante los primeros 3 meses perdieron 4.1 ± 1.9 kg más que aquellas que no lactaron ($p = 0.04$).⁴⁹ Además, también favorece a tener una adecuada recuperación de los pechos, manteniendo la elasticidad y firmeza, un menor riesgo de fracturas óseas y de osteoporosis en el período de la post menopausia.⁴⁵

Debido a la alteración en el metabolismo de glucosa en pacientes con diabetes gestacional, varios estudios se han enfocado en evaluar el efecto de la lactancia en el periodo posparto de este tipo de pacientes. Un estudio realizado en China por

Villegas y colaboradores en el 2008⁵⁰ encontraron que las mujeres que lactaron tuvieron 12% menor riesgo de diabetes mellitus 2 en comparación con las que no lactaron. En el 2014 Aune y colaboradores⁵¹ realizaron un metaanálisis de estudios de cohorte que han analizado la lactancia y el riesgo materno de diabetes mellitus 2, notaron que las mujeres que lactaron por un largo periodo tuvieron 32% menor riesgo de diabetes mellitus 2 en comparación con las mujeres no lactantes sin considerar otros factores de riesgo.

Otros beneficios reportados son: menor riesgo de hemorragia y anemia posterior al parto, porque el útero se contrae más rápidamente y disminuye el sangrado vaginal durante el puerperio por el aumento de los niveles de oxitocina.²³ Disminuye el riesgo de volver a embarazarse durante los siguientes seis meses posteriores al parto por la secreción hormonal.⁴⁵

Además de las asociaciones con modificaciones de la adiposidad y el metabolismo de glucosa y riesgo de DM2, varios estudios han demostrado que la lactancia puede tener efectos protectores tanto a corto como largo plazo en otros factores de riesgo cardiovascular como hipertensión, dislipidemia y síndrome metabólico, y por lo tanto reducir el riesgo de eventos cardiovasculares. Esto se debe a que la oxitocina, una hormona elevada en el período de lactancia favorece la producción y eyección de leche, reduciendo la vasoconstricción.^{52,53,54}

La LM también previene la depresión posparto, debido a que la oxitocina liberada durante la succión del pezón desencadena en la madre un efecto tranquilizador y de bienestar. Al amamantar se secretan endorfinas que alcanzan un pico máximo a los 20 minutos iniciada la lactancia, provocando en la madre sensaciones placenteras.⁵⁵

1.7 Beneficios de la lactancia materna para el binomio madre-hijo

Adicionalmente a las ventajas que proporciona la leche materna al estado de salud general del niño y su madre, el amamantamiento otorga el fortalecimiento del vínculo entre la madre y el hijo, que se logra mediante el contacto piel con piel y que favorece los signos vitales del bebé si se coloca inmediatamente después del nacimiento sobre el pecho de su madre, con la finalidad también de disminuir el estrés provocado al momento del parto.³⁵ Asimismo este contacto favorece el apego y estimula la creación de vínculos de amor y seguridad entre el binomio madre-hijo. La piel es el órgano sensorial primario del bebé y la experiencia táctil es esencial para su desarrollo. La boca también es de gran importancia, es sensible y capta las mayores sensaciones de placer y desagrado. El amamantamiento debe satisfacer las dos “hambres” del niño; la biológica (que suple las necesidades corporales) y la afectiva (de sentirse aceptado y querido). Es por lo que la interacción del bebé durante los primeros meses con sus padres, y la formación de las bases de su personalidad y seguridad en sí mismo, están estrechamente ligadas al amamantamiento.⁴⁴

La LM mejora el vínculo afectivo madre-hijo, aumenta la autoestima, trasmite seguridad e implica una relación afectiva y peculiar que permite generar satisfacción y placer en la mujer. Coadyuva al refuerzo de lazos afectivos, previene el maltrato infantil ya que la madre mantiene una interrelación emocionalmente sana y equilibrada. Mantiene el equilibrio psicológico y proporciona la sensación de placer, fortaleciendo así el lazo con el bebé.³⁵

En un estudio realizado por Mezzacappa y Katkin acerca de la asociación entre amamantar y la percepción de estrés y humor negativo, encontraron que las mamás que practican la LM reportaron menos estrés percibido, asimismo, la LM se asoció con una disminución del estado de ánimo negativo y la alimentación con biberón se relacionó con menor grado de estado de ánimo positivo.⁵⁵

1.8 Beneficios de la lactancia materna para la sociedad

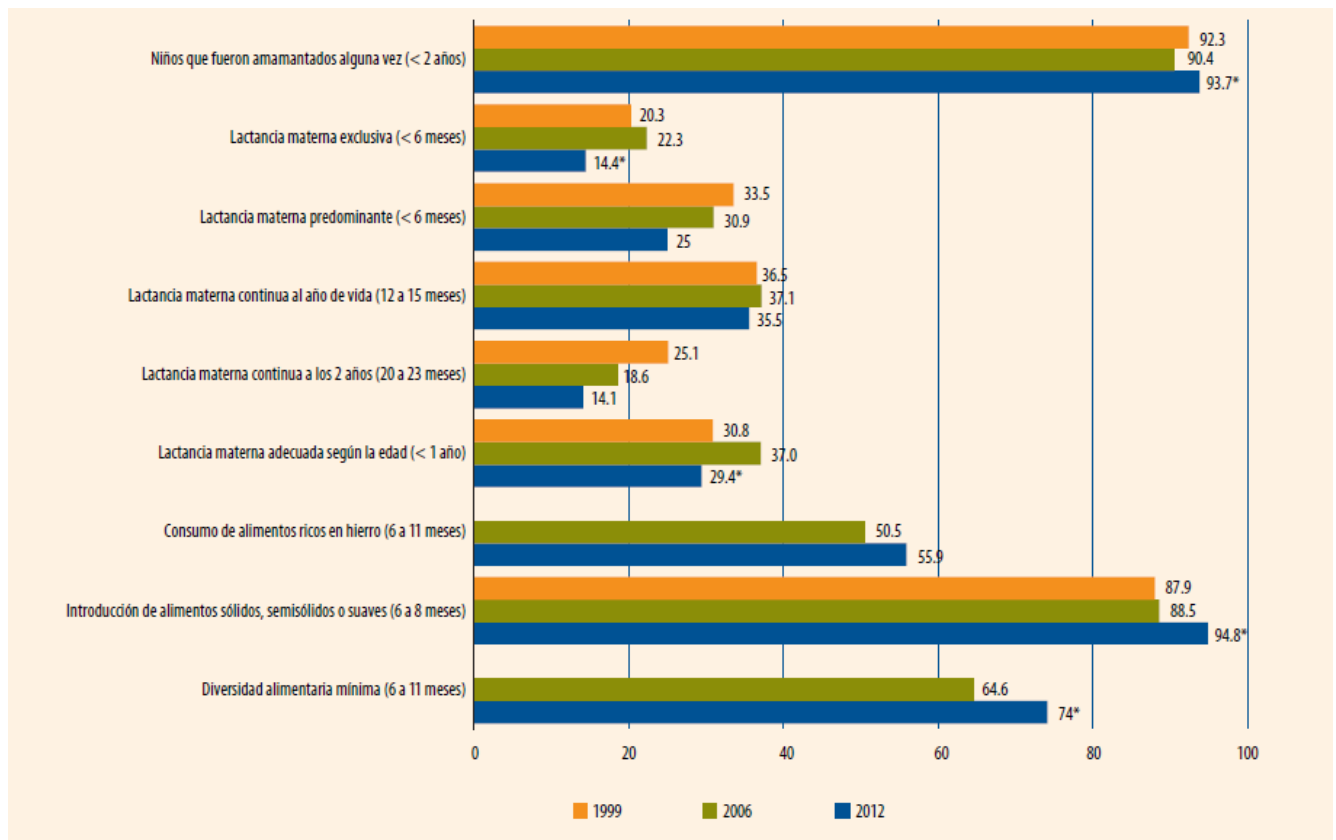
La leche materna es un alimento ecológico, no desperdicia recursos naturales ni crea contaminación, no implica gastos de fabricación, envases, comercialización, transporte ni almacenamiento, no necesita preparación ni uso de fuentes de energía, no requiere de utensilios especiales para prepararla ni suministrarla. Por el contrario, la fabricación y distribución de leche artificial, biberones y todos los utensilios perjudica al medio ambiente. Además, la menor incidencia de enfermedades en los infantes amamantados proporciona un ahorro en medicamentos y menor utilidad de los servicios básicos de salud. Así como a las instituciones de salud, al país y al mundo.²³

Se estima que en México el costo anual de prácticas inadecuadas de la lactancia materna es entre \$11,100 y \$36,200 millones por año, donde un porcentaje considerable de este gasto se atribuye a la compra de fórmulas lácteas (11 a 38%). Dado que la LME menor a 6 meses ha descendido mucho más en la población de escasos recursos (medio rural y zona sur del país) estos gastos recaen cada vez más en las familias más vulnerables.¹² Asimismo, se reporta que entre 1.1 y 3.8 millones de casos anuales se debe a enfermedades respiratorias agudas superiores e inferiores, otitis media y enfermedades gastrointestinales, y entre 933 y 5 796 muertes en niños menores de 1 año se atribuyen a las prácticas de LM inadecuadas. Esta enorme carga representa el 27% de la carga anual total de dichas enfermedades, y aunque significan una altísima carga por enfermedad y muerte en México, tales cifras son una cuenta incompleta. En estos cálculos no están considerados los costos de enfermedades no registradas por el sistema de vigilancia epidemiológica en México, ni los gastos por enfermedades crónicas para las cuales la lactancia materna protege al niño. Tampoco están costeados los ahorros debidos a los efectos benéficos de la lactancia materna en la salud materna contra el cáncer de mama, de ovario, diabetes tipo 2 o depresión posparto.⁵⁶

2. Epidemiología de las prácticas de lactancia materna en México

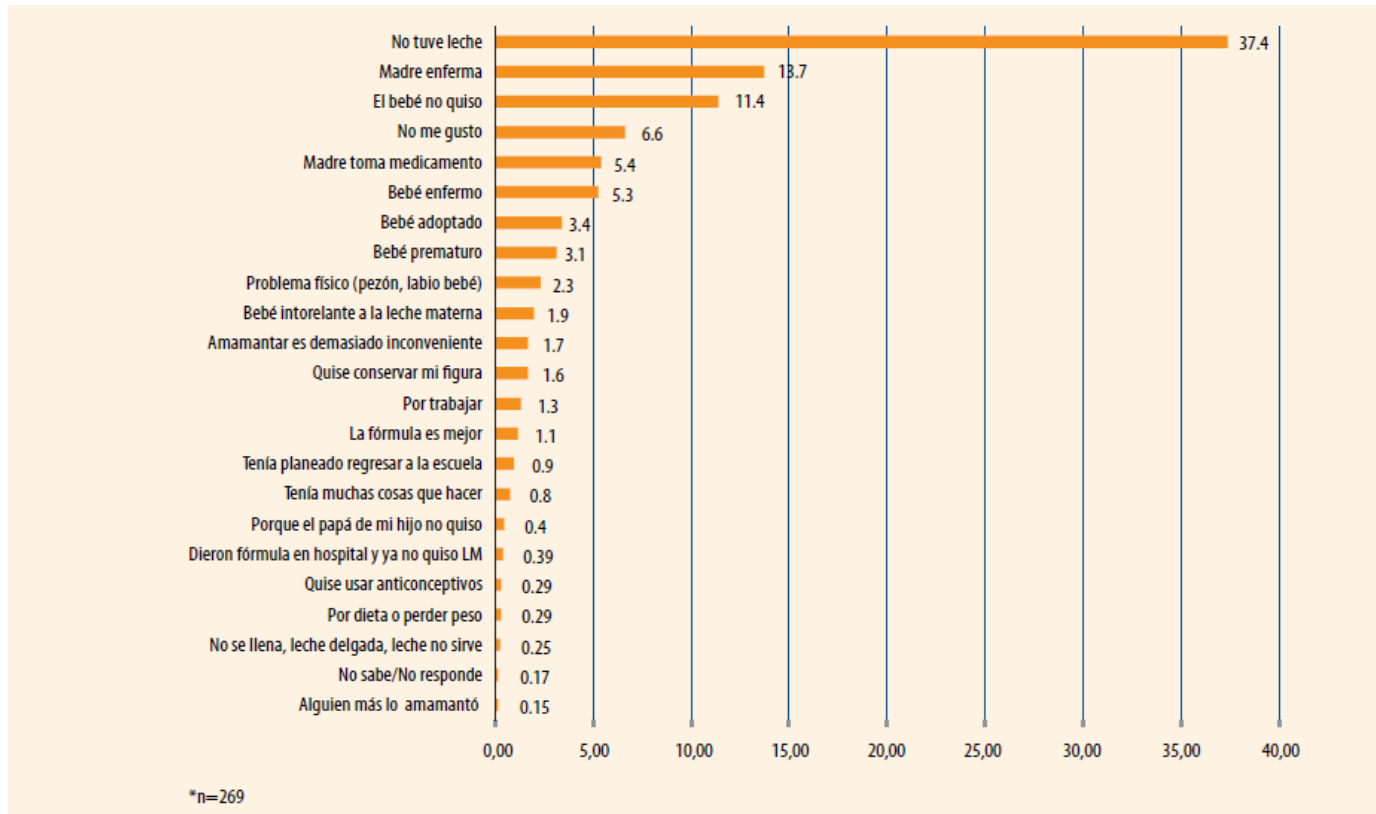
En México se identificó un deterioro en la práctica de lactancia materna durante el período de 2006 al 2012. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2012, la lactancia materna exclusiva disminuyó de 22.3% a 14.4%. Sólo el 38.3% de los bebés fueron expuestos al seno materno en su primera hora de vida, el 93.7% los han amamantado alguna vez, para la lactancia materna continua al año y a los dos años fue de 33.5% y 14.1% respectivamente, y la mediana de la duración de la práctica de lactancia materna fue de 10.2 meses. (Figura 1)⁵⁷

Figura 1. Prácticas de Lactancia materna e Indicadores de alimentación infantil en México, ENN 1999, ENSANUT 2006 Y ENSANUT 2012.



Dentro de las razones por las cuales no se llevó a cabo la lactancia materna de manera exitosa se encuentran los siguientes:

Figura 3. Motivos para nunca amamantar. Mujeres de 12 a 49 años madres de niños menores de 24 meses. México ENSANUT 2012.



La mayor parte de las mujeres afirmaron no haber tenido leche para amamantar a su hijo, esto se atribuye al desconocimiento o poco apoyo antes y alrededor del parto, para iniciar y establecer la lactancia.

En el estado de Guanajuato, de acuerdo con los resultados de la ENSANUT 2012, el 49.3% de los recién nacidos tuvieron un inicio temprano de la lactancia materna (durante la primera hora de vida) y el 95.9% alguna vez fueron amamantados.⁵⁸

De acuerdo con la presentación de resultados preliminares nacionales de la ENSANUT 2018, las prácticas de lactancia materna mejoraron en estos seis años. El 47.7% de los recién nacidos fueron expuestos al seno materno durante su primera hora de vida. El 95.6% fueron amamantados alguna vez y el 28.6%

recibieron lactancia materna de manera exclusiva. En cuanto a la lactancia materna continua al año y a los dos años fue de 46.9% y 29% respectivamente.⁵⁹

2.1 Determinantes para la práctica de lactancia materna

La lactancia materna es un acto natural, sin embargo, también se considera como una conducta que las madres tiene que aprender y practicar.⁶⁰

Los determinantes pueden impactar de forma positiva o negativa en la práctica de amamantamiento, esto, puede ser promoviendo la lactancia materna o disminuyendo su práctica.⁶¹

Las características sociodemográficas influyen en la práctica de la lactancia materna exclusiva, la edad, el estado civil, el nivel socioeconómico, la escolaridad, situación laboral de la madre, son aspectos importantes que están relacionados con el tiempo de lactancia materna exclusiva.⁶²

También se debe considerar el estilo de vida y las costumbres, el apoyo familiar que reciben las madres las impulsa y les genera confianza y sensación de autoeficacia. En muchos casos este tipo de apoyo es más importante que el que pueda dar el personal de salud.⁶³

Por su parte, el tipo de apoyo del personal de salud para iniciar la lactancia inmediatamente y recibir la información oportuna y adecuada influye tanto en la iniciación como en la duración de la lactancia. Por ello, es fundamental que los profesionales de la salud proporcionen a las madres información basada en la evidencia, para que ellas posean los conocimientos adecuados sobre lactancia materna.⁶⁴

De Jager y cols. identificaron un conjunto de determinantes psicosociales de la LME, entre los que mejor explican el inicio y la duración de ésta, se encuentran: la autoeficacia, la intención para lactar, la influencia y presión social, el conocimiento de los beneficios que aporta la LM en la salud del binomio madre-hijo, las actitudes hacia la LM y la percepción de apoyo social, especialmente de familiares, amigos y profesionales de la salud.⁶⁵

2.1.1 Conocimientos sobre lactancia materna

El conocimiento surge a través de la información que se nos proporciona, y se adquiere mediante la experiencia, también se le puede definir como la sumatoria de saberes que poseen sobre un aspecto de la realidad obtenida a través de un proceso de aprendizaje.⁶⁶

Los conocimientos sobre lactancia materna influyen de forma favorable en la actitud de la madre ante la lactancia materna prolongada.⁶⁷ Por ello es importante que la información sobre lactancia materna se proporcione a las mujeres en la etapa prenatal y durante el puerperio. El personal médico debería ser el responsable de que esta información se difunda y se le ofrezca a las embarazadas, basándose en evidencia científica actualizada.⁶⁸

Está demostrado que un alto nivel de conocimientos en diferentes temas de salud, como lo es la lactancia materna está asociado con el grado de escolaridad de la persona, pues refieren una mayor comprensión sobre el tema, mientras que personas con un bajo nivel de escolaridad tienen más dificultad de aprendizaje.⁶⁹

2.1.2 Actitudes de la madre hacia la alimentación infantil

Las actitudes se pueden definir como la disposición de responder de una manera favorable o desfavorable hacia un objeto, persona, institución o evento, se caracterizan por ser de naturaleza evaluativa.⁶⁸

Las actitudes influyen en la motivación conductual, en la percepción y los pensamientos, además son aprendidas, perdurables y tienen un componente de evaluación de agrado o desagrado.⁶⁸

Las actitudes son aquellas evaluaciones que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas. Estas se pueden describir como el grado positivo, neutro o negativo y generalmente se componen de tres elementos: afectivo (sentimientos y emociones), cognitivo (pensamientos y creencias) y conductual (disposiciones y comportamientos). Éstas son importantes para adquirir nuevos conocimientos, también influyen sobre la manera de pensar y actuar de las personas.⁷⁰

La actitud hacia la lactancia materna ha sufrido un gran cambio desde que aparecieron las primeras leches artificiales. Además, un elemento determinante para la duración de la lactancia materna es la actitud que posea la madre hacia ella.⁷¹

2.1.3 Intención de lactar

La intención es el grado en el cual las personas tienen planes consistentes de realizar o no una conducta. Se considera como una representación cognitiva e indica el esfuerzo que los individuos planean ejercer en una conducta. La intención solamente puede predecir el comportamiento si la conducta está bajo el control, es decir, si el individuo puede decidir a voluntad realizar o no la conducta, cuanto más fuerte sea la intención de realizar una conducta específica, habrá mayor probabilidad de realizarla.⁶⁸

Se han utilizado varios enfoques para evaluar la intención de amamantar. En diversas investigaciones se pretendió evaluar esta intención preguntando a las madres sobre cómo pensabas alimentar a su bebé, evaluándose en una escala tipo Likert, donde los extremos fueron “definitivamente amamantaré a mi bebé” y “definitivamente alimentaré a mi bebé con leche artificial”. También se ha utilizado para definir la intención de amamantar con dicotomías como “planear amamantar” versus “no planear amamantar”.^{72,73,74} Estos enfoques son de uso limitado, ya que sólo miden la fuerza de la intención de iniciar la práctica de amamantamiento y no tienen en cuenta la duración o exclusividad de la lactancia materna.

La mayoría de los predictores sobre el comportamiento de la lactancia materna no son modificables.⁷⁵ Uno de los predictores más fuertes potencialmente modificables del comportamiento de la lactancia materna es la intención de amamantar.⁷⁶ La intención de amamantar también es una variable importante para controlar cuando se examina el efecto de otras variables independientes, como el momento del inicio de la lactogénesis o la exposición al asesoramiento de pares, en el éxito de la lactancia materna.⁷⁷

2.1.4 Factores de riesgo o barreras que impiden la iniciación y mantenimiento de la lactancia materna.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) las barreras más documentadas hacia la LME son: la percepción de las madres de producción insuficiente de leche, falta de consejería por parte de los profesionales de la salud, la falta de espacios adecuados para extraer leche materna durante las jornadas laborales, y falta de confianza que tienen las madres sobre los beneficios de la lactancia materna.⁷⁸

Existen otros factores como la inexperiencia de la madre sobre la técnica adecuada de agarre del pezón y la falta de ayuda por parte del personal de salud. En general la falta de conocimientos sobre lactancia materna. En otros casos, las enfermedades que tienen las madres y el temor de contagiar a sus hijos o por los medicamentos que toman y que afecten al bebé. La vida laboral de la madre que le imposibilita estar al lado de su bebé para amamantarlo a libre demanda. Además, alteraciones como el desarrollo de mastitis, absceso del pecho, pezón con úlceras o fisuras, lo cual provoca dolor al intentar amamantar y disminuye el éxito de la práctica de lactancia.⁷⁹

Desafortunadamente, se ha reportado que en algunos servicios de salud por lo general no se proporciona la adecuada información sobre LME durante el embarazo ni en el posparto. Existe poco personal de la salud capacitado para dar consejería sobre lactancia materna, así como escasos materiales para apoyar la comunicación con las madres. En ocasiones, los mismos médicos proporcionan información errónea sobre las prácticas de lactancia materna e inclusive recomiendan la introducción de sucedáneos de leche materna como complementación.⁸⁰

ANTECEDENTES

En varias partes del mundo se han realizado estudios de investigación para evaluar el nivel de conocimiento de las madres acerca de la lactancia materna. Esto se ha realizado desde hace varias décadas, en todos los continentes. En América, el estudio de Calzado Mustelier y Rodríguez Rivero realizado en el año 2000 reporta que el conocimiento acerca de las ventajas de la LM está directamente relacionado con la escolaridad de la madre.⁸¹ De igual manera en Cuba, un año más tarde otro estudio cuyo objetivo fue determinar si los conocimientos de la madre respecto a la importancia de la lactancia están relacionados con el grado de escolaridad y ocupación, reporta que casi el 60% de las participantes practicó la lactancia hasta los cuatro primeros meses de vida y que el grupo con mayor abandono precoz en la lactancia fue el de madres menores de 20 años.⁸²

De igual manera, otros estudios realizados en América Latina encontraron que existen adecuados conocimientos. En madres de Colombia casi el 90% tuvieron un nivel global aceptable de conocimientos. Los autores de este estudio encontraron una relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre las conductas óptimas y el grado de instrucción de las madres.⁸³ De igual manera, en Colombia, Borre y González encontraron que el 85.6% de las embarazadas poseen conocimientos adecuados sobre LME. Sin embargo, poco más de la mitad no conoce la técnica adecuada de amamantamiento.⁸⁴

Resultados similares fueron reportados en un estudio realizado en El Salvador. En donde se registraron conocimientos correctos acerca del concepto de LME. Las madres conocen los beneficios de la LM para ellas mismas y para el bebé, y reconocen la importancia del calostro.⁸⁵

En Colombia, Zimmermann y cols. evaluaron el nivel de conocimiento sobre LM de las puérperas antes de su egreso hospitalario y observaron que la mayoría reporta un conocimiento regular y poco menos del 20% bueno. Esto autores, encontraron que la edad y la escolaridad están asociadas con los conocimientos.⁸⁶

Ulunque y cols. (2010) en Bolivia, reportaron que el 45% de las madres no conocen el tiempo en que debe realizarse la LM. Un porcentaje similar dan leche de vaca y/o leche artificial durante el tiempo exclusivo de lactancia, más de la mitad consumen bebidas alcohólicas durante el período de lactancia y el 30% sufrieron complicaciones clínicas en la glándula mamaria durante el período de lactancia. En esta población se observó que el conocimiento que tienen las madres es insuficiente e inadecuado.⁸⁷

Aznar y cols. reportaron que el porcentaje de madres que practican la LM en una población de Venezuela es alto, y esto se relaciona con la edad de las madres, procedencia y paridad. Sin embargo, la duración y la forma de amamantamiento no fue la esperada, debido a la falta de información sobre aspectos fundamentales de la alimentación natural.⁸⁸

Asimismo, en México, existen algunos estudios que evalúan tanto las prácticas como los conocimientos sobre lactancia materna. Uno de estos es el realizado por Gerónimo y cols. quienes, en Tabasco, en mujeres en período posparto de un hospital de tercer nivel, observaron que un cuarto de las mujeres tiene un nivel alto de conocimiento sobre lactancia materna y el resto un nivel medio o regular. Además, la mayoría reportó una actitud favorable y la gran mayoría practican la lactancia materna debido a que la perciben como una protección adecuada contra enfermedades. Llegaron a la conclusión de que hay una práctica apropiada de lactancia materna a pesar del nivel regular en conocimiento de las mujeres en período posparto, reportando un deseo favorable para amamantar a sus hijos.⁸⁹

En Perú, Delgado y Nombera evaluaron los conocimientos sobre la práctica de lactancia materna exclusiva en madres adolescentes, observaron que casi la mitad presentó un nivel medio de conocimientos y solo 10.5% nivel alto.⁹⁰

En países de medio oriente, Hamade y cols. (2014) realizaron un estudio en donde observaron que el nivel de conocimiento de amamantamiento fue deficiente, mientras que tuvieron actitudes relativamente positivas. Se identificaron lagunas de

conocimiento y percepciones negativas, particularmente relacionadas con la lactancia materna en público y entre madres trabajadoras. La intención de amamantar se asoció significativamente con el conocimiento y la actitud en Líbano y con el comportamiento percibido en Siria.⁹¹

Mientras tanto en países africanos, Oluwatosin y cols. en Nigeria observaron que el 43.1% de las embarazadas tuvieron buenos conocimientos sobre lactancia materna, el 90.6% tuvo la intención de lactar, pero sólo el 60% tuvo la intención de lactar de manera exclusiva.⁹² De manera similar, tres años más adelante, en otro estudio realizado en ese mismo país observaron que el 62.7% tenía la intención de amamantar exclusivamente durante 4 a 6 meses. En este estudio el nivel educativo y los conocimientos estuvieron asociados con la intención de practicar la lactancia materna exclusiva.⁹³ En Gambia, Senghore y cols. (2018) encontraron que la proporción de mujeres con suficiente conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y con la intención y práctica de LME fue de 60.2% y 38.6% respectivamente, mientras que solo el 34.4% recibió consejería sobre LME. Reportaron que un mayor ingreso económico, la actitud positiva y el adecuado soporte de la pareja está asociado con un mejor conocimiento sobre LME. Las madres de 26 a 34 años que tuvieron consejería de LME tuvieron mejor intención o la práctica de LME.⁹⁴

Alonso López y Gómez Martínez (2017), realizaron un estudio en el Hospital Mexiquense del Estado de México. Encontraron que 46% de las mujeres puérperas tenía un conocimiento medio sobre LM, 40% un conocimiento alto y 14% conocimiento bajo. Además, reportaron que el 55% si inicio la lactancia materna media hora después del parto.⁹⁵ En ese mismo año, en Tixtla Guerrero observaron que el 36% de las embarazadas presentaron un conocimiento bueno sobre LM, el 62% conocimiento regular y sólo un 2% de la población se encontró dentro del conocimiento deficiente.⁹⁶

Por otro lado, en Europa, Zielinska y cols. realizaron un estudio en Polonia sobre la evaluación del conocimiento de la LM en un grupo de madres con bebés menos de

7 meses y su relación con la lactancia materna exclusiva. El 57% de las mujeres amamantaban de manera exclusiva a sus bebés. Se observó asociación entre los conocimientos y la lactancia materna exclusiva.⁹⁷

Resultados similares fueron reportados por Suárez y cols. (2019) en Galicia España. Encontraron que casi la totalidad de las embarazadas deseaba alimentar a su bebé con lactancia materna exclusiva, sin embargo, sólo el 28.2% lo realizó hasta los 6 meses. El nivel de conocimientos sobre LM fue regular y se observó que influyó tanto en la intención como en el tipo de alimentación del recién nacido.⁹⁸

También han sido evaluados estos aspectos en madres puérperas como los reporta el estudio realizado por Yllescas quién encontró que el 91% de las madres se separan del cuidado de su hijo por el retorno a sus actividades laborales. El 71% de las madres se beneficiaron con la hora de lactancia materna. Además, el 96% de las madres que afirmaron que ofrecieron lactancia materna a sus hijos tenían adecuado conocimiento.⁹⁹ Por el contrario, García Carrión reportó que más de la mitad de las madres tenían un conocimiento bajo sobre la LME.¹⁰⁰

CAPÍTULO 2

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La nutrición adecuada es la base fundamental para el mantenimiento de la salud general incluida la bucal. Una buena alimentación desde el inicio de la vida determina el futuro de la salud y el desarrollo de un individuo. La lactancia materna se constituye como el pilar de una adecuada nutrición teniendo varios beneficios en la salud de la población, tanto física como emocional. En específico la lactancia materna tiene diversos beneficios directos en la salud bucal, mismos que son poco conocidos o identificados por la población en general.¹⁰¹

A pesar de los múltiples beneficios de la lactancia materna, la frecuencia de esta práctica ha disminuido mundialmente. En México, la evidencia indica que ha habido un deterioro alarmante en las prácticas de lactancia materna, con las tasas de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses más bajas del Continente Americano.¹⁰²

La intención de lactar depende de diversas variables como la edad, estado civil, ocupación y los conocimientos sobre los beneficios de esta práctica, sin embargo, no ha sido estudiada la relación existente entre los conocimientos sobre los beneficios que tiene la lactancia materna sobre la salud bucal con la intención de lactar y la práctica de amamantamiento.

Derivado de lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los conocimientos respecto a los beneficios de la lactancia materna en la salud de la madre y del recién nacido y su asociación con la intención de lactar y la práctica de amamantamiento en las embarazadas asistentes al CAISES León durante el período de enero-agosto del 2019?

JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con lo reportado por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del año 2012, la práctica de lactancia materna exclusiva en México se encuentra muy por debajo de las recomendaciones de la OMS, observándose un porcentaje muy bajo de infantes de seis meses que reciben lactancia materna exclusiva, teniendo sólo un 14.4%. La mediana de la duración de la lactancia materna es de sólo 10.2 meses. Es notorio el cambio drástico entre el año 2006 y 2012, con un deterioro en la práctica de lactancia materna exclusiva, la disminución en el ámbito nacional fue de casi 8 puntos porcentuales al pasar de 22.3 a 14.4%. En el estado de Guanajuato se reportó que sólo el 49.3% de los recién nacidos tuvieron un inicio temprano de lactancia materna (durante la primera hora de vida), el 95.5% de los infantes fueron alguna vez amamantados y sólo el 28% tuvieron una lactancia materna exclusiva.¹⁰³

Los conocimientos deficientes respecto a los beneficios de esta práctica podrían estar relacionados con las prácticas de lactancia y con ello el correcto desarrollo orofacial. Al evaluar los conocimientos sobre los beneficios de la lactancia sobre la salud, incluida la bucal, con la intención de lactar y la práctica, permitirá identificar si existe asociación entre estos. Es importante evaluar estos conocimientos para poder actuar durante ese período identificando los conceptos erróneos que poseen las embarazadas y en cuales requieren un refuerzo de los conocimientos de la LM. Este periodo de la mujer es un momento de gran sensibilidad dado que presentan una motivación especial hacia el aprendizaje sobre el cuidado de su propia salud y la de su futuro bebé.

Así mismo, identificar las prácticas de lactancia materna favorecerá a crear estrategias para impulsar la práctica del amamantamiento.

OBJETIVOS

General:

- Identificar la asociación entre los conocimientos respecto a los beneficios de la lactancia materna en la salud de la madre y del recién nacido con la intención de lactar y la práctica de amamantamiento en embarazadas asistentes al CAISES León durante el período de enero-agosto del 2019

Específicos:

- Identificar los conocimientos generales sobre lactancia materna de las embarazadas que asistieron al CAISES León en el período de enero-agosto del 2019.
- Identificar los conocimientos sobre los beneficios que ofrece la lactancia materna a la salud general de la madre y del bebé de las embarazadas que asistieron al CAISES León en el período de enero-agosto del 2019.
- Identificar los conocimientos sobre los beneficios que ofrece la lactancia materna a la salud bucal del bebé de las embarazadas que asistieron al CAISES León en el período de enero-agosto del 2019.
- Identificar la intención de lactar al recién nacido de las embarazadas que asistieron al CAISES León en el período de enero-agosto del 2019.
- Identificar la prevalencia de la práctica de lactancia materna a los 6 meses de las embarazadas que asistieron al CAISES León en el período de enero-agosto del 2019.
- Identificar la asociación que existe entre la intención de lactar y la práctica de amamantamiento de las embarazadas que asistieron al CAISES León en el período de enero-agosto del 2019.

HIPÓTESIS

- Existe asociación entre el nivel de conocimiento respecto a los beneficios de la lactancia materna en la salud del recién nacido y de la madre con la intención de lactar y la práctica de amamantamiento en las embarazadas asistentes al CAISES León durante el período de enero-agosto del 2019.
- H1: Las embarazadas que tengan un mayor conocimiento sobre lactancia materna tendrán una mayor intención de lactar que aquellas que tienen menor conocimiento sobre la lactancia materna.
- H2: Las embarazadas que tengan una actitud positiva hacia la lactancia materna tendrán una mayor intención de lactar que aquellas que tienen actitud neutra o negativa hacia la lactancia materna.
- H3: Las embarazadas que tengan una mayor intención de lactar a su hijo practicarán en mayor proporción el amamantamiento exclusivo que aquellas que tienen menor intención de lactar.

Hipótesis nula:

- No existe asociación entre el nivel de conocimiento respecto a los beneficios de la lactancia materna en la salud del recién nacido y de la madre con la intención de lactar y la práctica de amamantamiento en las embarazadas asistentes al CAISES León durante el período de enero-agosto del 2019.
- H1: Las embarazadas que tengan un mayor conocimiento sobre lactancia materna tendrán igual o menor intención de lactar que aquellas que tienen menor conocimiento sobre la lactancia materna.
- H2: Las embarazadas que tengan una actitud positiva hacia la lactancia materna tendrán igual o menor intención de lactar que aquellas que tienen actitud neutra o negativa hacia la lactancia materna.
- H3: Las embarazadas que tengan una mayor intención de lactar a su hijo practicarán el amamantamiento exclusivo igual o en menor proporción que aquellas que tienen menor intención de lactar.

CAPÍTULO 3

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio:

Estudio longitudinal prospectivo

Población de estudio:

182 embarazadas que asistieron al Centro de Atención Integral y Servicios Esenciales en Salud (CAISES) del municipio de León, Guanajuato durante el período de enero-agosto del 2019.

Tamaño de muestra:

Calculado a través de la fórmula de Fleiss¹⁰⁴ para identificar diferencia de proporciones.

160 embarazadas con el 30% de corrección de no respuesta.

$$n = \frac{\left[z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{2\bar{P}} (1 - \bar{P}) + z_{1-\beta} \sqrt{P_E (1 - P_E + P_C (1 - P_C))} \right]^2}{(P_E - P_C)^2}$$

Porcentaje de confianza= 95%

Significancia, Error tipo I (α)= 0.05

Z_{1- α} = 1.96

Potencia o poder (1- β) = 0.8

Error tipo II (β)= 0.2

Z_{1-Beta}= 0.8416

Diferencia= -0.25

Criterios de selección:

Inclusión

- Embarazadas con edad entre 15 y 40 años que se encuentren en el último trimestre de gestación.
- Primigestas y multigestas.
- Embarazadas que acepten participar de manera voluntaria en el estudio y que firmen el consentimiento informado.
- Asentimiento verbal de las embarazadas menores de edad para participar en el estudio con la firma de su tutor correspondiente.
- Embarazadas que no tengan planeado cambio de residencia en los próximos 12 meses.

Exclusión

- Embarazadas con alteraciones físicas o mentales que les impida responder al cuestionario.
- Mujeres con problemas físicos o enfermedades que impida la práctica de lactancia materna.

Eliminación

- Embarazadas que no puedan ser contactadas en la segunda evaluación del proyecto.
- Cuestionarios que tengan datos incompletos.
- Mujeres que sufran aborto o muerte posnatal durante el período de seguimiento.
- Mujeres cuyo bebé padezca alguna malformación congénita que impida la lactancia materna
- Mujeres que por alguna razón no permanezcan con el bebé.

VARIABLES:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional y escala de medición	Tipo de variable
Edad de la madre	Número de años transcurridos desde el nacimiento.	Se entenderá como el número de años vividos desde el momento de nacer a la fecha de aplicación del cuestionario. Evaluado a través de la pregunta: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuántos años tiene? 	Cuantitativa discreta
Escolaridad de la madre	Conjunto de cursos aprobados en algún tipo de establecimiento educacional.	Último nivel de estudios que cursó reportado por la participante. Evaluado a través de la pregunta: ¿Cuál es su máximo nivel de estudios? <ul style="list-style-type: none"> • Sin estudios • Primaria • Secundaria • Bachillerato • Universidad 	Cualitativa ordinal
Estado civil de la madre	Situación de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal al respecto a ello.	Evaluado a través de la pregunta: ¿Cuál es su estado civil? <ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Divorciada • Unión Libre 	Cualitativa nominal
Ocupación de la madre	Actividad actual remunerada o no que ejerce la madre diariamente.	Evaluado a través de la pregunta: ¿Cuál es su ocupación? <ul style="list-style-type: none"> • Obrera • Técnica • Profesionista • Estudiante • Ama de casa • Otra 	Cualitativa nominal
Ingreso económico mensual familiar	Cantidad de dinero que recibe una persona durante un mes.	Evaluado a través de la pregunta: ¿Cuál es su salario mensual familiar? <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 2,500 • Entre \$2,500 y \$4,000 • Entre \$4,000 y \$6,000 	Cuantitativa discreta

		<ul style="list-style-type: none"> Más de \$6,000 	
Nivel socioeconómico	Nivel de bienestar que tiene un hogar y que todos sus miembros comparten, y que permite determinar qué tan cubiertas están las necesidades de espacio, sanidad, practicidad, entretenimiento, comunicación y planeación y futuro en un hogar.	<p>Evaluado a través del Índice de Niveles Socioeconómicos de la AMAI (Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión). Que consta de 6 ítems y se clasifican de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> A/B: de 205 o más puntos C+: 166 a 204 puntos C: 136 a 165 puntos C-: 112 a 135 puntos D+: 90 a 111 puntos D: 48 a 89 puntos <p>E: 0 a 47 puntos</p>	Cuantitativa discreta
Embarazo deseado y planificado	Aquel embarazo que haya sido planificado y deseado con meses de anticipación con la conciencia de no utilizar métodos anticonceptivos y el consentimiento de ambos padres.	<p>Evaluado a través de las preguntas</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Su embarazo fue planificado? ¿Su embarazo fue deseado? <p>Con opciones de respuesta dicotómica Sí y No.</p>	Cualitativa nominal
Orientación de Lactancia Materna	Educación recibida sobre las generalidades de la lactancia materna.	<p>Evaluado a través de las preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Ha recibido información acerca de lactancia materna? ¿De quién ha recibido dicha información? ¿Cuándo recibió la información acerca de lactancia materna? 	Cualitativa nominal
Número de hijos	Número de hijos previos al reciente embarazo.	<p>Evaluado a través de las preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Tiene hijos? ¿Cuántos? 	Cuantitativa discreta

<p>Práctica previa de Lactancia Materna</p>	<p>Experiencia con la práctica de amamantamiento.</p>	<p>Evaluado a través de las preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿A su último hijo lo amamantó? • ¿Cuánto tiempo en TOTAL dio leche materna al bebé? • ¿Cuánto tiempo dio leche materna al bebé de manera exclusiva? • ¿Por qué decidió dar al bebé otros alimentos además de la leche materna? 	<p>Cualitativa nominal y cuantitativa discreta</p>
<p>Conocimientos generales sobre lactancia materna</p>	<p>Conceptos que la embarazada tiene mediante la experiencia o el aprendizaje acerca de la lactancia materna.</p>	<p>Grado de conocimientos de las embarazadas sobre la alimentación del lactante.</p> <p>Consta de 6 preguntas Puntuaciones de 0 a 6</p> <p>Categorías de los conocimientos: Bajo: 0 a 3 Medio: 4 a 5 Alto: 6</p>	<p>Cuantitativa discreta y cualitativa categórica.</p>
<p>Conocimientos sobre los beneficios de la Lactancia Materna en la salud general de la madre</p>	<p>Conocimientos que la embarazada tiene sobre los efectos positivos de la lactancia materna sobre su salud.</p>	<p>Grado de conocimientos de las embarazadas sobre los beneficios de la lactancia materna.</p> <p>Consta de 5 preguntas.</p> <p>Evaluación con grado de respuesta tipo Likert. 0=Totalmente en desacuerdo, 4=Totalmente de acuerdo.</p> <p>Puntuaciones de 0 a 20</p> <p>Categorías de los conocimientos: Bajo: 0 a 11 Medio: 12 a 16 Alto: 17 a 20</p>	<p>Cuantitativa discreta y cualitativa categórica.</p>
<p>Conocimientos sobre los beneficios de la</p>	<p>Conocimientos que la embarazada tiene sobre los efectos</p>	<p>Grado de conocimientos de las embarazadas sobre los beneficios de la lactancia materna.</p>	<p>Cuantitativa discreta y</p>

<p>Lactancia Materna en la salud general del recién nacido</p>	<p>positivos de la lactancia materna sobre la salud del recién nacido.</p>	<p>Consta de 13 preguntas</p> <p>Evaluación con grado de respuesta tipo Likert. 0=Totalmente en desacuerdo, 4=Totalmente de acuerdo.</p> <p>Puntuaciones de 0 a 52</p> <p>Categorías de los conocimientos: Bajo: 0 a 35 Medio: 36 a 43 Alto: 44 a 52</p>	<p>cualitativa categórica.</p>
<p>Conocimientos sobre los beneficios de la Lactancia Materna en la salud bucal del recién nacido</p>	<p>Conocimientos que la embarazada tiene sobre los efectos positivos de la lactancia materna sobre la salud bucal del recién nacido.</p>	<p>Grado de conocimientos de las embarazadas sobre los beneficios de la lactancia materna en la salud bucal del recién nacido.</p> <p>Consta de 5 preguntas. Puntuaciones de 0 a 20</p> <p>Evaluación con grado de respuesta tipo Likert. 0=Totalmente en desacuerdo, 4=Totalmente de acuerdo.</p> <p>Categorías de los conocimientos: Bajo: 0 a 13 Medio: 14 a 18 Alto: 19 a 20</p>	<p>Cuantitativa discreta y cualitativa categórica.</p>
<p>Actitud de la madre hacia la alimentación infantil</p>	<p>Actitud y percepción que la embarazada tiene sobre la lactancia materna.</p>	<p>Grado de actitud y percepción de las embarazadas hacia la lactancia materna.</p> <p>Consta de 17 ítems</p> <p>Evaluación con grado de respuesta tipo Likert. 1=Totalmente en desacuerdo, 5=Totalmente de acuerdo.</p> <p>Puntuaciones de 17 a 85</p> <p>Categorías de la actitud: Positivos a Lactancia Artificial: 17-48</p>	<p>Cualitativa categórica</p>

		Actitud neutral: 49-69 Positivas a Lactancia Materna: 70-85	
Intención de lactar a su futuro hijo	Intención de la embarazada de alimentar a su futuro hijo con leche materna.	Se entenderá como el deseo de la embarazada de practicar la lactancia materna. Consta de 5 preguntas Evaluación con graduación de respuesta tipo Likert. 0=Totalmente en desacuerdo 4=Totalmente de acuerdo Puntuaciones de 0 a 16 Categorías de la intención: <ul style="list-style-type: none"> • Muy bajo: 0-3.5 • Bajo: 4.0-7.5 • Moderado: 8.0-11.5 • Fuerte: 12.0-15.5 • Muy fuerte: 16.0 	Cualitativa categórica
Práctica actual de Lactancia Materna	Habilidad o experiencia que se adquiere mediante la ejecución de una actividad, es decir cuando las madres brindan lactancia materna a sus hijos, adquieren la experiencia, a través de la práctica, facilita la alimentación al niño y evita alimentación artificial.	Son todas aquellas prácticas que las madres realizan durante el tiempo que brindan lactancia materna. Evaluado a través de 14 preguntas, seis meses después del parto.	Cualitativa nominal

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de datos se elaboró el formato de consentimiento informado (ANEXO 1) y se solicitó la aprobación por parte del Comité de Ética en Investigación de la ENES León. (ANEXO 2)

Asimismo, se solicitó un permiso a la Jurisdicción Sanitaria VII del estado de Guanajuato para poder aplicar los cuestionarios a las embarazadas asistentes del CAISES León, el cual se autorizó. (ANEXO 3)

Dado que no existían preguntas previamente diseñadas para la evaluación de los beneficios de la lactancia materna en la salud bucal del infante, se crearon, validaron y obtuvieron 5 preguntas con tal fin, constando con una evaluación de respuesta tipo Likert de 0 a 4, donde 0 =totalmente desacuerdo y 4=totalmente de acuerdo.

Como primer punto se realizó la revisión de la literatura para la creación de las preguntas sobre los conocimientos respecto a los beneficios que tiene la lactancia materna en la salud bucal de los infantes. Se redactaron en 5 ítems, con una de respuesta tipo Likert-5, donde 0 es igual a “totalmente en desacuerdo y 4 es igual a “totalmente de acuerdo”. La sumatoria de las puntuaciones finales va de 0 a 20. Los ítems fueron:

- La lactancia materna ayudará a estimular y fortalecer los músculos de la masticación de su hijo.
- La lactancia materna ayudará a estimular el crecimiento de los huesos de la boca (como el maxilar y la mandíbula de su hijo).
- La lactancia materna ayudará a que su hijo tenga un correcto patrón de respiración nasal.
- La lactancia materna puede disminuir el riesgo de presentar hábitos bucal incorrectos (ej. Chuparse el dedo).
- La lactancia materna facilitará la erupción y alineación de los dientes de su hijo.

Posteriormente se realizó la prueba Lawshe modificada contando con 7 expertos en Lactancia Materna (2 enfermeras, 1 nutrióloga, 1 salubrista, 3 odontopediatras). Se realizó la prueba piloto en las embarazadas que asisten al CAISES León, realizando previamente la invitación a las mismas. Lo anterior con la finalidad de evaluar el cuestionario como la claridad de la redacción tanto de las preguntas, las opciones de respuestas y el formato del cuestionario. Para ello se solicitó a 50 embarazadas contestar el cuestionario, pidiéndoles que expresaran si alguna pregunta, palabra o frase les resultaba confusa o no sabían su significado, también se les solicitó que escribieran algún sinónimo o modismo con el cual se les facilitará la comprensión de la pregunta.

Se les pidió que comentaran si creían que alguna pregunta o término era redundante o si consideraban que hacía falta integrar preguntas al cuestionario. Además, indicaron si las instrucciones del cuestionario eran claras y si tanto el diseño como el formato eran adecuados. En cada cuestionario se contabilizó el tiempo de respuesta.



Fuente: Directa

Conforme a los resultados de la prueba piloto se realizó la adecuación requerida, cambiando algunas palabras que no fueron entendidas por parte de las embarazadas, por ejemplo: “embarazo planificado”, “información acerca de

lactancia materna”, “sobrealimentado”, “muerte prematura”, “leche artificial”, y posteriormente se obtuvo la versión final del cuestionario de auto aplicación.

Una vez realizados los cambios sugeridos, un mes después de haber aplicado el cuestionario, se reaplicó en las 50 embarazadas participantes en el estudio. Esto con la finalidad de evaluar la confiabilidad.



Fuente: Directa

Para la validación del cuestionario de conocimientos respecto a los beneficios de la lactancia materna en la salud bucal del infante, se realizó el análisis de confiabilidad considerando dos etapas, en primer lugar, se estimó la consistencia interna del cuestionario a través del coeficiente Alpha de Cronbach (α -Cronbach) obteniendo un valor de 0.88. En segundo lugar, se realizó la prueba de test-retest para determinar la repetibilidad del cuestionario a través del Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) obteniendo un valor de 0.82. Asimismo, se llevó a cabo la prueba del valor índice de Kappa para la concordancia entre ítems, obteniendo los siguientes valores. (Tabla 1)

Tabla 1. Prueba del valor índice Kappa

Ítem	Kappa
1. La lactancia materna ayudará a estimular el crecimiento de los huesos de la boca (como el maxilar y la mandíbula de su hijo).	0.824
2. La lactancia materna ayudará a estimular y fortalecer los músculos de la masticación de su hijo.	0.934
3. La lactancia materna ayudará a que su hijo tenga un correcto patrón de respiración nasal.	0.812
4. La lactancia materna puede disminuir el riesgo de presentar hábitos bucales incorrectos (ej. Chuparse el dedo) en su hijo.	0.832
5. La lactancia materna facilitará la erupción y alineación de los dientes de su hijo.	0.823

Fuente: Directa

Se diseñó el formato de recolección de datos, donde se emplearon diversos cuestionarios. El primero de ellos fue creado con base en el cuestionario sobre conocimientos generales de lactancia materna y sus beneficios en la salud del binomio madre-hijo¹⁰⁵, el cual consta de 24 preguntas, con respuestas tipo Likert, divididas en tres secciones:

- A) Conocimientos generales de lactancia materna de 6 preguntas y sus puntuaciones van de 0 a 6.
- B) Conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna en la salud del infante compuesto por 13 preguntas, y con puntuación de 0 a 52.
- C) Conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna en la salud de la madre que incluye 5 preguntas y su puntuación va de 0 a 20.

El segundo cuestionario empleado para evaluar la actitud hacia la lactancia fue la adaptación validada de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale en población mexicana¹⁰⁶, con 17 ítems, con respuestas tipo Likert de 1 a 5, siendo: 1= totalmente

en desacuerdo y 5= totalmente de acuerdo, con puntuaciones de 17 a 85 y categorizándolo en: Positivo a Lactancia Artificial (17 a 48); Actitud Neutral (49 a 69); Positivo a Lactancia Materna (70 a 85).

También fue empleado el cuestionario Intención de Lactar¹⁰⁷, el cual consta de 5 preguntas, con una evaluación de respuesta tipo Likert de 0 a 4, donde 0= totalmente en desacuerdo y 4= totalmente de acuerdo, con puntuaciones de 0 a 16 y se obtienen categorías según el puntaje: Muy bajo (0 a 3.5); Bajo (4.0 a 7.5); Moderado (8.0 a 11.5); Fuerte (12.0 a 15.5) y muy fuerte(16).

Aunado a los cuestionarios anteriormente mencionados se agregó una sección para la recopilación de información sociodemográfica como edad, estado civil, escolaridad, ocupación, ingresos económicos y el nivel socioeconómico AMAI. (ANEXO 4)

Para la recolección de datos, se invitó a las embarazadas que acudieron al club de embarazo del CAISES León a participar en el estudio, explicando el objetivo, proceso y duración de la investigación, asimismo, se informó que la participación era de carácter voluntario. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito. La investigación se realizó durante el período comprendido de enero a agosto del 2019.



Fuente: Directa



Fuente: Directa

Se les pidió a las embarazadas que respondieran el cuestionario para recopilar la información, asimismo, se les indicó que si tenían alguna duda podían preguntar para resolverse las, recordándoles que en caso de que no quisieran contestar alguna pregunta estaban en su total derecho de hacerlo.



Fuente: Directa

Se reclasificaron las puntuaciones de los conocimientos de lactancia materna para obtener categorías de alto, medio y bajo nivel de conocimientos, divididos por percentiles, extremos de 25% y en el centro de 50%, de acuerdo con la distribución de las respuestas de las madres. Para la sección de conocimientos generales de LM se consideró el nivel bajo de 0 a 3, 4 y 5 para el nivel medio y 6 para el nivel alto. En cuanto a los conocimientos sobre los beneficios de la LM en la salud del bebé de 0 a 35 se consideró el nivel bajo, de 36 a 43 nivel medio y de 44 a 52 nivel alto. Los conocimientos sobre los beneficios de la LM en la salud de la madre, para el nivel bajo la puntuación fue de 0 a 11, de 12 a 16 nivel medio y de 17 a 20 nivel alto. Finalmente, para los conocimientos sobre los beneficios de la LM en la salud bucal del bebé, el nivel alto se consideraron las puntuaciones de 0 a 13 para el nivel bajo, de 14 a 18 nivel medio y el nivel alto de 19 a 20.

Finalmente, seis meses después del parto de las participantes, se les contactó mediante una llamada telefónica y se les aplicó el cuestionario sobre las prácticas de amamantamiento que realizaron, basándonos en el cuestionario de la ENSANUT 2012, el cual consta de 15 preguntas. (ANEXO 5)

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron capturados y posteriormente analizados a través del programa SPSS v22.

Para el análisis se calcularon medidas descriptivas como la frecuencia y porcentajes en las variables cualitativas: escolaridad, estado civil, ocupación, ingreso económico familiar, embarazo deseado y planificado, orientación de LM, práctica previa de LM, conocimientos generales de lactancia materna, conocimientos sobre los beneficios de la LM en la salud de la madre, conocimientos sobre los beneficios de la LM en la salud del bebé, conocimientos sobre los beneficios de la LM en la salud bucal del bebé, actitud de la madre hacia la alimentación infantil, intención de lactar al bebé y la práctica actual de LME. Asimismo, se calcularon medias, medianas, desviación estándar para las variables cuantitativas como la edad, número de hijos y tiempo de amamantamiento.

Se realizó el análisis bivariado con la prueba de Chi cuadrado, en donde las variables independientes fueron escolaridad, estado civil, ocupación, ingreso económico familiar, embarazo deseado y planificado, orientación de LM, práctica previa de LM, conocimientos generales de lactancia materna, conocimientos sobre los beneficios de la LM en la salud de la madre, conocimientos sobre los beneficios de la LM en la salud del bebé, conocimientos sobre los beneficios de la LM en la salud bucal del bebé, actitud de la madre hacia la alimentación infantil, y las dependientes la intención de lactar al bebé y la práctica actual de LME.

Posteriormente se analizaron los datos a través de dos modelos de regresión logística. El primero enfocado a identificar los factores asociados a la intención de lactar. Se incluyó como variable dependiente la intención a lactar dicotomizada como muy fuerte- fuerte y moderado, bajo y muy bajo, y las variables independientes incluidas fueron edad, ocupación, nivel socioeconómico, actitud de la madre hacia la alimentación infantil, conocimientos generales de lactancia materna, conocimientos sobre los beneficios de la LM en la salud de la madre, conocimientos

sobre los beneficios de la LM en la salud del bebé, conocimientos sobre los beneficios de la LM en la salud bucal del bebé, embarazo deseado, primer embarazo, número de hijos, y escolaridad.

El segundo modelo de regresión logística para identificar los factores asociados a la práctica de LME. La variable dependiente fue la práctica de LME dicotomizada como sí y no. Las variables independientes incluidas fueron edad, ocupación, nivel socioeconómico, actitud de la madre hacia la alimentación infantil, conocimientos generales de lactancia materna, conocimientos sobre los beneficios de la LM en la salud de la madre, conocimientos sobre los beneficios de la LM en la salud del bebé, conocimientos sobre los beneficios de la LM en la salud bucal del bebé, embarazo deseado, primer embarazo, número de hijos, escolaridad e intención de lactar.

El nivel de significancia se estableció con una $p < 0.05$

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio se apegó a todos los lineamientos del “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud”¹⁰⁸ en específico a los mencionados en el título segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos en la cual dentro de las especificaciones generales en el Capítulo I se encuentran los siguientes artículos:

Artículo 13. Referente a garantizar la protección de los derechos individuales y guardar confidencialidad, los cuestionarios sólo tendrán acceso a personal autorizado, mientras que los archivos computarizados únicamente tendrán códigos de identificación y las claves sólo serán accesibles para los investigadores. Todos los reportes y publicaciones derivados de esta investigación se harán referencia a datos agrupados.

Artículo 14. En el cual se hace mención que, para asegurar la protección de los participantes, se firmará un consentimiento informado. En este estudio se obtendrá el consentimiento informado y por escrito del participante.

Artículo 16. Se protegerá la privacidad del individuo, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 17. Párrafo I cita “Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”.

Artículo 18. Se suspenderá la investigación cuando el participante así lo manifieste.

Artículo 20. Referente al consentimiento informado por escrito, en el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con el conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección.

Artículo 21. El consentimiento informado se explicará de forma clara y completa para que el sujeto de investigación pueda comprender.

Capítulo III De la investigación en menores de edad o incapaces.

Artículo 36. Obtener el escrito de consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor o incapaz de que se trate.

Artículo 37. Referente a la aceptación del menor de edad de ser sujeto de participación en la investigación.

Capítulo IV De la investigación en mujeres en edad fértil, embarazadas, durante el trabajo de parto, puerperio, lactancia y recién nacidos; de la utilización de embriones, óbitos y fetos y de la fertilización asistida.

Artículo 40. Referente a las definiciones de embarazo y lactancia (lo que compete a nuestra investigación).

Artículo 45. Referente al objetivo de obtener conocimientos generalizables sobre el embarazo, no presentando riesgo mayor al mínimo para la mujer, el embrión o el feto.

Artículo 51. Referente a las investigaciones en mujeres durante la lactancia, serán autorizadas cuando no exista riesgo para el lactante y se obtenga la carta de consentimiento informado.

Por lo tanto, esta investigación se consideró sin riesgo para las participantes ya que no se utilizaron métodos invasivos, y la información fue recabada a través de cuestionarios sin embargo al aplicar un cuestionario, se pudo haber incomodado a las embarazadas con algunas preguntas, de haber sido así las participantes estuvieron en la libertad de detener su participación o no contestar dicha pregunta.

RECURSOS HUMANOS

Humanos	Materiales
<p>Investigador: Ana Karen Mancera Navarro</p> <p>Tutor: Fátima del Carmen Aguilar Díaz</p>	<ul style="list-style-type: none">• Hojas blancas de papel bond tamaño carta• Bolígrafos tinta azul punto mediano• Lápices• Goma• USB 8g• Laptop• Programa SPSS• Multifuncional HP250• Cartuchos tinta negra HP122• Fotocopias

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

Características de la muestra

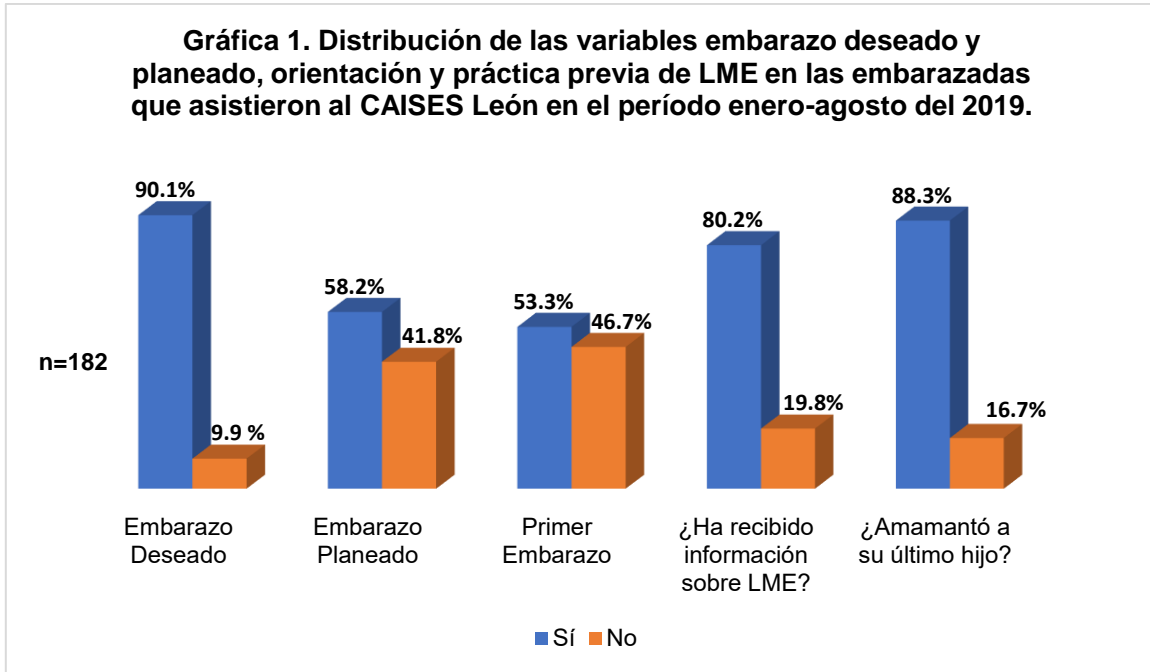
Se encuestaron a 206 embarazadas sin embargo fueron eliminadas 24 ya que no contaban con el registro completo de los datos solicitados. Por lo que en el análisis se incluyeron a 182 embarazadas, quienes cuentan con una edad media de 23.9 ± 6.1 años. El 29.1% reporta ser casada, 49.5% está en unión libre y 21.4% reporta ser soltera. En cuanto a la ocupación y nivel de estudios se observó que el 72.0% son amas de casa, el 51.1 % cuenta con máximo grado de estudios de secundaria seguido de un 23% que cuenta con bachillerato. Además, se encontró que el 36.8% de las participantes reporta un nivel socioeconómico "C". (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de las variables sociodemográficas en las embarazadas que asistieron al CAISES León en el período de enero-agosto del 2019. (n=182)

	Estado civil	Máximo grado de estudios		Ocupación	Nivel Socioeconómico (AMAI)		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Soltera	39 (21.4)	Sin estudios	1 (0.5)	Obrera	22 (12.1)	A/B	16 (8.8)
Casada	53 (29.1)	Primaria	29 (15.9)	Técnica	1 (0.5)	C	67 (36.8)
Unión libre	90 (49.5)	Secundaria	93 (51.1)	Profesionista	6 (3.3)	C+	60 (33.0)
		Bachillerato	42 (23)	Estudiante	7 (3.8)	C-	20 (11.0)
		Universidad	17 (9.3)	Ama de casa	131 (72.0)	D	2 (1.1)
				Otra	15 (8.2)	D+	17 (9.3)
Total	182 (100)		182 (100)		182 (100)		182 (100)

Fuente: Directa

Por otro lado, el 90.1% (n=164) reporta haber tenido un embarazo deseado y el 58.2% (n=106) un embarazo planeado. El 80.2% (n=146) de las embarazadas han recibido previamente información acerca de lactancia materna. El 83.3% (n=70) de las embarazadas amamantó a su último hijo. El 53.3% (n=97) de las participantes son primigestas. (Gráfica 1)

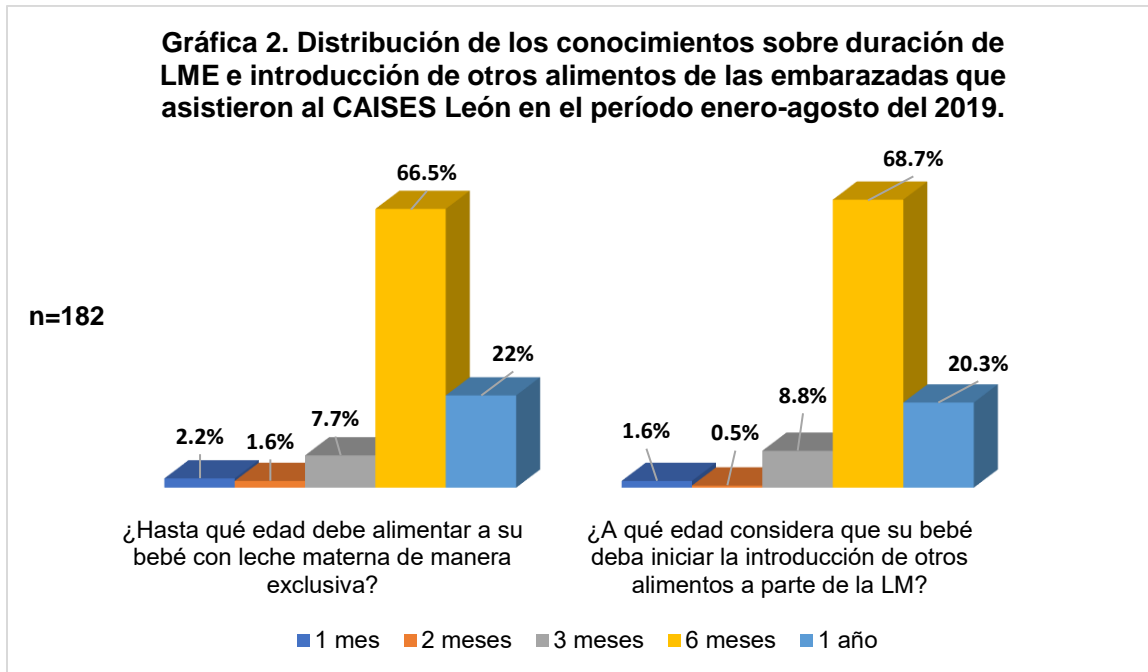


Fuente: Directa

Conocimientos

En cuanto a los conocimientos evaluados sobre lactancia materna se obtuvo que el 63.6% (n=121) reconoce que el bebé deber ser alimentado con leche materna exclusivamente hasta los 6 meses y más de un cuarto de las encuestadas menciona que esta práctica debe continuar hasta que el bebé tenga un año. (Gráfica 2)

Respecto a la introducción de alimentos además de la leche materna el 69.9% (n=125) considera que a los seis meses se debe iniciar la introducción de otros alimentos, más de un 20% (n=37) considera que esto debe realizarse hasta el año, y casi un 10% (n=20) respondió que esto debe ocurrir antes de los 3 meses. (Gráfica 2)



Fuente: Directa

Referente a los conocimientos generales que poseen las embarazadas sobre lactancia materna, se encontró que la mitad de ellas cuentan con un nivel medio. De la misma manera el 44% de ellas cuentan con un conocimiento medio sobre los beneficios en la salud del bebé. Con respecto a los conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna en la salud bucal del bebé el 45.1% cuentan con un nivel medio. Por último, el 57.7% de las embarazadas tienen un conocimiento medio sobre los beneficios de la lactancia materna en la salud de la madre. (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución de los conocimientos de lactancia materna de las embarazadas que asistieron al CAISES León en el período de enero-agosto del 2019. (n=182)

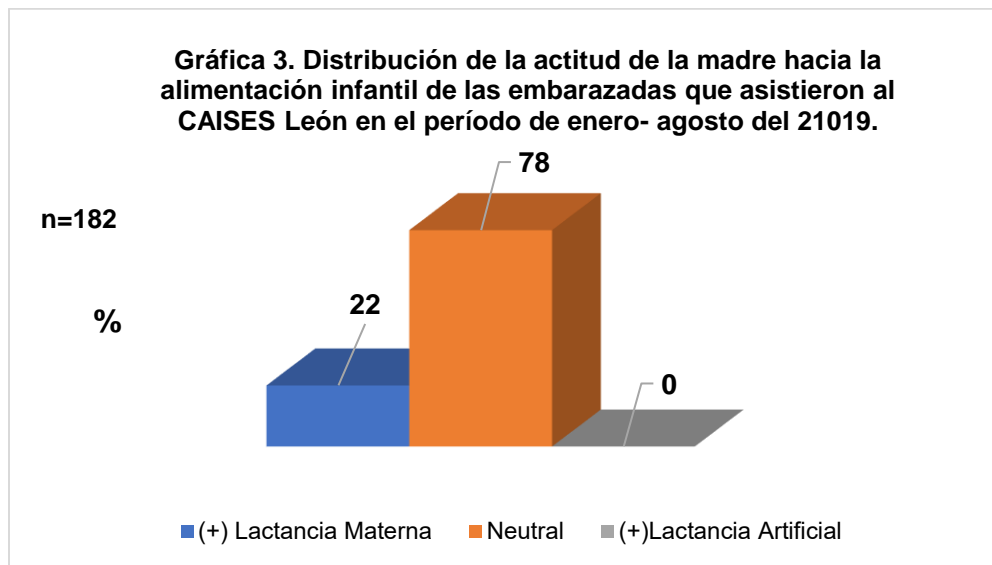
	Alto n (%)	Medio n (%)	Bajo n (%)	Total n (%)
Conocimientos Generales de Lactancia Materna	77(42.3)	92(50.6)	13 (7.1)	182 (100)
Conocimientos sobre los Beneficios de LM en la Salud del Bebé	44(31.9)	80 (44.0)	58 (24.2)	182 (100)
Conocimientos sobre los Beneficios de la LM en la Salud de la Madre	31(17.0)	105 (57.7)	46 (25.3)	182 (100)

Conocimientos sobre los Beneficios de la LM en la Salud Bucal Bebé 39(21.4) 82(45.1) 61 (33.5) 182 (100)

Fuente: Directa

Actitud de la madre hacia la alimentación infantil

En cuanto a la actitud de las embarazadas hacia la lactancia se encontró que 78% (n=142) de ellas tiene una actitud neutral y el 22% (n=40) una actitud positiva, no se observaron casos con actitud positiva para lactancia artificial. (Gráfica 3)



Fuente: Directa

Además, se observó que casi el 40% de las participantes piensan que los beneficios de la leche materna sólo duran hasta que el bebé es destetado y un tercio (30.6%) no está segura de ello. Más del 50% está totalmente de acuerdo o de acuerdo en que la leche materna es deficiente en hierro. (Tabla 3)

En cuanto a que la leche de fórmula es la mejor opción si la madre tiene previsto trabajar fuera del hogar, más de un tercio de las encuestadas menciona estar totalmente de acuerdo o de acuerdo. Asimismo, casi 1 de cada 3 encuestadas menciona que considera que una madre que ocasionalmente bebe alcohol no debería amamantar a su bebé. (Tabla 3)

Tabla 3. Distribución de la actitud de la madre hacia la alimentación infantil de las embarazadas que asistieron al CAISES León en el período enero-agosto del 2019. (n=182)

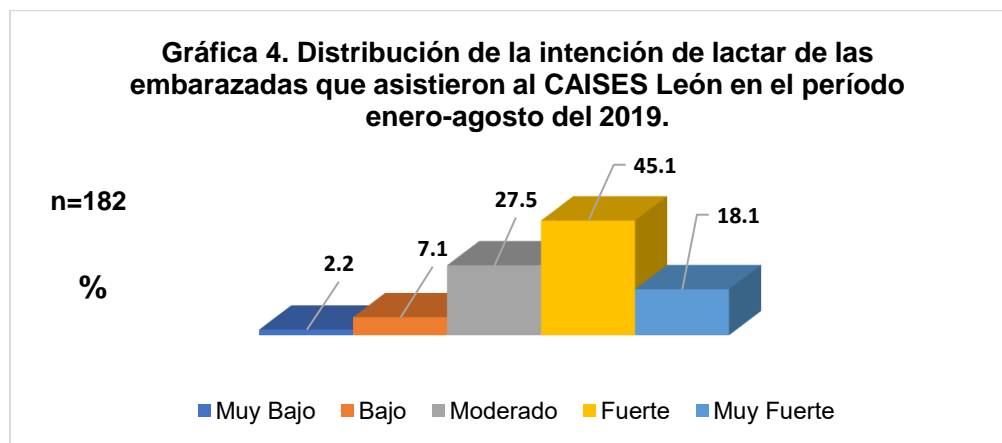
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy segura	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Los beneficios de la leche materna sólo duran hasta que el bebé es destetado	30 (16.5)	38 (20.9)	59 (32.4)	43 (23.6)	12 (6.6)	182 (100)
La leche de fórmula es más adecuada que la leche materna	8 (4.4)	8 (4.4)	11 (6.0)	85 (46.7)	70 (38.5)	182 (100)
La leche materna incrementa en vínculo madre-hijo	114 (62.6)	49 (26.9)	13 (7.1)	2 (1.1)	4 (2.2)	182 (100)
La leche materna es deficiente en hierro	58 (31.9)	33 (18.1)	36 (19.8)	38 (20.9)	17 (9.3)	182 (100)
Los bebés alimentados con leche de fórmula son más propensos a ser sobrealimentados (alimentados de más) que los bebés alimentados con leche materna	38 (20.9)	39 (21.4)	58 (31.9)	34 (18.7)	13 (7.1)	182 (100)
La leche de fórmula es la mejor opción si la madre tiene previsto trabajar fuera del hogar	20 (11.0)	44 (24.2)	38 (20.9)	64 (35.2)	16 (8.8)	182 (100)
Las madres que usen leche de fórmula se perderán de una de las mayores alegrías de la maternidad	86 (47.3)	54 (29.7)	24 (13.2)	16 (8.8)	2 (1.1)	182 (100)
Las mujeres no deben amamantar a sus hijos en lugares públicos como en restaurantes	12 (6.8)	16 (8.8)	23 (12.6)	69 (37.9)	62 (34.1)	182 (100)
Los bebés alimentados con leche materna son más sanos que los bebés alimentados con leche de fórmula	118 (64.8)	39 (21.4)	12 (6.6)	10 (5.5)	3 (1.6)	182 (100)
Los bebés alimentados con leche materna son más propensos a ser sobrealimentados (alimentados de más) que los de leche de fórmula)	36 (19.8)	20 (11.0)	46(25.3)	51 (28.0)	29 (15.9)	182 (100)
Los padres se sienten excluidos si la madre decide dar el pecho al bebé	12 (6.6)	13 (7.1)	50 (27.5)	63 (34.6)	44 (24.2)	182 (100)
La leche materna es el alimento ideal para los bebés	157 (86.3)	22 (12.1)	1 (0.5)	1 (0.5)	1 (0.5)	182 (100)
La leche materna es más fácil de digerir que la leche de fórmula	126 (69.2)	41 (22.5)	9 (4.9)	3 (1.6)	3 (1.6)	182 (100)
La leche de fórmula es tan saludable para el bebé como la leche materna	18 (9.9)	16 (8.8)	28 (15.4)	74 (40.7)	46 (25.3)	182 (100)

La leche materna es mejor que la leche de fórmula	143 (78.6)	29 (15.9)	4 (2.2)	3 (1.6)	3 (1.6)	182 (100)
La leche materna es más barata que la leche de fórmula	134 (73.6)	29 (15.9)	9 (4.9)	5 (2.7)	5 (2.7)	182 (100)
Una madre que ocasionalmente bebe alcohol no debería amamantar a su bebé	53 (29.1)	42 (23.1)	50 (27.5)	23 (12.6)	14 (7.7)	182 (100)

Fuente: Directa

Intención de Lactar

Respecto a la intención de lactar de las embarazadas incluidas en este estudio se observó que el 18.1% (n=33) de ellas tienen una intención muy fuerte de lactar; 45.1% (n=82) fuerte, 27.5% (n=50), 7.1% (n=13) bajo y el 2.2% (n=4) muy baja intención. (Gráfica 4)



Fuente: Directa

El 46.7% de las embarazadas tienen la intención de practicar la lactancia materna de manera exclusiva hasta los 6 meses, 50% hasta los 3 meses y 52.7% hasta el primer mes. (Tabla 4)

Tabla 4. Distribución de la intención de lactar de las embarazadas que asistieron al CAISES León en el período enero-agosto del 2019. (n=182)

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy segura	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Tengo planes de sólo alimentar a mi bebé con leche de fórmula (no voy a amamantar)	10 (5.5)	4 (2.2)	20 (11.0)	76 (41.8)	72 (39.6)	182 (100)
Tengo planes de por lo menos intentar amamantar a mi bebé	84 (46.2)	60 (33.0)	5 (2.7)	23 (12.6)	10 (5.5)	182 (100)
Cuando mi bebé tenga 1 meses, lo amamantaré sin usar ninguna fórmula infantil ni otra leche	96 (52.7)	49 (26.9)	14 (7.7)	17 (9.3)	6 (3.3)	182 (100)
Cuando mi bebé tenga 3 meses, lo amamantaré sin usar ninguna fórmula infantil ni otra leche	91 (50.0)	50 (27.5)	23 (12.6)	11 (6.0)	7 (3.8)	182 (100)
Cuando mi bebé tenga 6 meses, lo amamantaré sin usar ninguna fórmula infantil ni otra leche	85 (46.7)	37 (20.3)	39 (21.4)	13 (7.1)	8 (4.4)	182 (100)

Fuente: Directa

Práctica actual de Lactancia Materna reportada después de los 6 meses de nacimiento

Casi la totalidad de las participantes refirió amamantar alguna vez a su hijo. Asimismo, casi el 90% siguen amamantando a su hijo y sólo el 21.4% lo hace de manera exclusiva. (Tabla 5)

Tabla 5. Distribución de la práctica actual de lactancia materna en las participantes que asistieron al CAISES León en el período de enero-agosto del 2019. (n=182)

	Sí n (%)	No n (%)	Total n (%)
¿Alguna vez amamantó a su hijo?	177 (97.3)	5 (2.7)	182 (100)
¿Aún sigue amamantando a su hijo?	161 (88.5)	21 (11.5)	182 (100)
¿Alguna vez alimentó a su hijo con fórmula láctea u otro alimento?	143 (78.6)	39 (21.4)	182 (100)

Fuente: Directa

Análisis bivariado entre variables sociodemográficas, conocimientos de LM, actitud hacia la alimentación infantil con la intención de lactar y la práctica actual de LME.

Para la realización de estos análisis se fusionaron algunas categorías de las variables sociodemográficas como escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico y la intención de lactar, dado que existían muy pocos casos en algunas de estas.

La actitud hacia la alimentación infantil no estuvo asociada con aspectos sociodemográficos como estado civil ($p=0.787$), nivel escolar ($p=0.066$), ocupación ($p=0.059$) ni el nivel socioeconómico ($p=0.819$). La escolaridad estuvo asociada con los conocimientos generales de LM ($p=0.017$) y con los conocimientos sobre los beneficios de la LM en la salud del bebé ($p=0.040$) en donde se puede observar que aquellas embarazadas con un nivel de estudios superior tiene un nivel medio y alto de conocimientos. (Tabla 6)

Tabla 6. Asociación entre aspectos sociodemográficos con la actitud y los conocimientos de las embarazadas que asistieron al CAISES León en el período enero-agosto del 2019. (n=182)

	Actitud		Conocimientos											
	+LM	Neutral	Generales sobre lactancia			Beneficios en la salud de la madre			Beneficios en la salud en el Bebé			Beneficios salud bucal del bebé		
			Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
Estado Civil	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Soltera	7 (17.5)	32 (22.5)	14 (18.2)	21 (22.8)	4 (30.8)	9 (29.0)	20 (19.0)	10 (21.7)	11 (25.0)	14 (17.5)	14 (24.1)	10 (25.6)	18 (22.0)	11 (18.0)
Casada	12 (30.0)	41 (28.9)	22 (28.6)	27 (29.3)	4 (30.8)	7 (22.6)	32 (30.5)	14 (30.4)	9 (20.5)	31 (38.8)	13 (22.4)	11 (28.2)	25 (30.5)	17 (27.9)
Unión Libre	21 (52.5)	69 (48.6)	41 (53.2)	44 (47.8)	5 (38.5)	15 (48.4)	53 (50.5)	22 (47.8)	24 (54.5)	35 (43.8)	31 (53.4)	18 (46.2)	39 (47.6)	33 (54.1)
Total	40 (100)	142 (100)	77 (100)	92 (100)	13 (100)	31 (100)	105 (100)	46 (100)	44 (100)	80 (100)	58 (100)	39 (100)	82 (100)	61 (100)
p^*	0.787		0.808			0.787			0.161			0.883		

Escolaridad														
Sin estudios/	4	26	9	16	5	3	17	10	4	12	14	7	14	9
Primaria	(10.0)	(18.3)	(11.7)	(17.4)	(38.5)	(10.0)	(56.7)	(33.3)	(9.1)	(15.0)	(24.1)	(17.9)	(17.1)	(14.8)
Secundaria	17	76	36	49	8	15	55	23	19	42	32	19	36	38
	(42.5)	(53.5)	(46.8)	(53.3)	(61.5)	(16.1)	(59.1)	(24.7)	(43.2)	(52.5)	(55.2)	(48.7)	(43.9)	(62.3)
Bachillerato/	19	40	32	27	0	13	33	13	21	26	12	13	32	14
Universidad	(47.5)	(28.2)	(41.5)	(29.3)	(0)	(22.0)	(55.9)	(22.0)	47.7)	(32.5)	(20.7)	(33.3)	(39.0)	(23.0)
Total	40	142	77	92	13	31	105	46	44	80	58	39	82	61
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(1009)	(100)	(100)	(100)	(100)
p^*	0.059		0.017			0.578			0.040			0.253		
Ocupación														
Ama de casa	26	105	53	67	11	22	75	34	30	53	48	31	54	46
	(65.0)	(73.9)	(68.8)	(72.8)	(84.6)	(71.0)	(71.4)	(73.9)	(68.2)	(66.3)	(82.8)	(79.5)	(65.9)	(75.4)
Otra	14	37	24	25	2	9	30	12	14	27	10	8	28	15
	(35)	(26.1)	(31.2)	(27.2)	(15.4)	(29.0)	(28.6)	(26.1)	(31.8)	(33.7)	(17.2)	(20.5)	(34.1)	(24.6)
Total	40	142	77	92	13	31	105	46	44	80	58	39	82	61
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(1009)	(100)	(100)	(100)	(100)
p^*	0.059		0.784			0.207			0.366			0.116		
Nivel Socio-económico														
A/B, C	16	67	38	40	5	13	51	19	17	43	23	15	41	27
	(40.0)	(47.5)	(49.4)	(43.5)	(38.5)	(41.9)	(48.6)	(41.3)	(38.6)	(53.8)	(39.7)	(38.5)	(50.0)	(44.3)
C+	15	45	26	29	5	11	31	18	20	19	21	13	27	20
	(37.5)	(31.7)	(33.8)	(31.5)	(38.5)	(35.5)	(29.5)	(39.1)	(45.5)	(23.8)	(36.2)	(33.3)	(32.9)	(32.8)
C-	4	16	8	9	3	2	12	6	2	8	10	2	9	9
	(10.0)	(11.3)	(10.4)	(9.8)	(23.1)	(6.5)	(11.4)	(13.0)	(4.5)	(10.0)	(17.2)	(5.1)	(11.0)	(14.8)
D+, D	5	14	5	14	0	5	11	3	5	10	4	9	5	5
	(12.5)	(9.9)	(6.5)	(15.2)	(0)	(16.1)	(10.5)	(6.5)	(11.4)	(12.5)	(6.9)	(23.1)	(6.1)	(8.2)
Total	40	142	77	92	13	31	105	46	44	80	58	39	82	61
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(1009)	(100)	(100)	(100)	(100)
p^*	0.819		0.315			0.695			0.081			0.103		

*X² de Pearson

Fuente: Directa

La intención de lactar no estuvo asociada con aspectos sociodemográficos como estado civil ($p=0.341$), nivel escolar ($p=0.508$), nivel socioeconómico ($p=0.180$). Sin embargo, se encontró asociación significativa con la ocupación ($p=0.033$), las que son amas de casa tienen una intención muy fuerte y fuerte de lactar en comparación con las que tienen una ocupación diferente. (Tabla 7)

Tabla 7. Asociación entre la Intención de lactar y aspectos sociodemográficos de las embarazadas que asistieron al CAISES León en el período enero-agosto del 2019. (n=182)

		Estado Civil					
Intención de lactar		Soltera n (%)	Casada n (%)	Unión Libre n (%)	Total n (%)	p^*	
Muy fuerte- Fuerte		27 (23.5)	32 (27.8)	56 (48.7)	115 (100)	0.661	
Moderado-Bajo y Muy bajo		12 (17.9)	21 (31.3)	34 (50.8)	67 (100)		
		Nivel de escolaridad					
Intención de lactar		Sin estudios/ Primaria n (%)	Secundaria n (%)	Bachillerato/ Universidad n (%)	Total n (%)	p^*	
Muy fuerte- Fuerte		20 (17.4)	55 (47.8)	40 (34.8)	115 (100)	0.509	
Moderado-Bajo y Muy bajo		10 (14.9)	38 (56.7)	19 (28.4)	67 (100)		
		Ocupación					
Intención de lactar		Ama de casa n (%)	Otra ocupación n (%)		Total n (%)	p^*	
Muy fuerte- Fuerte		89 (77.4)	26 (22.6)		115 (100)	0.033	
Moderado-Bajo y Muy bajo		42 (62.7)	25 (37.3)		67 (100)		
		Nivel Socioeconómico					
Intención de lactar		A/B, C n (%)	C+ n (%)	C- n (%)	D+, D n (%)	Total n (%)	p^*
Muy fuerte- Fuerte		49 (42.6)	39 (33.9)	11 (9.6)	16 (13.9)	115 (100)	0.180
Moderado-Bajo y Muy bajo		34 (50.7)	21 (31.3)	9 (13.4)	3 (4.5)	67 (100)	
* χ^2 de Pearson							

Fuente: Directa

Por otro lado, se encontró una asociación significativa entre la práctica actual de LME con la escolaridad ($p=0.035$) siendo las madres con bachillerato el mayor porcentaje, considerándose una asociación positiva, ya que, a mayor grado de estudio, las madres practicaron la LM de manera exclusiva. (Tabla 8)

Tabla 8. Asociación entre aspectos sociodemográficos con la práctica actual de LM de las participantes que asistieron al CAISES León en el período enero-agosto del 2019. (n=182)

	¿Alguna vez amamantó a su hijo?		¿Alguna vez alimentó a su hijo con fórmula infantil u otro alimento?		¿Aún sigue amamantando a su hijo?	
	Sí n (%)	No n (%)	Sí n (%)	No n (%)	Sí n (%)	No n (%)
Estado civil						
Soltera	39 (22.0)	0 (0)	28 (19.6)	11 (28.2)	36 (22.4)	3 (14.3)
Casada	53 (29.9)	0 (0)	42 (29.4)	11 (28.2)	48 (29.8)	5 (23.8)
Unión Libre	85 (48.1)	5 (100)	73 (51.0)	17 (43.6)	77 (47.8)	13 (61.9)
Total	177 (100)	5 (100)	143 (100)	39 (100)	161 (100)	21 (100)
p^*	0.072		0.491		0.463	
Escolaridad						
Sin estudios/ Primaria	30 (16.9)	0 (0)	20 (14.0)	10 (25.6)	28 (17.4)	2 (9.5)
Secundaria	89 (50.3)	4 (80.0)	80 (55.9)	13 (33.3)	83 (51.6)	10 (47.6)
Bachillerato/ Universidad	58 (32.8)	1 (20.0)	43 (30.1)	16 (41.0)	50 (31.1)	9 (42.9)
Total	177 (100)	5 (100)	143 (100)	39 (100)	161 (100)	21 (100)
p^*	0.381		0.035		0.460	
Ocupación						
Ama de casa	127 (71.8)	4 (80.0)	101 (70.6)	30 (76.9)	113 (70.3)	18 (85.7)
Otra	50 (28.2)	1 (20.0)	42 (29.4)	9 (23.1)	48 (29.7)	3 (14.3)
Total	177 (100)	5 (100)	143 (100)	39 (100)	161 (100)	21 (100)
p^*	0.859		0.214		0.597	
Nivel socio-económico						
A/B, C	81 (45.8)	2 (40.0)	70 (49.0)	13 (33.3)	71 (44.1)	12 (57.1)
C+	57 (32.2)	3 (60.0)	46 (32.2)	14 (35.9)	57 (35.4)	3 (14.3)
C-	20 (11.3)	0 (0)	16 (11.2)	4 (10.3)	15 (9.3)	5 (23.8)
D+, D	19 (10.7)	0 (0)	11 (7.7)	8 (20.5)	18 (11.2)	1 (4.8)
Total	177 (100)	5 (100)	143 (100)	39 (100)	161 (100)	21 (100)

p^*

0.517

0.085

0.058

* χ^2 de Pearson

Fuente: Directa

No se encontró asociación significativa entre embarazo deseado con la actitud ($p=0.556$), los conocimientos generales de LM ($p=0.894$), los conocimientos sobre los beneficios de la LM en la salud de la madre ($p=0.683$), los conocimientos sobre los beneficios de la LM en la salud del bebé ($p=0.126$), los conocimientos sobre los beneficios de la LM en la salud bucal del bebé ($p=0.856$), de igual manera se puede observar que tampoco existió asociación con el embarazo planificado. (Tabla 9)

Tabla 9. Asociación entre embarazo deseado y planeado con la actitud y los conocimientos de las embarazadas que asistieron al CAISES León en el período enero-agosto del 2019. (n=182)

	Actitud		Conocimientos											
	+LM	Neutral	Generales sobre lactancia			Beneficios en la salud de la madre			Beneficios en la salud en el Bebé			Beneficios salud bucal del bebé		
			Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
Embarazo Deseado	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sí	37 (92.5)	127 (89.4)	70 (90.9)	82 (89.1)	12 (92.3)	29 (93.5)	93 (88.6)	42 (91.3)	39 (88.6)	69 (86.3)	56 (96.6)	35 (89.7)	73 (89.0)	56 (91.8)
No	3 (7.5)	15 (10.6)	7 (9.1)	10 (10.9)	1 (7.7)	2 (6.5)	12 (11.4)	4 (8.7)	5 (11.4)	11 (13.8)	2 (3.4)	4 (10.3)	9 (11.0)	5 (8.2)
Total	40 (100)	142 (100)	77 (100)	92 (100)	13 (100)	31 (100)	105 (100)	46 (100)	44 (100)	80 (100)	58 (100)	39 (100)	82 (100)	61 (100)
p^*	0.566		0.894			0.683			0.126			0.856		
Embarazo Planificado														
Sí	21 (52.5)	85 (59.9)	43 (55.8)	55 (59.8)	8 (61.5)	21 (67.7)	59 (56.2)	26 (56.5)	27 (61.4)	46 (57.5)	33 (56.9)	27 (69.2)	48 (58.5)	31 (50.8)
No	19 (47.5)	57 (40.1)	34 (44.2)	37 (40.2)	5 (38.5)	10 (32.3)	46 (43.8)	20 (43.5)	17 (38.6)	34 (42.5)	25 (43.1)	12 (30.8)	34 (41.5)	30 (49.2)
Total	40 (100)	142 (100)	77 (100)	92 (100)	13 (100)	31 (100)	105 (100)	46 (100)	44 (100)	80 (100)	58 (100)	39 (100)	82 (100)	61 (100)

p^* 0.404 0.848 0.500 0.888 0.190

* χ^2 de Pearson

Fuente: Directa

La intención de lactar no estuvo asociada con el embarazo deseado ($p=0.847$) ni con el embarazo planeado ($p=0.761$). (Tabla 10)

Tabla 10. Asociación de intención de lactar con embarazo deseado y planeado de las embarazadas que asistieron al CAISES León en el período enero-agosto del 2019. (n=182)

Intención de Lactar	Embarazo Deseado		Embarazo Planeado	
	Sí n (%)	No n (%)	Sí n (%)	No n (%)
Muy fuerte-Fuerte	104 (63.4)	11 (61.1)	66 (62.3)	49 (64.5)
Moderado-Bajo y Muy Bajo	60 (36.6)	7 (38.9)	40 (37.7)	27 (35.5)
Total	164 (100)	18 (100)	106 (100)	76 (100)
p^*	0.847		0.761	
* χ^2 de Pearson				

Fuente: Directa

El embarazo deseado no estuvo asociado con la práctica de LM ($p=0.453$), la práctica de LM exclusiva ($p=0.261$), ni con la práctica de LM continua ($p=0.135$), asimismo podemos observar con el embarazo planeado. (Tabla 11)

Tabla 11. Asociación entre la práctica de lactancia materna con embarazo deseado y planeado de las embarazadas que asistieron al CAISES León en el período enero-agosto del 2019. (n=182)

¿Alguna vez amamantó a su hijo?	Embarazo Deseado		Embarazo Planeado	
	Sí n (%)	No n (%)	Sí n (%)	No n (%)
Sí	159 (97.0)	18 (100)	102 (96.2)	75 (98.7)
No	5 (3.0)	0 (0)	4 (3.8)	1 (1.3)
Total	164 (100)	18 (100)	106 (100)	76 (100)
p^*	0.453		0.317	
¿Alguna vez alimentó a su hijo con fórmula infantil u otro alimento?	Embarazo Deseado		Embarazo Planeado	
	Sí n (%)	No n (%)	Sí n (%)	No n (%)
Sí	127 (77.4)	16 (88.9)	83 (78.3)	60 (78.9)
No	37 (22.6)	2 (11.1)	23 (21.7)	16 (21.1)
Total	164 (100)	18 (100)	106 (100)	76 (100)
p^*	0.261		0.917	
¿Aún sigue amamantando a su hijo?	Embarazo Deseado		Embarazo Planeado	
	Sí n (%)	No n (%)	Sí n (%)	No n (%)
Sí	147 (89.6)	14 (77.8)	94 (88.7)	67 (88.2)
No	17 (10.4)	4 (22.2)	12 (11.3)	9 (11.8)
Total	164 (100)	18 (100)	106 (100)	76 (100)
p^*	0.135		0.914	
* χ^2 de Pearson				

Fuente: Directa

Se encontró una asociación significativa de la orientación previa de LM con los conocimientos sobre los beneficios en la salud de la madre ($p=0.009$) y con los conocimientos sobre los beneficios en la salud del bebé ($p=0.014$), observándose que las madres que recibieron información previa de LM tienen un nivel alto de conocimientos en comparación con las que nunca habían tenido orientación sobre el tema. (Tabla 12)

Tabla 12. Asociación entre actitud y los conocimientos con la orientación previa de LM de las embarazadas que asistieron al CAISES León en el período enero-agosto del 2019. (n=182)

	Actitud		Conocimientos											
			Generales sobre lactancia			Beneficios en la salud de la madre			Beneficios en la salud en el Bebé			Beneficios salud bucal del bebé		
	+LM	Neutral	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
¿Ha recibido información acerca de LME?	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sí	36 (24.7)	110 (75.3)	63 (43.2)	74 (50.7)	9 (6.2)	28 (19.2)	88 (60.3)	30 (20.5)	42 (28.2)	60 (41.1)	44 (30.1)	32 (21.9)	66 (45.2)	48 (32.9)
No	4 (11.1)	32 (88.9)	14 (38.9)	18 (11.1)	4 (50.0)	3 (8.3)	17 (47.2)	16 (44.4)	2 (5.6)	20 (55.6)	14 (38.9)	7 (19.4)	16 (44.4)	13 (36.1)
Total	40 (100)	142 (100)	77 (100)	92 (100)	13 (100)	31 (100)	105 (100)	46 (100)	44 (100)	80 (100)	58 (100)	39 (100)	82 (100)	61 (100)
p^*	0.079		0.572			0.009			0.014			0.916		

* χ^2 de Pearson

Fuente: Directa

La intención de lactar no estuvo asociada con la orientación previa de LME ($p=0.922$). (Tabla 13).

Tabla 13. Asociación entre intención de lactar y la orientación previa de LM de las embarazadas que asistieron al CAISES León en el período enero-agosto del 2019. (n=182)

Intención de Lactar	¿Ha recibido información acerca de LME?	
	Sí	No

	n (%)	n (%)
Muy fuerte-Fuerte	92 (63.0)	23 (63.9)
Moderado- Bajo y Muy Bajo	54 (37.0)	13 (36.1)
Total	146 (100)	36 (100)
	$p^*=0.922$	

*X² de Pearson

Fuente: Directa

No se encontró asociación significativa entre la orientación previa de LME con la práctica de LM ($p=0.260$), la práctica de LM exclusiva ($p=0.746$) ni con la práctica de LM continua ($p=0.282$). (Tabla 14)

Tabla 14. Asociación entre Orientación de LME con la Práctica actual de Lactancia Materna de las embarazadas que asistieron al CAISES León en el período enero-agosto del 2019. (n=182)

¿Alguna vez amamantó a su hijo?	¿Ha recibido información sobre LME?	
	Sí n (%)	No n (%)
Sí	141 (96.6)	36 (100)
No	5 (3.4)	0 (0)
Total	146 (100)	36 (100)
	$p=0.260$	
¿Alguna vez alimentó a su hijo con fórmula infantil u otro alimento?	¿Aún sigue amamantando a su hijo?	
	Sí n (%)	No n (%)
Sí	114 (78.1)	29 (80.6)
No	32 (21.9)	7 (19.4)
Total	146 (100)	36 (100)
	$p=0.746$	
¿Aún sigue amamantando a su hijo?	¿Aún sigue amamantando a su hijo?	
	Sí n (%)	No n (%)
Sí	131 (89.7)	30 (83.3)
No	15 (10.3)	6 (16.7)
Total	146 (100)	36 (100)
	$p=0.282$	

*X² de Pearson

Fuente: Directa

Con respecto a la práctica previa de LM no se encontró asociación con la actitud ($p=0.517$), los conocimientos generales de LM ($p=0.861$), los conocimientos sobre los beneficios en la salud de la madre ($p=0.624$), los conocimientos sobre los beneficios en la salud del bebé ($p=0.966$) ni con los conocimientos sobre los beneficios en la salud bucal del bebé ($p=0.878$). (Tabla15)

Tabla 15. Asociación entre la Práctica Previa de LM con la Actitud y los Conocimientos de las embarazadas que asistieron al CAISES León en el período enero-agosto del 2019. (n=182)

	Actitud		Conocimientos											
			Generales sobre lactancia			Beneficios en la salud de la madre			Beneficios en la salud en el Bebé			Beneficios salud bucal del bebé		
	+LM	Neutral	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
¿Amamantó a su último hijo?	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sí	21 (87.5)	49 (81.7)	33 (82.5)	34 (85.0)	3 (75.0)	13 (81.3)	44 (86.3)	13 (76.5)	17 (85.0)	30 (83.3)	23 (82.1)	14 (87.5)	27 (81.8)	29 (82.9)
No	3 (12.5)	11 (18.3)	7 (17.5)	6 (15.0)	1 (25.0)	3 (18.8)	7 (13.7)	4 (23.5)	3 (15.0)	6 (16.7)	5 (17.9)	2 (12.5)	6 (18.2)	6 (17.1)
Total	24 (100)	60 (100)	40 (100)	40 (100)	4 (100)	16 (100)	51 (100)	17 (100)	20 (100)	36 (100)	28 (100)	16 (100)	33 (100)	35 (100)
<i>p</i> *	0.517		0.861			0.624			0.966			0.878		

*X² de Pearson

Fuente: Directa

No se encontró asociación entre la práctica previa de LM con la intención de lactar ($p=0.426$). Asimismo, tampoco estuvo asociada con la práctica actual de LM ($p=0.359$), ni con la práctica de LME ($p=0.903$) y la práctica de LM continua ($p=0.763$). (Tabla 16)

Tabla 16. Asociación entre la Práctica Previa de LM con la Intención de Lactar de las embarazadas que asistieron al CAISES León en el período enero-agosto del 2019. (n=182)

Intención de Lactar	¿Amamantó a su último hijo?		<i>p</i> *
	Sí n (%)	No n (%)	
Muy fuerte-Fuerte	43 (61.4)	7 (50.0)	$p^*=0.426$
Moderado- Bajo y Muy Bajo	27 (38.6)	7 (50.0)	
Total	70 (100)	14 (100)	
Asociación entre Práctica Previa de LM con la Práctica Actual de LM			
¿Alguna vez amamantó a su hijo?			
Sí	66 (94.3)	14 (100)	$p^*=0.359$
No	4 (5.7)	0 (0)	
Total	70 (100)	14 (100)	
¿Alguna vez alimentó a su hijo con fórmula infantil u otro alimento?			
Sí	56 (80.0)	11 (78.6)	$p^*=0.903$
No	14 (20.0)	3 (21.4)	

Total	70 (100)	14 (100)	
¿Aún sigue amamantando a su hijo?			
Sí	62 (88.6)	12 (85.7)	$p^*=0.763$
No	8 (11.4)	2 (14.3)	
Total	70 (100)	14 (100)	
*X ² de Pearson			

Fuente: Directa

Por otro lado, la intención de lactar no estuvo asociada con la actitud hacia la LM ($p=0.079$), los conocimientos generales de LM ($p=0.822$), los conocimientos de los beneficios de la LM en la salud de la madre ($p=0.200$) y con los conocimientos de los beneficios de la LM en la salud del bebé ($p=0.173$). Sin embargo, se encontró una asociación significativa entre la intención de lactar con los conocimientos sobre los beneficios de la LM en la salud bucal del bebé ($p= 0.001$), en donde se observa que el 82.1% de las madres que tienen altos conocimientos sobre los beneficios de la LM hacia la salud bucal del bebé tienen una intención muy fuerte o fuerte de lactar comparado con el 45.9% de las madres que tienen bajo conocimiento. (Tabla 17)

Tabla 17. Asociación entre Intención de lactar con la actitud y los conocimientos de las embarazadas que asistieron al CAISES León en el período enero-agosto del 2019. (n=182)

	Actitud		Conocimientos											
			Generales sobre lactancia			Beneficios en la salud de la madre			Beneficios en la salud en el Bebé			Beneficios salud bucal del bebé		
	+LM	Neutral	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
Intención	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Muy fuerte-Fuerte	30 (75.0)	85 (59.9)	47 (61.0)	59 (64.1)	9 (69.2)	21 (67.7)	70 (61.7)	24 (52.2)	33 (75.0)	48 (60.0)	34 (58.6)	32 (82.1)	55 (67.1)	28 (45.9)
Moderado-Bajo y Muy bajo	10 (25.0)	57 (40.1)	30 (39.0)	33 (35.9)	4 (30.8)	10 (32.3)	35 (33.3)	22 (47.8)	11 (25.0)	32 (40.0)	24 (41.4)	7 (17.9)	27 (32.9)	33 (54.1)
Total	40 (100)	142 (100)	77 (100)	92 (100)	13 (100)	31 (100)	105 (100)	46 (100)	44 (100)	80 (100)	58 (100)	39 (100)	82 (100)	61 (100)
p^*		0.079			0.822			0.200			0.173			<0.001

*X² de Pearson

Fuente: Directa

Se observó que la intención de lactar estuvo asociada con la práctica actual de LM ($p=0.003$), las mujeres que tuvieron una intención muy fuerte y fuerte de lactar si amamantaron alguna vez a sus hijos. Asimismo, la intención estuvo asociada con la práctica de LM exclusiva ($p < 0.001$) el 92.3% de las mujeres que tuvieron una intención muy fuerte y fuerte no alimentaron a sus hijos con fórmula infantil u otro alimento. (Tabla 18)

Tabla 18. Asociación entre Intención de Lactar y Práctica actual de Lactancia Materna de las participantes que asistieron al CAISES León en el período enero-agosto del 2019. (n=182)

Intención de Lactar	¿Alguna vez amamantó a su hijo?		¿Alguna vez alimentó a su hijo con fórmula infantil u otro alimento?		¿Aún sigue amamantando a su hijo?	
	Sí n (%)	No n (%)	Sí n (%)	No n (%)	Sí n (%)	No n (%)
Muy fuerte-Fuerte	115 (65.0)	0 (0)	79 (55.2)	36 (92.3)	105 (65.2)	10 (47.6)
Moderado- Bajo y Muy bajo	62 (35.0)	5 (100)	64 (44.8)	3 (7.7)	56 (34.8)	11 (52.4)
Total	177 (100)	5 (100)	143 (100)	39 (100)	161 (100)	21 (100)
p^*	0.003		<0.001		0.116	

*X² de Pearson

Fuente: Directa

La práctica actual de LM exclusiva estuvo asociada con los conocimientos sobre los beneficios de la LM en la salud del bebé ($p=0.030$); observándose que el 38.5% de las mujeres que tienen conocimientos altos no alimentaron a sus hijos con fórmula infantil u otro alimento en comparación con el 20.3% que sí lo hicieron. (Tabla 19)

Tabla 19. Asociación entre las Práctica actual de LM con los Conocimientos de las participantes que asistieron al CAISES León en el período enero-agosto del 2019. (n=182)

Generales sobre Lactancia	¿Alguna vez amamantó a su hijo?		¿Alguna vez alimentó a su hijo con fórmula láctea u otro alimento?		¿Aún sigue amamantando a su hijo?	
	Sí n (%)	No n (%)	Sí n (%)	No n (%)	Sí n (%)	No n (%)
Alto	73 (41.2)	4 (80.0)	61 (42.7)	16 (41.0)	67 (41.6)	10 (47.6)

Medio	91 (51.4)	1 (20.0)	70 (49.0)	22 (56.4)	82 (50.9)	10 (47.6)
Bajo	13 (7.3)	0 (0)	12 (8.4)	1 (2.6)	12 (7.5)	1 (4.8)
Total	177 (100)	5 (100)	143 (100)	39 (100)	161 (100)	21 (100)
<i>p</i> *	0.218		0.404		0.824	
Beneficios en la salud de la madre						
Alto	29 (16.4)	2 (40.0)	24 (16.8)	7 (17.9)	27 (16.8)	4 (19.0)
Medio	102 (57.6)	3 (60.0)	81 (56.6)	24 (61.5)	93 (57.8)	12 (57.1)
Bajo	46 (26.0)	0 (0)	38 (26.6)	8 (20.5)	41 (25.5)	5 (23.8)
Total	177 (100)	5 (100)	143 (100)	39 (100)	161 (100)	21 (100)
<i>p</i> *	0.235		0.742		0.962	
Beneficios en la salud del bebé						
Alto	41 (23.2)	3 (60.0)	29 (20.3)	15 (38.5)	39 (24.2)	5 (23.8)
Medio	79 (32.2)	1 (20.0)	69 (48.3)	11 (28.2)	69 (42.9)	11 (52.4)
Bajo	57 (44.6)	1 (20.0)	45 (31.5)	13 (33.3)	53 (32.9)	5 (23.8)
Total	177 (100)	5 (100)	143 (100)	39 (100)	161 (100)	21 (100)
<i>p</i> *	0.163		0.030		0.648	
Beneficios en la salud bucal del bebé						
Alto	38 (21.5)	1 (20.0)	28 (19.6)	11 (28.2)	33 (20.5)	6 (28.6)
Medio	79 (44.6)	3 (60.0)	68 (47.6)	14 (35.9)	72 (44.7)	10 (47.6)
Bajo	60 (33.9)	1 (20.0)	47 (32.9)	14 (35.9)	56 (34.8)	5 (23.8)
Total	177 (100)	5 (100)	143 (100)	39 (100)	161 (100)	21 (100)
<i>p</i> *	0.763		0.355		0.531	

*X² de Pearson

Fuente: Directa

Se encontró una asociación significativa entre la práctica actual de LM con la actitud ($p=0.037$), el 79.1% de las madres que tuvieron una actitud neutral alguna vez amamantaron a sus hijos, en comparación con el 40% que no lo hizo. (Tabla 20)

Tabla 20. Asociación entre la Práctica actual de LM con la Actitud de las participantes que asistieron al CAISES León en el período enero-agosto del 2019. (n=182)

¿Alguna vez amamantó a su hijo?	Actitud			<i>p</i> *
	+ LM	Neutral	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Sí	37 (20.9)	140 (79.1)	177 (100)	$p=0.037$
No	3 (60.0)	2 (40.0)	5 (100)	
¿Alguna vez alimentó a su hijo con fórmula láctea u otro alimento?				

Sí	28 (19.6)	115 (80.4)	143 (100)	p*=0.135
No	12 (30.8)	27 (69.2)	39 (100)	
¿Aún sigue amamantando a su hijo?				
Sí	35 (21.7)	126 (78.3)	161 (100)	p*=0.829
No	5 (23.8)	16 (76.2)	21 (100)	
*X ² de Pearson				

Fuente: Directa

Análisis multivariado entre variables sociodemográficas, conocimientos de LM, actitud hacia la alimentación infantil con la intención de lactar y la práctica actual de LME.

En el análisis multivariado, realizado a través de los modelos de regresión logística, se encontró asociación entre la intención de lactar con la edad; por cada año extra que tienen las embarazadas, la probabilidad de pertenecer al grupo de intención muy fuerte y fuerte disminuye 0.07% (RM=0.933, p=0.047). Asimismo, la ocupación de la madre también estuvo asociada. Las participantes con otra ocupación tuvieron 3 veces la probabilidad de tener una intención moderada, baja y muy baja de lactar comparada con las que se dedicaban al hogar (p=0.017). De igual manera las embarazadas que muestran actitud positiva hacia la LM tienen más de dos veces la probabilidad de tener una intención muy fuerte-fuerte de lactar (p=0.048) en comparación con las que tienen una actitud neutra hacia la LM. Además, por cada hijo que tienen las embarazadas la probabilidad de tener una intención muy fuerte y fuerte disminuye más de 50% (RM= 0.459, p=0.024). Por último, el nivel socioeconómico también estuvo asociado, los niveles C+ y C-, tienen más probabilidad de pertenecer al grupo con intención moderada, bajo y muy baja de lactar. (Tabla 21)

Tabla 21. Modelo de regresión logística. Factores asociados con la intención de lactar de las embarazadas que asistieron al CAISES León en el período enero-agosto del 2019. (n=182)

Variables	RM	I.C. 95% para RM		p
		Inferior	Superior	
Edad	0.933	0.871	0.999	0.047

Ocupación	Ama de casa	--	--	--	--
	Otra	0.375	0.167	0.840	0.017
Escolaridad	Bachillerato/ Universidad	--	--	--	--
	Sin estudios/ Primaria	0.961	0.361	2.561	0.937
	Secundaria	1.269	0.405	3.974	0.683
Primer embarazo	Sí	0.297	0.080	1.102	0.070
Número de hijos	Número de hijos	0.459	0.233	0.904	0.024
Embarazo deseado	Sí	0.732	0.219	2.450	0.612
Nivel socioeconómico (AMAI)	AMAI (A, B, C)	--	--	--	--
	AMAI (C-)	0.165	0.036	0.749	0.020
	AMAI (C+)	0.114	0.020	0.665	0.016
	AMAI (D, D+)	0.223	0.048	1.029	0.054
Actitud hacia la LM	Positiva a la LM	2.506	1.036	6.543	0.048
	Neutra	--	--	--	--
Conocimientos Beneficios	Alto	--	---	--	--
LM Salud bebé	Medio	1.143	0.514	2.541	0.743
	Bajo	0.247	0.020	3.072	0.277
Conocimientos Generales de LM	Alto	--	--	--	--
	Medio	0.937	0.407	2.158	0.878
	Bajo	0.781	0.000	--	1.000
Conocimientos Beneficios	Alto	--	--	--	--
LM Salud Bucal Bebé	Medio	1.608	0.774	3.342	0.203
	Bajo	0.762	0.000	--	1.000
Conocimientos Beneficios	Alto	--	--	--	--
LM Salud Madre	Medio	0.973	0.442	2.143	0.946
	Bajo	--	--	--	--
	Constante	174.954	--	--	0.001

R cuadrado de Nagelkerke= 0.243

Hosmer y Lemeshow Chi2= 3.905 p=0.866

Fuente: Directa

Respecto a los factores asociados con la práctica de la LM, se encontró que está asociada con el nivel de estudios de la madre, siendo que aquellas madres sin estudio o con estudios de nivel primaria tienen 68% menor probabilidad de pertenecer al grupo de madres que lacta a sus bebés. Además, la práctica estuvo asociada con los conocimientos sobre los beneficios en la salud bucal del bebé también estuvo asociado con la práctica de LM. Quienes tienen un conocimiento medio tienen 66% menor probabilidad de pertenecer al grupo de LME comparado

con las que tiene conocimientos altos. Finalmente, la intención de lactar también estuvo asociada con la práctica de LM, las madres que tienen una intención moderada/baja tiene menor probabilidad de amamantar a sus hijos de manera exclusiva (RM 0.079, p=0.001). (Tabla 22)

Tabla 22. Modelo de regresión logística. Factores asociados con la práctica de LME de las embarazadas que asistieron al CAISES León en el período enero-agosto del 2019. (n=182)

Variables		RM	I.C. 95% para RM		p
			Inferior	Superior	
Edad	Edad	1.050	0.966	1.142	0.247
	Ama de casa	--	--	--	--
Ocupación	Otra	0.851	0.280	2.582	0.776
Escolaridad	Bachillerato/Universidad	--	--	--	--
	Sin estudios/ Primaria	0.220	0.068	0.709	0.011
	Secundaria	0.507	0.138	1.863	0.306
Primer embarazo	Sí	2.690	0.552	13.110	0.221
Número de hijos	Número de hijos	1.248	0.511	3.046	0.627
Embarazo deseado	Sí	2.128	0.356	12.735	0.408
Nivel socioeconómico (AMAI)	AMAI (A, B, C)	--	--	--	0.550
	AMAI (C-)	0.509	0.133	1.946	0.323
	AMAI (C+)	1.225	0.200	7.526	0.826
	AMAI (D, D+)	0.757	0.203	2.814	0.677
Actitud	Positiva a la LM	0.908	0.330	2.498	0.852
Conocimientos Beneficios LM Salud bebé	Nivel Alto	--	--	--	0.528
	Nivel Medio	1.532	0.080	29.314	0.777
	Nivel Bajo	0.579	0.212	1.585	0.288
Conocimientos Generales de LM	Nivel alto	--	--	--	--
	Nivel Medio	0.714	0.233	2.189	0.555
Conocimientos Beneficios LM Salud Bucal Bebé	Nivel alto	--	--	--	--
	Nivel Medio	0.345	1.366	9.393	0.024
Conocimientos Beneficios LM Salud Madre	Nivel alto	--	--	--	--
	Nivel Medio	0.400	0.154	1.039	0.060
Intención	Moderada, baja y muy baja	0.079	0.019	0.319	0.000
	Constante	0.170			

R cuadrado de Nagelkerke= 0.334

Hosmer y Lemeshow Chi2= 5.100 p=0.747

Fuente: Directa

DISCUSIÓN

La intención de realizar la LM es un factor determinante para su práctica y tiene especial relación con la duración de la LME.^{109,110} El inicio y mantenimiento de la LM es un proceso vulnerable a distintos factores, como lo son los conocimientos, que pueden provocar que muchas mujeres que desean amamantar fracasen en ello.^{111,112,113} Es así que, el presente estudio evaluó el conocimiento y la actitud de la lactancia materna en mujeres embarazadas en el Centro de Atención Integral de Servicios Esenciales de Salud (CAISES) del municipio León, Guanajuato y buscó determinar los factores asociados con la intención y la práctica de amamantar en esta población.

Conocimientos

Entre los resultados más importantes podemos mencionar que 5 de cada 10 embarazadas tuvieron un nivel medio de conocimientos sobre la LM en general. Similar a lo observado en otras poblaciones en los que reportan porcentajes elevados de mujeres con conocimiento regular tanto en poblaciones mexicanas¹¹⁴ como de otros países.⁸⁹ En dichos estudios el nivel de conocimientos fue asociado con el grado de escolaridad y la ocupación de la madre. Asimismo, se menciona que la influencia de asesorías prenatales sobre LME tiene un papel importante. Por otro lado, en otras investigaciones se han encontrado resultados menos positivos como los reportados por Ulunque y cols.⁸⁷, quienes encontraron bajos niveles de conocimiento con respecto a la LM.

Por otro lado, la mayoría de las embarazadas tiene conocimientos medios o altos sobre los beneficios de la LM en la salud del bebé. Esto es similar a lo reportado por Aznar y cols.⁸⁸ quienes observaron que la mayoría de las madres conocían las ventajas que ofrece la LM, sin embargo, los conocimientos que tenían sobre los beneficios para la salud del bebé fueron superiores.

Referente a los conocimientos sobre los beneficios de la LM en la salud de la madre y en la salud bucal del infante, se observó que un cuarto y más de un tercio de las embarazadas respectivamente, se encuentra con un nivel bajo. Esto se puede deber a que las embarazadas sólo tuvieron una plática de LME y en la cual no se mencionaron los beneficios que ofrece la LM en la salud bucal del niño. Algunas de las participantes de este estudio recibieron pláticas prenatales por parte del club de embarazo. En el cual, durante el primer trimestre una nutrióloga les da una plática de aspectos generales de la LM. Sin embargo, hay algunas embarazadas que llegan al grupo nuevo en el primer trimestre y hay otras que en el segundo e inclusive en el último, por lo que ya no reciben esta información. Por eso en nuestro estudio algunas embarazadas nunca habían recibido información de LM. Aquellas mujeres que recibieron orientación previa de LME tuvieron un nivel más alto de conocimientos en comparación con las que no habían recibido información sobre lactancia. Estos resultados fueron similares a los que observaron Senghore y cols. quienes reportan que las embarazadas que recibieron consejería de LME tuvieron buenos conocimientos, e inclusive una alta intención de lactar, así como una buena práctica de amamantamiento.⁹⁴

Es importante mencionar, que no existe literatura en donde hayan sido estudiados los conocimientos que poseen las embarazadas con respecto a los beneficios de la LM en la salud bucal del infante, por lo que estos resultados no pueden ser contrastados. Sin embargo, se observó que estos están asociados con la intención de lactar por lo que sería recomendable continuar evaluando estos rubros en futuros estudios.

Actitud

En cuanto a los resultados observados para la actitud, encontramos que menos de un cuarto de las embarazadas tuvieron una actitud positiva hacia la LM, la mayoría

muestra tener una actitud neutral hacia la LM. Caso contrario a los resultados que obtuvieron Gerónimo y cols.⁸⁹ en embarazadas de Tabasco, en quienes observaron que la mayoría tuvieron una actitud positiva. Esto, a pesar de tener resultados similares en cuanto a los aspectos sociodemográficos, se percibe una gran diferencia en cuanto a la actitud. Esto puede deberse a la asesoría prenatal de LM, es posible que el contenido de estas pláticas haya sido diferente. En nuestro grupo de estudio se hizo más énfasis en los beneficios que conlleva la LM en la salud de la díada madre-hijo, y no tanto en las propiedades de la leche materna, así como en los beneficios de la lactancia materna en el ámbito social y cultural. Otra posibilidad, puede deberse a que las embarazadas simplemente hayan olvidado la información que se les brindó durante la consejería de LM especialmente aquellas que recibieron dicha información hace mucho tiempo, sin embargo, esta información no fue evaluada en este estudio.

En nuestro estudio, es notoria la existencia de deficiencias en los conocimientos y las actitudes respecto a la alimentación infantil, que respaldan la importancia de abordar el conocimiento como un primer paso hacia el cambio conductual. Por lo que se resalta la necesidad de programas prenatales que aborden los conceptos erróneos que poseen las futuras madres, para concientizar, sensibilizar y promover la práctica de LM, no sólo en pro de la salud del infante, sino en la salud de ellas mismas.

Intención

Respecto a la intención a lactar, cabe destacar que casi la totalidad de las embarazadas tuvo la intención de lactar, sin embargo, menos de la mitad reporta tener la intención de lactar de manera exclusiva. Estos resultados son compatibles con los que observaron Oluwatosin y cols.⁹² quienes obtuvieron resultados similares en mujeres de Nigeria, ellos mencionan que esto se debió a que la mayoría de las encuestadas tenían un nivel bajo de conocimiento. De igual manera, esto puede deberse a que las madres tienen que regresar a su trabajo, ya que casi la mitad de

las embarazadas con una intención de lactar baja, no son amas de casa sino tienen otra ocupación diferente.

Además, la intención de lactar estuvo asociada con la edad, a mayor edad, la probabilidad de tener una intención muy fuerte y fuerte disminuye. Asimismo, no estuvo asociada con el estado civil. Similar a lo observado en otras poblaciones.¹¹⁵ Sin embargo, es importante mencionar que, en nuestro estudio, se observa que la mayoría de las participantes se encuentran viviendo en una relación de pareja estable. Este hallazgo toma interés en la medida en que el apoyo familiar y del conyugue se consideran dos componentes sustanciales para el buen desarrollo de la madre en su nueva etapa de vida.¹¹⁶

Por otro lado, se observó que la intención de lactar estuvo asociada con la ocupación, siendo las amas de casa quienes expresan mayor intención a lactar. Esto puede ser porque las madres suelen compartir más tiempo con sus hijos.¹¹⁷ Además, de manera similar a otros estudios⁹¹, la intención de amamantar se asoció significativamente con la actitud. Es así, que aquellas embarazadas que tienen una actitud positiva hacia la LM tienen mayor probabilidad de pertenecer al grupo de embarazadas con intención muy fuerte-fuerte a lactar.

Asimismo, por cada hijo que tienen las embarazadas la probabilidad de tener una intención de lactar muy fuerte-fuerte disminuye. Caso contrario a lo que reportan diversos autores^{118,119} quienes encontraron que la multiparidad aumenta la posibilidad de tener una intención alta para lactar, sugiriendo que las madres multíparas tienen un mayor conocimiento y confianza en sí mismas a partir de experiencias anteriores de lactancia.

El conocimiento de LM condiciona la intención y el tipo de alimentación del recién nacido, por ello los profesionales de la salud deben actuar en este campo para identificar a las mujeres con un bajo nivel de conocimiento, a fin de apoyarlas y

desarrollar estrategias educativas con el objetivo de mejorar las tasas de LM. En específico podemos mencionar la inclusión de los odontólogos como actores importantes para la difusión y acción pro lactancia. Lo anterior se propone con base en que en este estudio fue observado que los conocimientos sobre los beneficios de la LM en la salud bucal están relacionados con la intención de lactar. Por lo que es importante que el profesional de odontología informe constantemente a sus pacientes sobre los beneficios que ofrece la práctica del amamantamiento en la salud bucal. Además, esto es acorde a lo estipulado en la NOM-013-SSA2-2016¹²⁰ para la prevención y control de enfermedades bucales, en la cual en el punto A.9.3.12.1 se menciona que se debe promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y complementarla hasta los 12 meses de edad. No obstante, es posible que los conocimientos sobre este tema dentro del sector odontológico no sean los adecuados. Desafortunadamente, no existen estudios que evalúen esta situación dentro de este gremio en México.

Práctica de Lactancia Materna

La práctica de Lactancia Materna encontrada en esta población se consideró alta. Sin embargo, únicamente un cuarto de las mujeres practicó la LME, lo cual se considera baja conforme las recomendaciones de la OMS que sugieren amamantar a los bebés hasta los 6 meses. Estos resultados son similares a los encontrados en otros países en donde se reportan prevalencias de 26 a 33% de práctica de LME.^{98,121,122} Asimismo, nuestros resultados son semejantes a los que reporta la ENSANUT 2018.⁵⁹

Con respecto a las asociaciones que se encontraron con relación a la práctica de LM se puede destacar el papel de los conocimientos y la intención de lactar. Aquellas madres que tuvieron un nivel alto de conocimiento amamantaron a sus hijos de manera exclusiva hasta los seis meses. Resultados similares fueron obtenidos por Suárez y cols.⁹⁸ quienes observaron que el nivel de conocimiento influye tanto en la elección de cómo alimentar a sus hijos, como la duración de la LME. Asimismo, ellos mencionan que la mayoría de su población de estudio tuvo

una intención fuerte de lactar, sin embargo, alrededor de un cuarto amamantaron hasta los seis meses. Lo cual también ocurrió de manera semejante en nuestro estudio, ya que en las madres de nuestra investigación menos de un cuarto de las embarazadas practicaron la LME, a pesar de que casi la mitad tuvieron la intención de amamantar de manera exclusiva a sus hijos.

Por otro lado, la práctica de LM exclusiva estuvo asociada con la escolaridad. Aquellas mujeres que tuvieron un grado alto de estudios fueron las que amamantaron a sus hijos de manera exclusiva. De igual manera la LME se asoció con los conocimientos sobre los beneficios en la salud bucal del bebé, las mujeres con un conocimiento alto practicaron más la LME que aquellas con menor conocimiento. Estos resultados se pueden comparar con los hallazgos encontrados por Chikaidili y cols.⁹³ y Zielinska y cols.⁹⁷ quienes observaron una asociación entre los conocimientos generales de LM con la práctica de amamantamiento.

Dentro de las dificultades o limitaciones de este trabajo se puede mencionar, que faltaron evaluar otros factores con respecto a la práctica de LME, que ayudarían a identificar las causas de una baja prevalencia de amamantamiento, como lo es la falta de apoyo familiar, el desconocimiento de la técnica de amamantamiento, falta de información de LME, dolor o dificultad al momento de amamantar, el agarre inmediato. Asimismo, se pudo haber utilizado un cuestionario más completo en donde abarcara la identificación de dichos factores que no fueron evaluados en la práctica de LME. Finalmente, otra de las limitantes de este estudio se encuentra que la muestra de estudio fue seleccionada por conveniencia, por lo que las conclusiones no pueden ser generalizadas a la población general.

Por otro lado, las diferencias sexuales en el conocimiento y la actitud de la LM no se evaluaron en este estudio, por ello entre las recomendaciones que se pueden dar es que, en futuros estudios sean medidos estos constructos entre hombres, ya que los compañeros masculinos pueden influir en las decisiones de alimentación infantil.¹¹⁷ Por lo que deben tener una actualización en sus conocimientos teóricos

y prácticas para que se puedan transmitir una información validada a las madres que quieren amamantar a sus hijos.

Es importante, que en futuras investigaciones se contemple la posibilidad de realizar intervenciones en las embarazadas, evaluar la efectividad de la consejería en lactancia materna, y no sólo quedarnos en la etapa prenatal para proporcionar información, sino también intervenir durante el puerperio para asegurarnos de que las madres conocen y puede realizar la técnica de amamantamiento adecuado para que de esta manera, el tiempo de LME se prolongue y puedan realizarla conforme a las recomendaciones que proporciona la OMS. Asimismo, y como se ha mencionado con anterioridad, la importancia del papel que tienen los profesionales de la salud para llevar a cabo una consejería adecuada de LME. Por lo que es recomendable que se hagan más estudios para identificar los conocimientos que tienen sobre LME, ya que ellos son la clave para educar, informar y sensibilizar a la población.

Finalmente, podemos mencionar que a pesar de que nuestro cuestionario para evaluar los conocimientos sobre los beneficios de la LM en la salud bucal del infante arrojó resultados favorables de validación, se sugiere continuar con su evaluación psicométrica. Asimismo, se necesitan investigaciones más detalladas sobre la evaluación de los conocimientos acerca de los beneficios de la LM en la salud bucal del infante, ya que no existe evidencia científica que haya hecho esto anteriormente.

CONCLUSIONES

Las embarazadas de esta población cuentan con conocimientos aceptables sobre los beneficios que ofrece la LM, sin embargo, existen rubros que se pueden mejorar como los conocimientos sobre los beneficios de la LM en la salud del bebé y de la madre.

Además, la mayoría de las embarazadas tuvieron una actitud neutral hacia la alimentación infantil y menos de la mitad de las participantes tuvo la intención de lactar a sus hijos de manera exclusiva. Por otra parte, la intención de lactar estuvo asociada a factores como la edad, la ocupación, el nivel socioeconómico, el número de hijos y la actitud hacia la alimentación infantil.

La prevalencia de la práctica de LM fue alta, así como la LM continua, sin embargo, la LME fue baja. Ésta última estuvo asociada con los conocimientos sobre los beneficios de la salud bucal del bebé. Asimismo, también se encontró asociación con la escolaridad y la intención de lactar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Li R, Zhao Z, Mokdad A, Barker L, Grummer Strawn L. Prevalence of breastfeeding in the united states: the 2001 National Immunization Survey. *Pediatrics*. 2003; 5:1198–1201.
2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. OMS 2003.
3. Cai X, Wardlaw T, Brown DW. Global trends in exclusive breastfeeding. *Int Breastfeed J*. 2012;7:12.
4. Maonga AR, Mahande MJ, Damian DJ, Msuya SE. Factors affecting exclusive breastfeeding among women in Muheza District Tanga northeastern Tanzania: a mixed method community-based study. *Matern Child Health J*. 2016;20:77–87.
5. Mogre V, Dery M, Gaa PK. Knowledge, attitudes and determinants of exclusive breastfeeding practice among Ghanaian rural lactating mothers. *Int Breastfeed J*. 2016;11:12.
6. Egata G, Berhane Y, Worku A. Predictors of non-exclusive breastfeeding at 6 months among rural mothers in east Ethiopia: a community-based analytical cross-sectional study. *Int Breastfeed J*. 2013;8:8.
7. Amin RM, Said ZM, Sutan R, Shah SA, Darus A, Sham- suddin K. Work related determinants of breastfeeding discontinuation among employed mothers in Malaysia. *Int Breastfeed J* 2011;6:4–10.
8. Thulier D, Mercer J. Variables associated with breast- feeding duration. *JOGNN* 2009;38:259–68.
9. Kavanagh KF, Lou Z, Nicklas JC, Habibi MF, Murphy LT. Breastfeeding knowledge, attitudes, prior exposure, and intent among undergraduate students. *J Hum Lact* 2012;28:556–64.
10. Hamade H, Chaaya M, Saliba M, Chaaban R, Osman H. Determinants of exclusive breastfeeding in an urban population of primiparas in Lebanon: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2013;13:702, 1-10.
11. León-Cava N, Lutter CH, Ross J, Martín L. Cuantificación de los beneficios de la Lactancia Materna: Reseña de la Evidencia. Washington, DC: OPS,2002.
12. González T, Hernández S. Lactancia Materna en México. Academia Nacional de Medicina. Intersistemas editores. 2016.

13. Delgado A, Arroyo LM, Díaz MA, Quezada CA. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2006; 63:32-9.
14. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Algunos recuentos de la historia. 2002.
15. Aguilar M, Aguayo J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatr Barc.* 2005;63:340-56
16. Hernández E. Genealogía Histórica de la Lactancia Materna. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica.* 2008;15.
17. Wickes IG. A history of infant feeding. Part I: Primitive peoples, ancient works, Renaissance writers. *Arch Dis Child* 1953; 28: 151-158.
18. Wickes IG. A history of infant feeding. Part II: Seventeenth and eighteenth centuries *Arch Dis Child* 1953; 28: 234-240.
19. Wickes IG. A history of infant feeding. Part III: Eighteen and nineteenth century writers. *Arch Dis Child.* 1953; 28:332-40
20. Wickes IG. A history of infant feeding. Part IV: Nineteenth century continued. *Arch Dis Child.* 1953; 28:416-22
21. Latham MC. Nutrición humana en el mundo en desarrollo. FAO Alimentación y nutrición. Roma, Italia. 2002
22. Organización Mundial de la Salud. Health benefits of human milk for infants. 2012.
23. Asociación Española de pediatría. Manual de lactancia materna De la teoría a la práctica. Panamericana. Madrid España.2008
24. Declaración de Innocenti sobre la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna. Florencia: WHO, 1990. Adoptada por la 45.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1992.
25. Olivia Ballard, JD. Human Milk Composition: Nutrients and Bioactive Factors. *Pediatr Clin North Am.* 2013; 60: 49–74.
26. Sociedad Venezolana de puericultura. Nutrición pediátrica. Venezuela. Panamericana. 2009
27. Churcil RB, Pickering LK. Alimentación al seno materno: pros y contras. *Aten Médica* 2002;15:50-58
28. Walker A. Breast milk as the gold standard for protective nutrients. *J Pediatr.* 2010;156:3-7.

29. Allen J, Debra H. Benefits of breastfeeding. *New South Wales Public Health Bull* 2005; 16:42-6.
30. Horta BL, Bahl R, Martinés JC, Victora CG. Evidence on the long term effects of breastfeeding. Systematic reviews and meta-analysis. World Health Organization. 2007.
31. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fact File: 10 facts on breastfeeding. Long term benefits for children.
32. Organización Mundial de la Salud (OMS). 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. 2010.
33. Heinig M. Host Defense benefits of breastfeeding for the infant: effect of breastfeeding duration and exclusivity. *Pediatric clinics of nort america*. 2001, 48:105-123
34. Horta BL, De Mola CL, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*. 2015;104:14-9.
35. Fadl A, Azza AM, Fhamy, Ehsan, Kolkaliah N, Narouz N. The psychological benefits of continued breastfeeding into the second year for mother and child. *Int. J. Ch. Neuropsychiatry*. 2006;2:143-153
36. Isaacs EB. Impact of breast milk on intelligence quotient, brain size, and white matter development. *Pediatric Research*. 2010;67: 357-62.
37. Dewey KG. Growth characteristics of breast-fed compared to formula-fed infants. *Biol Neonate*. 1998;74:94-105.
38. Dewey K, Cohen R, Brown K, Landa L. Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. *J Nutr*. 2001;131:262-7.
39. Enlow DH. Maduración de la neuromusculatura orofacial. En crecimiento facial. Silvia Fuentes Bakor. 3°ed. 2000
40. Carvalho, GD. Síndrome de respirador bucal o insuficiente respirador nasal. *Rev. Secretarios de Saúde*. 1996;2:12-13
41. Pastor I., Montanha K. Amamantación natural y desarrollo del sistema estomagnático. *Rev. Odontop*. 1994;3.
42. Dreyfus S, Torres R. Biología de la boca- Estructura y función. Buenos Aires. Panamericana. 1973
43. Medeiros C. Hábitos bucales nocivos. La importancia de la concientización en relación a las acciones preventivas. *Rev. Actual Cient*. 1992;4

44. Murillo Edna. (2015) Importancia de la lactancia materna en Odontopediatría. (Tesina). UNAM
45. Scoccianti C, Key T, Anderson A, Armaroli P, Berrino F, Cecchini M, Boutron M, Leitzmann M, Norat T, Powers H, Schuz J, Wiseman M, Romieu I. European Code against Cancer 4th Edition: Breastfeeding and cancer. *Cancer Epidemiol.* 2015;39:101-6.
46. Luan NN, Wu QJ, Gong TT, Vogtmann E, Wang YL, Lin B. Breastfeeding and ovarian cancer risk: a meta-analysis of epidemiologic studies. *Am J Clin Nutr.* 2013;98:1020-31.
47. Toma TS, Rea MF. Benefits of breastfeeding for maternal and child health: an essay on the scientific evidence. *Cadernos de saude publica.* 2007;24: 235-46
48. Brewer MM, Bates MR, Vannoy LP. Postpartum changes in maternal weight and body fat depots in lactating vs nonlactating women. *Am J Clin Nutr.* 1989;49:259-65.
49. Stuebe A, Schwarz E, Grewen K, Rich-Edwards J, Michels K, Foster E, Curhan G, Forman J. Duration of lactation and incidence of maternal hypertension: a longitudinal cohort study. *Am J Epidemiol.* 2011;174:1147-58.
50. Villegas R, Gao Y, Li H, Elasy T, Zheng W, Shu X. Duration of breastfeeding and the incidence of type 2 diabetes mellitus in the Shanghai Women's Health Study. *Diabetologia.* 2008;51:258-66.
51. Jarlenski MP, Bennet WL, Bleich SN, Barry CL, Stuart EA. Effects of breastfeeding on postpartum weight loss among U.S. women. *Preventive Medicine.* 2014;69:146-50.
52. Gunderson E, Lewis C, Wei G, Whitmer R, Quesenberry C, Sidney S. Lactation and changes in maternal metabolic risk factors. *Obstet Gynecol.* 2007;109:729-38.
53. Ram K, Bobby P, Hailpern S, Lo J, Schocken M, Skurnick J, Santoro N. Duration of lactation is associated with lower prevalence of the metabolic syndrome in midlife-SWAN, the study of women's health across the nation. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198:1-6.
54. Dieterich M, Felice P, Sullivan E, Rasmussen M. Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad. *Pediatric Clinics of North America.* 2013; 60:31-48.
55. Mezzacappa S, Katkin S. Breastfeeding is associated with reduced perceived stress and negative mood in mother. *Health Psychology.* 2002; 21:187.
56. Colchero A, Contreras-Loya D, Lopez-Gatell H, González de Cosío T. The costs of inadequate breastfeeding of infants in Mexico. *Am J Clin Nutr.* 2015;101:579-86.
57. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados nacionales. 2012

58. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Resultados por entidad federativa-Guanajuato. 2012
59. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Presentación de resultados.2018
60. Fernández Medina IM, González Fernández CT. Lactancia materna: prevención de problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz. *Enferm. glob.* 2013; 12: 443-451.
61. Yngve S. Breastfeeding determinants and a suggested framework for action in Europe. *Public Health Nutrition* 2001; 4:729-39
62. Shahla M, Fahy K, Kable AK. Factor that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literatura review. *Women Birth* 2010; 23:135-45.
63. Rivera E, Bauta L, Fornaris A, Flores M, Pérez R. Factores determinantes de la lactancia materna exclusiva: policlínico “Aleida Fernández”. 2015. *Rev haban cienci med.* 2017;16:6.
64. Aramburu Aliaga I, Etxaniz Elozegi I, Pereda Goikoetxea B, Ugartemendia Yerobi M, Uranga Iturrioz MJ, Zinkunegi Zubizarreta N. Revisión bibliográfica de los beneficios de las intervenciones profesionales de apoyo en la lactancia materna. *Matronas Prof.* 2014; 15:1-8.
65. Gómez Alberto. (2017) Variables psicosociales predictoras de la intención de lactar exclusivamente con leche materna durante 6 meses. (Tesis). UNAM
66. Rendón Rojas MA. Relación entre los conceptos: información, conocimiento y valor. Semejanzas y diferencias. *Ci. Inf.* 2005;34: 52-61.
67. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Informes, estudios e investigación. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN): Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Publicaciones. 2011.
68. Bunge MD. Teoría del Conocimiento. *Rev Cub Salud Pub.* 2011, 2:3-4.
69. Rivas A, Romero A, Vásquez M. Motivaciones de la madre para amamantar: una experiencia a partir de la capacidad de escuchar. *Duazary.* 2012; 9: 116-122.
70. Becerra A, Briñol P, Falces C. Actitudes. *Psicología social.* 3ª Ed. Madrid: McGraw-Hill; 2007. Págs. 457-490
71. Jácome A, Jiménez R. Validación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale. *PEDIATR.* 2014;47:77-82.
72. Kloeblen A, Thompson N, Miner K. Intent to breast-feed: The impact of attitudes, norms, parity, and experience. *American Journal of Health Behavior.* 2002;26:182–187.

73. Manstead A, Plevin C, Smart J. Predicting mothers choice of infant feeding method. *British Journal of Social Psychology*. 1984; 23: 223–231.
74. Kloeblen A, Thompson N, Miner K. Predicting breast-feeding intention among low-income pregnant women: A comparison of two theoretical models. *Health Education & Behavior*. 1999;26:675–688.
75. Ahluwalia I, Morrow B, Hsia J, Grummer-Strawn, L. Who is breastfeeding? Recent trends from the pregnancy risk assessment and monitoring system. *Pediatrics*. 2003;142, 486–491.
76. American Academy of Pediatrics. *Breastfeeding handbook for physicians*. Elk Grove Village, IL. 2006
77. Chapman D, Pérez R. Does delayed perception of the onset of lactation shorten breastfeeding duration? *Journal of Human Lactation*, 1999;15:107–111.
78. Pan American Health Organization. *Situación actual y tendencia de la lactancia materna en América Latina y el Caribe: implicaciones políticas y programáticas*. PAHO 2013.
79. Roig AO, Martínez MR, García JC, Hoyos SP, Navidad GL, Álvarez JC. Factors associated to breastfeeding cessation before 6 months. *Rev Lat Am Enferm*. 2010, 18:373-80.
80. Prendes M, Vivanco M, Gutiérrez R, Guibert W. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1999;15:397-402
81. Calzado M, Rodríguez L, Vargas E, Vistel M. Influencia de la lactancia materna en la salud del niño. *Rev. Cubana de Enfermería*. 2000;16:2
82. Gutiérrez A, Barbosa D, González R, Martínez O. Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna. *Rev Cubana Enfermer*. 2001; 17:42-6
83. Bocanegra S. Conocimientos sobre conductas óptimas de lactancia y su relación con factores personales, educativos y socioeconómicos en púerperas del Hospital Belén de Trujillo. *Rev. Med. Vallejana*. 2007;4:2
84. Borre Y. M., Cortina C. y González G, Lactancia materna exclusiva: Noviembre de Santa Marta Colombia 2012. (LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA: ¿LA CONOCEN LAS MADRES REALMENTE?. *Rev Cuid* 2014; 5: 723-3
85. Morán Edith, Valladares Félix. (2010) Estudio sobre los conocimientos de la lactancia materna de las madres lactantes que asisten a control materno. (Tesis) Universidad Del El Salvador.
86. Zimmermann Cynthia. (2010). Conocimiento sobre lactancia materna en púerperas de la ciudad de resistencia en Colombia. (Tesis) Universidad Nacional del Nordeste.

87. Ulunque A, Uria E, Vairo J, Vargas A, Santander A. Conocimiento sobre Lactancia Materna en Madres de los Centros de Salud Pacata y Jaihuayco del 2008 al 2009. *Rev Cient Cienc Méd.* 2010; 13:73-6.
88. Aznar F, Salazar S, Delgado X, Cani T, Cluet I. Evaluación del conocimiento de las madres sobre Lactancia Materna. Estudio multicéntrico en las áreas metropolitanas de Caracas y Maracaibo. *Arch Venez Puer Ped.* 2009; 72:118-122
89. Gerónimo R, Magaña M, Zetina E, Herrera Y. Conocimiento, actitud y práctica sobre lactancia materna en mujeres de período de posparto de un hospital de tercer nivel. *Salud en Tabasco* 2014, 201:14-20.
90. Delgado M, Nombera P. (2012) Nivel de conocimientos de las madres puérperas en la práctica de la lactancia materna exclusiva HRDLM- Chiclayo. (Tesis) Universidad Católica de Santo Toribio de Mogrovejo.
91. Hamade H, Naja F, Keyrouz S, Hwalla N, Karam J, AL RustomL, Nasreddine L. Breastfeeding knowledge, attitude, perceived behaviour, and intention among female undergraduate university students in the Middle East: the case of Lebanon and Syria. *Food Nytr Bull.* 2014; 2:179-90.
92. Leshi O, Samuel F, Aiakaye M. Breastfeeding knowledge, attitude and intention among female young adults in Ibadan, Nigeria. *Open Journal of Nursing* 2016;6:11-23.
93. Chikaodili N, Chinyelu B, Agnes N, Nonyelum N, Jisieike O, Chinweuba A , Nwaneri A, Arinze J, Chikeme P. Exclusive Breastfeeding Knowledge, Intention to Practice and Predictors among Primiparous Women in Enugu South-East, Nigeria. *Hindawi Journal of Pregnancy.* 2019;6:1-8
94. Senghore T, Omotosho TA, Ceesay O, Williams. Predictors of exclusive breastfeeding knowledge and intention to or practice of exclusive breastfeeding among antenatal and postnatal women receiving routine care: a cross-sectional study *DCHInt Breastfeed J.* 2018;2:13:9
95. Alonso Selene (2017). Conocimientos y factores sobre lactancia materna en mujeres durante el período de puerperio. (Tesis) Universidad Autónoma del Estado de México.
96. Amateco L, Hernández I. Nivel de conocimiento sobre lactancia maternal en mujeres de la ciudad de Tixtla Guerrero. *Tlamati Sabiduría.* 2017;8:2
97. Zielińska M, Sobczak A, Hamułka J. BREASTFEEDING KNOWLEDGE AND EXCLUSIVE BREASTFEEDING OF INFANTS IN FIRST SIX MONTHS OF LIFE. *Rocz Panstw Zakl Hig.* 2017;68:51-59
98. Suárez M, Movilla MJ, Pita P, Fernández B, Novío S. Breastfeeding knowledge and relation to prevalence. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:34-33
99. Yllescas Carmen. (2015) Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en madres puérperas que se separan de su hijo por trabajo estudio

realizado en el centro de atención permanente de Villa Nueva. (Tesis) Universidad Rafael Landívar.

100. García Luis. (2015) Nivel de conocimientos de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva. (tesis) Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
101. World Health Assembly, 54. (2001). Global strategy for infant and young child feeding: the optimal duration of exclusive breastfeeding. World Health Organization.
102. González T, Escobar L, González LD, Rivera JÁ. Infant feeding practices and deterioration of breastfeeding in Mexico. *Salud Publica Mex.* 2013;55:170-9
103. Gutiérrez JP, Rivera J, Shamah T, Villalpando S, Franco A, Cuevas L, Romero M, Hernández M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. 2012
104. Fleiss J. *Statistical methods for rates and proportions.* Nueva York: John Wiley & Sons; 1981
105. Patricia Alvarez. (2013). Propuesta de intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva en adolescentes embarazadas de santo tomas Ajusco. (tesis de maestría) Instituto Nacional de Salud Pública.
106. Aguilar HJ, Coronado A, Gómez OJ, Cobos H. Adaptación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale en población mexicana. *Acta Pediatr Mex.* 2016;37:149-158.
107. Nommsen L, Dewey K. Development and validation of the infant feeding intentions scale. *Matern Child Health J.* 2009;13:334-342.
108. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. *Diario Oficial de la Federación,* (noviembre 2018).
109. Jessri M, Farmer AP, Maximova K, Willows ND, Bell RC. Predictors of exclusive breastfeeding: observations from the Alberta pregnancy outcomes and nutrition (APrON) study. *BMC Pediatr.* 2013;13:77
110. Scott JA, Binns CW, Graham KI, Oddy WH. Temporal changes in determinants of breastfeeding initiation. *Birth.* 2006;33:37-45.
111. Jiménez ML, Pardo V, Ibáñez E. La influencia del profesional sanitario en la lactancia materna. *Med Natur.* 2009;3:77-85.
112. Carrol M, Gallagher L, Clarke M, et al. Artificial milk-feeding women's views of their feeding choice in Ireland. *Midwifery.* 2015;31:640-6.
113. Nnebe-Agumadu UH, Racine EF, Laditka SB, Coffman MJ. Associations between perceived value of exclusive breastfeeding among pregnant women in the United States and exclusive breastfeeding to three and six months post-partum: A prospective study. *Int Breastfeed J.* 2016;11:8

114. Domínguez M, Rodríguez M, Ramos M. (2009) Información que poseen las madres adolescentes entre 12 y 17 años sobre la lactancia materna en el período post-parto para la redacción de un programa en el Hospital General de los Valles del Tuy “Simón Bolívar”. (tesis) Universidad Central de Venezuela.
115. Niño R, Silva G, Atalah E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Rev Chil Pediatr.* 2012; 83:161-9.
116. Estrada J, Amargós J, Reyes B, Guevara A. Intervención educativa sobre lactancia materna. *Rev AMC.* 2010;14:2.
117. Alva Luisa. (2017) Medición del control conductual percibido relacionado con la lactancia materna: diseño y validación de una escala para mujeres embarazadas de la ciudad de México. (tesis) UNAM
118. Gómez-García J. Alberto, Rojas-Russell Mario E., Serrano-Alvarado Karina, Juárez-Castelán Mariel A., Huerta-Ibáñez Alondra, Ramírez-Aguilar Martín. Intención de lactar exclusivamente con leche materna: un estudio basado en la Teoría de la Conducta Planeada. *Clínica y Salud.* 2020; 31: 13-20.
119. Al-Sahab, B., Lanes, A., Feldman, M. y Tamim, H. Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: A national survey. *BMC Pediatrics.* 2010;10:1
120. Secretaría de Salud de México. Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2105, Para la prevención y control de enfermedades bucales.
121. Cascone D, Tomassoni D, Napolitano F, Di Giuseppe G. Evaluation of Knowledge, Attitudes, and Practices about Exclusive Breastfeeding among Women in Italy. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16:21-18.
122. Laugen C., Islam N., Janssen P. Social Support and Exclusive Breast feeding among Canadian Women. *Paediatr. Perinat. Epidemiol.* 2016;30:430–438.

ANEXO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ENES UNIDAD LEÓN
MAESTRÍA EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente me dirijo a usted para informarle que estamos realizando un estudio sobre diversos aspectos relacionados con la lactancia materna y por tal razón solicito su apoyo para que nos permita realizarle una encuesta y se obtenga información acerca de este tema. El objetivo de esta investigación es identificar la asociación que existe entre los conocimientos que poseen las embarazadas respecto a los beneficios de la lactancia materna en su salud y la del recién nacido con la intención de lactar, así como identificar la asociación que existe entre la intención de lactar y la práctica de amamantamiento.

La información será recabada a través de un cuestionario. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este trabajo. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación, por lo tanto, serán anónimas.

Si usted accede a participar en este trabajo se le pedirá responder preguntas en una encuesta, que se llevará aproximadamente de 10 a 15 minutos de su tiempo, y posteriormente si usted nos permite nos gustaría contactarla 3-6 meses después para realizarle nuevamente una breve encuesta. Para esto se le solicitará un número telefónico para ponernos en contacto con usted, nadie más que el personal del estudio tendrá acceso a estos datos personales.

Su participación en este estudio es voluntaria. No se proporcionarán incentivos o compensaciones económicas por participar en este estudio de investigación.

Su decisión de participar o no en el estudio no afectará sus derechos como asegurado para recibir atención médica u otro servicio de salud. Usted no está renunciando a ningún derecho como participante de este estudio. Si usted decide participar, usted puede retirar su consentimiento y discontinuar su participación en cualquier momento.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el mismo.

Su participación es muy importante, pues permitirá contribuir en el conocimiento sobre aspectos relacionados con la lactancia materna en nuestra población, con el fin de mejorar estas prácticas.

Yo _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto participar en este estudio titulado "Conocimientos respecto a los beneficios de la lactancia materna en la salud del recién nacido y de la madre y su asociación con la intención de lactar".

Firma de conformidad.

Firma de Testigo

Fecha

Atentamente

Ana Karen Mancera Navarro
Investigador principal

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participantes podrá dirigirse a:
Número de contacto: 4775536161
Correo electrónico: annamannav@gmail.com

Comisión de ética de investigación
Dra. María del Carmen Villanueva Vilchis
Número de contacto: 477 194 08 00 Extensión 43444

ANEXO 2



León, Guanajuato a 23 de octubre de 2018.

Investigador principal: Ana Karen Mancera Navarro

Asunto: DICTAMEN DE LA COMISIÓN DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN.

Referente a la revisión de los ajustes realizados al protocolo “**Conocimientos respecto a los beneficios de lactancia materna en la salud del recién nacido y de la madre y su asociación con la intención a lactar**”, con número de registro CEI.18_012_S1, respondiendo a las observaciones emitidas por esta Comisión en la sesión del 12 de octubre de 2018. Se concluye que los cambios realizados son satisfactorios por lo que se le otorga el estatus de:

A P R O B A D O

Se le solicita enviar un reporte de avances dentro de los próximos 12 meses a partir de la emisión de la presente

Atentamente



Presidenta de la Comisión de Ética en Investigación
Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León.
UNAM

ANEXO 3



Comité de Investigación
16 CI 11020 011
Jurisdicción Sanitaria VII

Oficio No. **000674**
No. De proyecto: 1

ASUNTO: Autorización para Proyecto

León, Gto. 23 de enero de 2019.

Dr. Gerardo Muñoz Picón
Responsable del CAISES León
Sector IV
Jurisdicción Sanitaria VII
Presente.

A través del presente informo a usted que la C. Ana Karen Mancera Navarro, alumna de la Maestría en Ciencias Odontológicas de la ENES UNAM, cuenta con autorización para invitar a usuarias de los servicios de salud a participar en el proyecto de investigación **Conocimientos respecto a los beneficios de la lactancia materna en la salud del recién nacido y de la madre, y su asociación con la "intención de lactar y la práctica de lactar"** el cual consiste en realizar una encuesta, con el objetivo de identificar la asociación que existe entre los conocimientos que poseen las embarazadas respecto a los beneficios de la lactancia materna en su salud y la del recién nacido con la intención de lactar y la práctica de amamantamiento.

Solicito a usted ponerse de acuerdo con la interesada e indicarles cuál es el momento más oportuno en la dinámica de la unidad de salud, para que ellas inviten y realicen la encuesta.

En caso de cualquier cambio en las especificaciones autorizadas u observación a la intervención deberá notificar inmediatamente a la coordinación de Enseñanza e Investigación de la jurisdicción al tel. 1 48 12 25 ext. 5372 y al correo mmsolism@guanajuato.gob.mx.

Agradezco de antemano el apoyo que sirva prestarnos.

ATENTAMENTE
"Guanajuato. Grandezza de México"

Dr. Antonio Escobar Rodríguez
Jefe de la Jurisdicción Sanitaria VII

C.P. Dr. Héctor Armando Vázquez Falcón. Director del Sector IV.
Dr. J. Asunción Lopes Crus. Coordinador de Servicios de Salud.
Enf. Verónica Ivette Silva Ortiz. Responsable de Enseñanza. Sector IV.

JURISDICCIÓN SANITARIA VII

Bvld. Delta #201, Col. San José de Santa Julia | León, Gto. Mexico | C.P. 37530 | Tel. (477) 148 1225
Email: salud@guanajuato.gob.mx | [f](#) [t](#) [@](#) [s](#) [salud.guanajuato.gob.mx](#)



Comité de Investigación
16 CI 11020 011
Jurisdicción Sanitaria VII
Oficio No. 000528

No. De proyecto: 1/2019

ASUNTO: Dictamen de Proyecto

León, Gto. 22 de enero de 2019.

Ana Karen Mancera Navarro
Maestría en Ciencias Odontológicas
Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León
Universidad Nacional Autónoma de México
Presente.

A través del presente les informo que en sesión del Comité de Investigación y de Ética en Investigación de la Jurisdicción Sanitaria VII, se evaluó su proyecto de investigación titulado **“Conocimientos respecto a los beneficios de la lactancia materna en la salud del recién nacido y de la madre, y su asociación con la intención de lactar y la práctica de lactar”** el cual ha recibido el siguiente dictamen: Dictamen: **Aprobado. Se han realizado sugerencias de modificación (Anexo)**
No. Autorización: **JSVII-01-220119**

Le comunico que por disposición del Departamento de Investigación de la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato se deberá registrar el proyecto en el Sistema de captura de proyectos en la dirección http://salud3.guanajuato.gob.mx/proyectos/F_Login.php para seguimiento de las intervenciones que se están realizando en las unidades de la Secretaría de Salud.

Si el proyecto excede de 6 meses de duración, deberá enviar un informe trimestral de actividades, así mismo al concluir su proyecto enviar en formato pdf el Informe Técnico Final del mismo, al correo mmsolism@guanajuato.gob.mx

En caso de cualquier cambio en las especificaciones autorizadas deberá notificar inmediatamente al comité.

Le deseamos éxito en el presente proyecto, esperando lo registre y nos informe de los resultados al término del mismo.

ATENTAMENTE
“Guanajuato. Grandeza de México”

JURISDICCIÓN SANITARIA VII
LEÓN

MCM. Francisco Méndez Ramírez
Presidente del Comité de Investigación

MEyAS. Laura Hernández López
Presidenta del Comité de Ética en Investigación

C.P. Dr. Antonio Escobar Rodríguez. Jefe de la Jurisdicción Sanitaria VII.
Dra. María Magdalena Solís Medina. Sria. Técnica del Comité de Investigación.
Archivo y expediente.

JURISDICCIÓN SANITARIA VII

Bldv. Delta #201, Col. San José de Santa Julia | León, Gto, México | C.P. 37530 | Tel. (477) 148 1225
Email: salud@guanajuato.gob.mx | [f](#) [t](#) [i](#) [o](#) [b](#) [s](#) [a](#) [l](#) [u](#) [d](#) [.g](#) [u](#) [a](#) [n](#) [a](#) [j](#) [u](#) [a](#) [t](#) [o](#) [.g](#) [o](#) [b](#) [.m](#) [x](#)

ANEXO 4



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES, UNIDAD LEÓN
MAESTRÍA EN CIENCIAS MÉDICAS ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD



CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA SALUD GENERAL DE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO Y LA INTENCIÓN DE LACTAR

El presente cuestionario tiene como finalidad determinar los conocimientos y la intención que tienen las embarazadas con respecto a la lactancia materna. El análisis de la información obtenida de manera directa a través de los cuestionarios servirá para el Proyecto de Investigación de la alumna de maestría Ana Karen Mancera Navarro. No es obligatorio que usted responda, sin embargo, toda la información que nos proporcione será muy valiosa para saber cuáles son los conocimientos respecto a la lactancia adoptados por madres mexicanas. Por otra parte, tenga la certeza de que la información será manejada confidencial y únicamente para fines estadísticos y educativos. ¡Muchas gracias!

***INSTRUCCIONES:** Lea detenidamente cada una de las preguntas y, en su caso, elija la respuesta que mejor se adapte a su opinión (Puede subrayar o encerrar la respuesta).

DATOS GENERALES

1. ¿Cuál es su nombre? _____
2. ¿Cuántos años tiene? _____
3. ¿Cuál es su número de teléfono? _____
4. ¿Cuál es su domicilio? _____
5. ¿Cuántos meses (o semanas) de embarazo tiene? _____
6. ¿Cuál es su estado civil actual?
 - a. Soltera
 - b. Casada
 - c. Divorciada
 - d. Otro _____
7. ¿Cuál es su máximo grado de estudios?
 - a. Sin estudios
 - b. Primaria
 - c. Secundaria
 - d. Bachillerato
 - e. Universidad
8. ¿Cuál es su ocupación?
 - a. Obrera
 - b. Técnica
 - c. Profesionista
 - d. Estudiante
 - e. Ama de casa
 - f. Otra _____
9. ¿Cuál es su salario mensual familiar?
 - a. Menos de \$2,500
 - b. De \$2,500 a \$4,000
 - c. De \$4,000 a \$6,500
 - d. Más de \$6,500
10. Pensando en el jefe o jefa de hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que aprobó en la escuela?
 - a. Sin instrucción
 - b. Primaria completa
 - c. Secundaria completa
 - d. Preparatoria completa
 - e. Licenciatura completa
 - f. Posgrado
11. ¿Cuántos baños completos con regadera y excusado hay en la casa donde vive? _____
12. ¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja? _____
13. Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular ¿su hogar cuenta con internet?
 - a. Sí
 - b. No
14. En su vivienda, ¿cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños? _____
15. De todas las personas que viven en su hogar, ¿cuántas trabajaron en el último mes? _____
16. ¿Su embarazo fue deseado?
 - a. Sí
 - b. No
17. ¿Su embarazo fue planificado?
 - a. Sí
 - b. No
18. ¿Es su primer embarazo?
 - a. Sí (Pase a la pregunta 24).
 - b. No

5. ¿Hasta qué edad debe alimentar a su bebé con leche materna de manera EXCLUSIVA (Es decir SIN darle algo extra como leche en fórmula, té, cereales, agua, jugos o alimentos)?
- a. 1 mes b. 2 meses c. 3 meses d. 6 meses e. 1 año
6. ¿A qué edad considera que su bebé deba iniciar la introducción de otros alimentos a parte de la lactancia materna?
- a. 1 mes b. 2 meses c. 3 meses d. 6 meses e. 1 año

***INSTRUCCIONES:** Lea detenidamente cada una de las preguntas y, en su caso, marque con una "X" la respuesta que mejor se adapte a su opinión.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy segura	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. La lactancia materna previene enfermedades en su bebé.					
2. La lactancia materna es más higiénica y de más fácil digestión que cualquier otra leche.					
3. La lactancia materna ayuda a que tenga una mejor vista mi bebé.					
4. La lactancia materna proporciona todos los nutrientes y líquidos que necesita el bebé para su crecimiento y desarrollo.					
5. La lactancia materna aumenta el riesgo de obesidad en mi bebé.					
6. La lactancia materna disminuye el riesgo de presentar asma en mi bebé.					
7. La lactancia materna disminuye el riesgo de presentar leucemia en mi bebé.					
8. La lactancia materna aumenta el riesgo de presentar alergias en mi bebé.					
9. La lactancia materna disminuye el riesgo de presentar infecciones estomacales en mi bebé.					
10. La lactancia materna aumenta el riesgo de presentar diabetes en mi bebé.					
11. La lactancia materna disminuye el riesgo de presentar infecciones respiratorias en mi bebé.					
12. La lactancia materna disminuye el riesgo de muerte prematura (muerte súbita o de cuna).					
13. La lactancia materna aumenta la inteligencia (coeficiente intelectual) en mi bebé.					
1. La lactancia materna ayudará a estimular el crecimiento de los huesos de la boca (como el maxilar y la mandíbula de su hijo).					
2. La lactancia materna ayudará a estimular y fortalecer los músculos de la masticación de su hijo.					
3. La lactancia materna ayudará a que su hijo tenga un correcto patrón de respiración nasal.					
4. La lactancia materna puede disminuir el riesgo de presentar hábitos bucales incorrectos (ej. Chuparse el dedo) en su hijo.					
5. La lactancia materna facilitará la erupción y alineación de los dientes de su hijo.					

***INSTRUCCIONES:** Lea detenidamente cada una de las preguntas y, en su caso, marque con una "X" la respuesta que mejor se adapte a su opinión.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy segura	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. La lactancia materna ayuda a disminuir el sangrado después del parto.					
2. La lactancia materna disminuye el riesgo de presentar cáncer de mama y ovario.					
3. La lactancia materna ayuda a perder más rápido el peso acumulado durante el embarazo.					
4. La lactancia materna ayuda a tener adecuada recuperación de los pechos, manteniendo la elasticidad y firmeza.					
5. La lactancia materna aumenta el riesgo de volver a embarazarse durante los siguientes 6 meses después del parto.					

***INSTRUCCIONES:** Lea detenidamente cada una de las preguntas y, en su caso, marque con una "X" la respuesta que mejor se adapte con su opinión.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy segura	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Los beneficios de la leche materna duran sólo hasta que se le deja de dar.					
2. Alimentar con leche de fórmula (de bote) es más adecuado que dar pecho.					
3. La lactancia materna aumenta la unión madre-hijo.					
4. La leche materna es deficiente en hierro.					
5. Los bebés alimentados con leche de fórmula son más propensos de ser sobrealimentados (alimentados de más) que los bebés con leche materna.					
6. La alimentación con leche de fórmula es la mejor elección si la madre tiene previsto trabajar fuera del hogar.					
7. Las madres que alimente con leche de fórmula a sus bebés se perderán una de las mayores alegrías de la maternidad.					
8. Las madres no deberían amamantar a sus hijos en lugares públicos tales como restaurantes.					
9. Los bebés alimentados con leche materna son más sanos que los bebés alimentados con leche de fórmula.					
10. Los bebés alimentados con leche materna son más propensos a ser sobrealimentados (alimentados de más) que los de leche de fórmula.					
11. Los padres se sienten excluidos si la madre da pecho a su bebé					
12. La leche materna es el alimento ideal para los bebés.					
13. La leche materna es más fácil de digerir que la leche artificial.					
14. La leche de fórmula es tan saludable para el bebé como la leche materna.					

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy segura	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
15. La leche materna es más adecuada que la leche de fórmula.					
16. La leche materna es más barata que la leche de fórmula.					
17. Una madre que ocasionalmente bebe alcohol no debería amamantar a su bebé.					

INTENCIÓN DE PRACTICAR LA LACTANCIA MATERNA

***INSTRUCCIONES:** Lea detenidamente cada una de las preguntas y, en su caso, marque con una "X" la respuesta que mejor se adapte a su opinión.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy segura	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Tengo planes de sólo alimentar a mi bebé con leche de fórmula (no voy a amamantar).					
2. Tengo planes de por lo menos intentar amamantar a mi bebé.					
3. Cuando mi bebé tenga 1 mes, lo amamantaré sin usar ninguna fórmula infantil ni otra leche.					
4. Cuando mi bebé tenga 3 meses, lo amamantaré sin usar ninguna fórmula infantil ni otra leche.					
5. Cuando mi bebé tenga 6 meses, lo amamantaré sin usar ninguna fórmula infantil ni otra leche.					

75. ¿Cuál es la razón principal por la cual usted daría leche materna a su bebé? (Elija sólo una opción)
- Ahorro de dinero
 - Para darle nutrientes necesarios.
 - Para prevenir enfermedades

ANEXO 5



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES, UNIDAD LEÓN
MAESTRÍA EN CIENCIAS MÉDICAS ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD



CUESTIONARIO DE PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA

El presente cuestionario tiene como finalidad determinar las prácticas de lactancia materna que tienen las madres. El análisis de la información obtenida de manera directa a través del cuestionario servirá para el Proyecto de Investigación de la alumna de maestría Ana Karen Mancera Navarro. No es obligatorio que usted responda, sin embargo, toda la información que nos proporcione será muy valiosa para saber cuáles son las prácticas respecto a la lactancia adoptadas por madres mexicanas. Por otra parte, tenga la certeza de que la información será manejada confidencial y únicamente para fines estadísticos y educativos. ¡Muchas gracias!

***INSTRUCCIONES: Lea detenidamente cada una de las preguntas y, en su caso, elija la respuesta que mejor se adapte a su opinión (Puede subrayar o encerrar la respuesta).**

1. Nombre de la madre: _____
2. Edad del bebé: _____
3. ¿Amamantó alguna vez a su hijo?
a) Sí b) No
4. ¿Por qué no amamantó a su hijo?
a) La fórmula es mejor
b) Creo que amamantar es demasiado inconveniente
c) No me gusto
d) No tuve leche
e) Quise ponerme a dieta o quise perder peso
f) Quise regresar a mi dieta habitual
g) Quise fumar igual o más de lo que debería si amamantaba
h) Tenía muchas cosas que hacer
i) Tenía planeado regresar a la escuela
j) Alguien más lo amamantó
k) Quise conservar mi figura
l) Porque el papá de mi hijo no quiso
m) Porque la abuela de mi hijo no quiso
n) Quise usar anticonceptivos
o) Otros (especifique): _____
5. ¿Cuánto tiempo después de que nació su hijo empezó usted a amamantarlo?
a) Inmediatamente o menos de una hora
b) Horas
c) Días
d) No sabe/ no se acuerda
6. En los primeros tres días después del nacimiento de su hijo, ¿le dio algo de beber, a parte de su leche materna? ¿Qué le dio? _____

7. ¿Aún amamanta/ le da leche materna a su hijo?
a) Si b) No
8. ¿Ayer amamantó a su hijo durante el día o la noche?
a) Si b) No (Pase a la pregunta 9)
9. ¿Cuántas veces amamantó ayer en el día? (desde que usted se levantó hasta que usted se fue a dormir) _____
10. ¿Cuántas veces amamantó anoche? (desde que usted se fue a dormir hasta que usted se levantó en la mañana) _____
11. ¿Amamanta/ le da leche materna a su bebé cada que lo pide? ¿A libre demanda?
a) Si b) No
12. ¿Le da leche materna en biberón (mamila)?
a) Si, siempre
b) Si, muchas veces o frecuentemente
c) Si, le he dado alguna vez, pero casi nunca le doy
d) Intenté, pero no seguí
e) No, nunca
13. ¿Cuántos meses amamantó a su hijo? _____
14. ¿Alguna vez alimentó a su hijo con leche de fórmula?
a) Si b) No
15. ¿Porqué decidió alimentar a su hijo con leche de fórmula?
a) Me quedé sin leche
b) Me enfermé y no pude amamantar
c) Decidí alimentarlo sólo con fórmula
d) Decidí alimentarlo y también darle fórmula
e) Elegí la misma fórmula con la que alimentaron a mi hijo en el hospital
f) Escuche que la fórmula es mejor para mi hijo
g) Vi anunciada la fórmula y quise probarla
h) Mi hijo tenía un problema de salud y encontré una fórmula que parecía ser el alimento adecuado
i) Elegía la misma fórmula con la que alimento a mi hijo (a) mayor
j) El doctor u otro profesional me recomendó la fórmula
k) Porque me la recomendaron amigos o familiares
l) Otros (especifique): _____