



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 62
CUAUTITLÁN, ESTADO DE MÉXICO



“FACTORES DE RIESGO QUE CONDICIONAN LA FALTA DE APEGO A LA LACTANCIA, EN MUJERES EN LOS PRIMEROS SEIS MESES POSPARTO, UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 62.”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA ERIKA SÁNCHEZ DÍAZ
MEDICA CIRUJANA**

REGISTRO DE AUTORIZACIÓN: R-2020-1406-004

ASESOR
DR. RUBÉN RÍOS MORALES
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

CUAUTITLÁN, ESTADO DE MÉXICO

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.

“FACTORES DE RIESGO QUE CONDICIONAN LA FALTA DE APEGO A LA LACTANCIA, EN MUJERES EN LOS PRIMEROS SEIS MESES POSPARTO, UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 62.”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTAS EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

SÁNCHEZ DÍAZ ERIKA

AUTORIZACIONES

DRA. ARACELI GUTIÉRREZ ROMERO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
EN CUAUTITLÁN EDO. DE MÉXICO ORIENTE

DR. RUBÉN RÍOS MORALES
ASESOR DE TESIS ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 62

DR. RUBÉN RÍOS MORALES
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN DELEGACIÓN

DRA. OLGA MARGARITA BERTADILLO MENDOZA
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN ORIENTE CUAUTITLÁN EDO. DE MÉXICO ORIENTE

“FACTORES DE RIESGO QUE CONDICIONAN LA FALTA DE APEGO A LA LACTANCIA, EN MUJERES EN LOS PRIMEROS SEIS MESES POSPARTO, UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 62.”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTAS EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

SÁNCHEZ DÍAZ ERIKA

AUTORIZACIONES

DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M

ÍNDICE

1. RESUMEN	5
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1 ANTECEDENTES.....	10
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	14
4. JUSTIFICACIÓN	14
5. OBJETIVOS	15
5.1 OBJETIVO GENERAL	15
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
6. HIPÓTESIS	15
7. METODOLOGÍA.....	15
7.1 TIPO DE ESTUDIO	15
7.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	15
7.4 UNIVERSO DE TRABAJO	16
7.4.1 Criterios de Inclusión.	16
7.4.2 Criterios de exclusión.....	16
7.4.3 Criterios de eliminación	16
7.5 INFORMACIÓN A RECOLECTAR.....	17
7.6 MÉTODO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.....	19
7.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	21
8. RESULTADOS	25
8.1 DESCRIPCIÓN	25
8.2 TABLAS Y GRÁFICOS	26
9. DISCUSIÓN	38
10. CONCLUSIONES	40
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
Bibliografía.....	41
12. ANEXOS	43
12. 1 ESCALA	43
12.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO	47

1. RESUMEN

“FACTORES DE RIESGO QUE CONDICIONAN LA FALTA DE APEGO A LA LACTANCIA, EN MUJERES EN LOS PRIMEROS SEIS MESES POSPARTO, UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 62.”

ANTECEDENTES: La lactancia materna exclusiva hace referencia a darle al lactante únicamente leche materna, en donde no se le deben proporcionar líquidos ni sólidos, solo en caso, de alguna orden médica prescrita, es la única fuente donde se adquieren los nutrientes requeridos para un adecuado desarrollo del niño en los primeros 6 meses de vida. En los últimos años, a nivel federal y estatal, se han emitido políticas públicas y modificados instrumentos normativos, con el objetivo de incrementar la tasa de Lactancia Materna. **OBJETIVO GENERAL** Asociar los factores de riesgo que condicionan la falta de apego a la lactancia, en mujeres en los primeros seis meses posparto. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio observacional, analítico, prolectivo, transversal, en una muestra de 207 mujeres, muestreo simple aleatorizado, se aplicará la escala de MASSIE CAMPBELL; (la cual tiene un coeficiente de confiabilidad de 0.86), a mujeres en los primeros seis meses posparto. Se aplicó una estadística descriptiva a las variables cualitativas y cuantitativas. **RESULTADOS:** Se encontró que el 55 % de las mujeres participantes; las mujeres pertenecientes a una zona geográfica urbana, ocupación trabajadora, edad materna entre 18-29 años, con nivel educativo medio y superior, contaban con un apego seguro; lo significativo de este estudio fue que las mujeres que lactaban un tiempo mayor de 15 minutos, independientes de los demás factores de riesgo estudiados, se consideraba un factor protector para un apego seguro, ya que demostró una $p=(0.05)$ significativa. **CONCLUSIONES:** En la presente investigación se encontró que el factor de mayor impacto para el apego seguro a lactancia materna, fue el tiempo de lactancia mayor de 15 minutos, con una p significativa de $p = 0.001$. Mientras que los factores demográficos, escolares, ocupación, no presentaron una relevancia significativa.

2. MARCO TEÓRICO

Lactancia materna exclusiva hace referencia a darle a los lactantes únicamente leche materna, en donde no se le deben proporcionar líquidos ni sólidos, solo en caso de alguna orden médica prescrita, como por ejemplo soluciones de hidratación, vitaminas, o algún medicamento. Varios estudios realizados, han evidenciado las ventajas para la salud de la madre y el niño. La leche materna contiene, varios nutrientes que el lactante necesita exclusivamente durante sus primeros 6 meses de vida. Dentro de los colegios que recomiendan esta técnica de alimentación, encontramos a la "OMS", academia americana de pediatría (AAP), colegio americano de obstetras y ginecólogos (ACOG) (1)

Vahlquist (1909-1978), médico pediatra reconocido, comento: "En todas las especies de mamíferos, el ciclo reproductivo comprende tanto el embarazo como lactancia materna: en ausencia de este último, ninguna de estas especies, el hombre incluido, podría haber sobrevivido". El calostro es la primera leche producida, y está caracterizada por contener más de 250 proteínas inmunológicamente activas, así como enzimas como la lactoferrina y la lisozima, hormonas, mediadores de la inflamación, el papel de estos es más inmunológicos que nutricional, seguida de la leche de transición, que se produce 14 días después y finalmente la leche madura, y está a diferencia del calostro se caracteriza por un decrementos de las concentraciones de las moléculas activamente inmunológicas, mientras que aumentan el volumen y los requerimientos nutricionales, para cubrir las necesidades del recién nacido.

(2) Hablando particularmente sobre la lactoferrina y la lisozima y la inmunoglobulina a secretora (IgAs) estas son proteínas inmunológicamente activas, la cual constituye la primera línea de defensa a nivel gastrointestinal, mientras que la lactoferrina tiene las acciones de bacteriostática frente a ciertos patógenos como la Escherichia Coli. La inmunoglobulina en mayor concentración en la leche materna es la IgA secretoria, dentro de sus funciones, consiste en sintetizar anticuerpos con la capacidad de unirse a los virus y bacterias de tal manera que impidan la penetración en la mucosa intestinal, por lo cual contribuyen al mantenimiento de la flora intestinal no patógena del lactante. Las grasas presentes sirven de vehículo de las vitaminas liposolubles y el principal carbohidrato presente es la lactosa, importante para un adecuado crecimiento y desarrollo del bebe, así promoviendo la colonización intestinal por los lactobacilos bifidus. (3)

La fisiología de la lactancia materna , comienza antes de un embarazo, normalmente inicia en la pubertad, cuando los estrógenos, inducen el crecimiento de los conductos mamarios, mientras por su parte la progesterona favorece el desarrollo alveolar, pero durante el embarazo, estas funciones se aceleran con una diferenciación de secreción, en el posparto hay supresión de la progesterona; la acción de succión del bebe desencadena la liberación de prolactina y oxitocina lo que estimula la síntesis y secreción de leche, entonces para hablar de una lactancia materna instaurada con éxito, se requiere de una adecuada succión, está influenciado al tener una adecuada técnica de succión de la mama, la cual requiere que el lactante tenga la boca abierta, con la lengua bajo la areola y que las succiones se realicen lentas y profundas evitando así la aparición de grietas, donde la madre debe adoptar una postura cómoda y relajada, evitando posiciones que generen tensión en los músculos, esta posición debe permitir que la cabeza del bebe descansa sobre la flexión

del codo.(4)Existen varias posiciones para poder amamantar, encontramos la de posición del niño con la madre acostada, posición de cuna, posición de cuna cruzada. (5)

En cuanto al tiempo de la LM debe de ser a libre demanda, esto significa cada vez que él bebe lo requiera, así mismo también cuando la madre sienta que sus pechos estén “llenos”, o él bebe duerma demasiado, hay que estimularlo para despertarlo y posterior alimentarlo, se recomienda que el tiempo de amamantamiento sean de 15-20 minutos por pecho (6) . Pero hay un aspecto importante también para un establecimiento exitoso de la lactancia materna y es la participación familiar. (7) Los beneficios aportados por la lactancia materna sobre la madre y él bebe están aunados al tiempo de lactancia materna, dentro de los cuales encontramos a nivel del lactante: experimentan un aumento de peso y talla significativa, durante los 3 primeros meses de vida. Los beneficios para la madre, encontramos que favorece la contracción uterina, disminuye el sangrado posparto, aumenta las reservas de hierro, inhibe la ovulación, disminuye el riesgo de padecer cáncer de útero. A nivel psicológico favorece el establecimiento del vínculo afectivo madre-hijo, el contacto piel a piel proporciona sentimientos de seguridad, consuelo, ternura, y comunicación (8).Los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, como el ácido decosaheptaenoico y el ácido araquidónico, los cuales tienen un impacto sobre las habilidades cognitivas, que se ven reflejadas en el lenguaje y memoria de largo plazo. (9) Las múltiples funciones de la leptina sobre el metabolismo del menor, se ha visto que podría influir en la regulación del equilibrio energético prolongado hasta la vida adulta, que se vería reflejado en una disminución de padecer obesidad. (10)

Actualmente en México enfrenta un deterioro de la lactancia materna, por ello se presenta la postura de la Academia Nacional de Medicina (ANM), donde esta reconoce los múltiples beneficios de esta, que se van ajustando de acuerdo a cada etapa de vida del menor, hablando exclusivamente durante los primeros 6 meses de vida, donde esta academia también reconoce los posibles riesgos de salud vinculados con la alimentación con sucedáneos. Nace la Estrategia Nacional de Lactancia Materna, donde su objetivo es incrementar la lactancia materna hasta los 2 años, en donde se retoma las estrategias de iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños y las Niñas. (11)

El objetivo de la Estrategia Nacional de Lactancia Materna es Incrementar el número de niñas y niños que son alimentados al seno materno desde su nacimiento y hasta los dos años de edad, Fortalecer las competencias institucionales para la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna, Capacitación al personal de salud, estudiantes universitarios de áreas médicas y afines, así como a la población en general. (12)

La OMS y la UNICEF elaboraron los 10 pasos en 1989 para una lactancia materna eficaz, con la finalidad de animar a los servicios de salud relacionados con el nacimiento adopten las practicas que proteja, promuevan, y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses, y complementada hasta los 2 años. Un papel fundamental son los profesionales de la salud en la promoción y el apoyo a la lactancia materna, ya que un mal consejo y actuación puede ser condicionante para el abandono de esta. (13) Este se considera dentro de los factores que influyen para la falta de apego a la LM; se realizó un estudio donde se implementaron practicas hospitalarias, enfocadas en mejorar las tasas de lactancia materna exclusiva, donde se utilizó

un modelo de aprendizaje colaborativo, en el cual los profesionales de la salud, compartieron sus experiencias de manera grupal; se realizaron 13 sesiones, donde fueron dirigidas por expertos del tema, y se concluyó que se deben disminuir el tiempo de espera de las citas médicas, capacitación a la madre durante el embarazo, favoreciendo el apego inmediato posparto. (14). Otro estudio realizado de Zhou, Younger & Kearney (2010) identificó factores adicionales para ayudar a promover la lactancia materna, como la necesidad de enfatizar los beneficios a largo plazo de la lactancia materna exclusiva, así como mejorar la aceptación social de la lactancia materna pública. (15)

Sobre las estrategias implementadas para aumentar la tasa de lactancia materna, en materia de política pública, se creó el programa sectorial de salud 2013-2018, el Programa de Acción Específico en Salud Materna y Perinatal 2013-2018, los Acuerdos del Consejo de Salubridad General (CSG) y acuerdos voluntarios de la Secretaría de Salud con los fabricantes de sucedáneos. Sin embargo ninguna estrategia tiene algún indicador de evaluación, o meta, para poder darle el seguimiento pertinente, tampoco existen sanciones para las industrias productoras de sucedáneos. (17)

Otras de las estrategias implementadas son las clases de educación prenatal, donde se impartirá información al respecto, sobre las ventajas de amamantar a su hijo(s), y esta educación puede ser de manera individual, grupal, orientada a metas específicas. (18) Sobre el apego materno-bebe, es uno de los patrones importantes de tomarse en cuenta, ya que son cruciales para la supervivencia y desarrollo del menor. El apego se reconoce como una interacción bidireccional entre un niño y su madre o cuidadora, y se desarrolla durante el primer año de vida. Mientras que la teoría del apego sostiene que el cuidador primario es necesario para un desarrollo óptimo del menor, mientras que la figura adjunta proporcionara protección y sentido de seguridad psicológica, este proceso se ve reflejado en el menor como chupar, seguir, llorar, sonreír durante su crecimiento. (19)

Mientras que Ainsworth, definió apego como "una fuerte conexión entre dos personas" y Bowlby como "una cálida, relación continua e íntima entre la madre y él bebe", entonces podemos decir que el apego materno comienza desde el amamantamiento posparto y podríamos definir el apego materno como una conexión amorosa entre madre e hijo. (20). En México, las prácticas de lactancia materna son alarmantemente subóptimas con respecto a Recomendaciones en términos de exclusividad (6 meses) y duración total (≥ 2 años). Entre 2006 y en 2012, la tasa de lactancia materna exclusiva en lactantes menores de 6 meses disminuyó en casi un 8%. (21). El posparto es uno de los momentos más relevantes para la madre y el hijo, ya que fortalecerá el apego entre los dos, y poder incentivar la interacción temprana, sin embargo existen múltiples factores para que influyen en el apego materno, entre los cuales encontramos, la personalidad, la salud física, la estructura corporal, la cultura, el apoyo social de la madre, la edad, el estado civil, las condiciones económicas, el nivel académico y área de residencia. (22)

El destete definido por la OMS representa la separación del pecho materno, y existen varios tipos de destete existe el forzado; es aquel que se produce por un factor externo normalmente por indicación médica, o por separación; destete voluntario por parte del bebe, este ocurre por voluntad del bebe, y el destete voluntario por parte de la madre. (23). La lactancia materna no solo es un comportamiento instintivo, más bien depende del aprendizaje, independiente de

su base fisiológica, el significado de lactancia materna se integra en los contextos culturales. La diferencia entre exclusividad y duración de la lactancia dependerá en gran medida del conocimiento de la mujer sobre producción de leche, y sus creencias culturales (24). La dificultad para combinar lactancia y trabajo y amamantar en lugares públicos, han sido inconvenientes percibidos por las madres; coincidiendo con otros autores, se detectó un destete precoz en las familias con menores ingresos económicos (25). Sin embargo, hay poca evidencia al respecto sobre la ocupación materna que influya sobre la falta de apego a lactancia materna. En un estudio de cohorte sobre prácticas exclusivas de lactancia materna en 8 países, se encontró la primiparidad y la retención del calostro, que se asociaron con un retraso en el inicio del amamantamiento. (26) En cuanto a las razones por las cuales las mujeres no continúan con la LM, es porque la mayoría no son conscientes de los beneficios para la salud de sus hijos y de ellas, las dificultades que manifiestan son no saber la técnica de amamantamiento, y la falta de apoyo por parte de los profesionales de la salud. (27)

Un estudio realizado en Chile, por Castro y colaboradores, encontraron una mayor prevalencia de lactancia materna exclusiva en mujeres con mayor escolaridad, mientras que, en otros estudios, fue todo lo contrario, se asoció el abandono con un bajo nivel educativo. Las primigestas también estas relacionadas con el abandono de la LM en los primeros 6 meses de vida, otros factores asociados fueron vivir en zonas urbanas y haber recibido control prenatal. (28). Quispe I. M, Oyola G.A, Navarro C. M, Silva M.A. (2015), realizaron un estudio teniendo por objetivo principal en analizar las características y creencias maternas relacionadas con el abandono de la exclusividad de la lactancia materna en el Hospital Regional de Ica, la muestra se conformó por 239 madres, la metodología utilizada fue observacional, descriptivo y de corte transversal, en donde según el análisis del Chi-cuadrado, no se encontró asociación entre las características maternas; edad de la madre ($p=0.121$), estado civil, grado de instrucción, tipo de parto, procedencia, ocupación, tipo de vivienda, con el abandono de la lactancia materna, sin embargo de todas aquellas madres que abandonaron, eran con mayor proporción solteras, nivel educativo superior, trabajadoras y de la Costa. (29). Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre el inicio y duración de la lactancia materna en niñas y niños menores de 5 años de una comunidad urbana y otra rural de Costa Rica, esto permitió observar que sólo un tercio de esta población de estudio llega a los seis meses de vida alimentada de manera exclusiva con leche de su madre, siendo la zona rural la que experimenta una situación más favorable, en contraposición a la zona urbana. No obstante, en estudios similares realizados sobre el tema en países de Latinoamérica y el Caribe se han observado que factores maternos como la edad, el nivel de escolaridad, la reincorporación al trabajo, la falta de orientación sobre lactancia materna en el postparto y la hipogalactia influyen en la duración de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses de edad. (30)

2.1 ANTECEDENTES

Se presenta la postura de la Academia Nacional de Medicina (ANM) frente al deterioro de la lactancia materna en México. Como parte de la postura de la ANM sobre la lactancia, se exponen los beneficios de ésta en la salud de niños y madres y los costos que las prácticas inadecuadas de lactancia suponen, las barreras para lactar, las políticas para una lactancia óptima y una serie de recomendaciones de política pública. La academia concluyo que ara mejorar las prácticas de lactancia materna es necesario fortalecer acciones de promoción, protección y apoyo, y establecer una política nacional multisectorial que incluya elementos indispensables de diseño, implementación, monitoreo y evaluación de programas y políticas públicas, financiamiento para acciones e investigación, desarrollo de abogacía y voluntad política, y promoción de la lactancia materna, todo coordinado por un nivel central.

Un estudio realizado por Dora Isabel Giraldo-Montoya sobre 2018 “Factores demográficos relacionados con el apego materno infantil” evidencia que el apego sano se presentó en 80,3% de las madres; sin embargo, el 60,7% tuvieron baja motivación inicial hacia la lactancia lo cual podría generar un apego en riesgo. Se encontró asociación estadística entre apego en riesgo, estado civil y escolaridad, pero la única variable que explicó dicha asociación fue el estado civil soltero.

P. Martínez-Galán en su artículo sobre “Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura” (2018)menciona sobre el éxito de la Lactancia Materna depende de la información y del apoyo proporcionado a la familia, el cual Influye negativamente en su instauración y mantenimiento la falta de información y apoyo, las prácticas sanitarias inadecuadas y la escasa formación de los profesionales.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Trascendencia: Se ha visto que las mujeres derechohabientes dejan tempranamente la lactancia materna exclusiva, por factores como el nivel educativo, ocupación, zona de residencia, que están interfiriendo en el tiempo de lactancia materna; por lo anterior se considera que es necesario resolver este problema, al generar un mayor impacto en la población mediante la difusión sobre el apoyo y promoción a la lactancia materna; para que madre e hijo obtengan los beneficios a corto y largo plazo de esta y mediante capacitaciones constantes al personal de salud, y así poder inferir en las derechohabientes.

Magnitud: A nivel mundial solo 45% de niños inicia la lactancia materna dentro de la primera hora después del nacimiento, 2 de cada 5 niños menores de seis meses reciben lactancia materna exclusiva y solo 45% de los niños pequeños continua la lactancia materna durante sus dos primeros años de vida. Los resultados de encuestas nacionales muestran que en la región de América Latina: El inicio temprano de la lactancia materna (dentro la primera hora de vida) varía entre 38.1% (República Dominicana) y 76.5 % (Uruguay); en la mayoría de los países que reportan datos alrededor de la mitad de los niños son amamantados en la primera hora de vida. La lactancia materna exclusiva por seis meses varía entre 2.8% (Suriname) y 68.4% (Perú), solo otros tres países informaron que al menos 50% de niños de cero a cinco meses recibían lactancia exclusiva. Tres de 23 países con datos informan que sus niños reciben lactancia prolongada (duración media alrededor de 21 meses). En lo que va del año durante la celebración de la semana mundial de la lactancia materna, la Organización Panamericana de la Salud, quiere hacer un llamado a los gobiernos a seguir en sus esfuerzos para reforzar las medidas ya tomadas con el fin de proteger, promover y apoyar el derecho a la lactancia materna. Entre estas medidas regulatorias está la adopción y monitoreo del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (Código) y ulteriores resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS), la implementación de la Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño (IHAN), sobre la protección de la maternidad, y proporcionar asesoramiento y ayuda especializada para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Sin embargo, estas medidas no han sido implementadas a escala nacional, ni en forma regular en los países y esto resulta en un incremento nulo o muy pequeño en las tasas de lactancia, con el riesgo de que los países de la región no alcancen la meta global de lactancia materna para el 2025 (aumentar la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses hasta al menos 50%). Hablando a nivel nacional encontramos “ La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)” que mostró un deterioro de la práctica de la lactancia materna en el país, en el análisis de la alimentación infantil en menores de dos años se mostró que el 38.3% de las niñas y los niños recién nacidos son puestos al seno materno en la primera hora de vida, la lactancia materna exclusiva descendió de 22.3% a 14.5% según las encuestas 2006 y 2012 y en el medio rural de 36.9% a 18.5% en el mismo período. Al año sólo la tercera parte de las niñas y niños recibe lactancia materna, y a los dos años tan sólo la séptima parte. Se implementaron “Acciones Nacionales en Favor de la Lactancia” en México, la Secretaría de Salud e importantes sectores de la sociedad trabajan intensamente para recuperar a plenitud la práctica de la Lactancia Natural. El Sistema Nacional de Salud une sus esfuerzos para

eliminar barreras y crear condiciones propicias para establecer la Lactancia Natural como único recurso de Alimentación y Nutrición durante los primeros 6 meses de la vida del nuevo ser. • 1996-2005 Plan nacional de Alimentación y Nutrición. Departamento Nacional de Planeación, Consejería para la Política Social. Documento CONPES 2847 – 1996 • Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014- 2018. La Estrategia Nacional de Lactancia Materna (ENLM), surge de la necesidad de integrar las diferentes acciones que se realizan en el país para Proteger, Promover y Apoyar la Práctica de la Lactancia Materna hasta los dos años de edad. Es resultado del trabajo interinstitucional e intersectorial, para incluir en los objetivos, actividades e indicadores, a todos los actores involucrados en la tarea de la Promoción y Protección de los derechos de las mujeres a amamantar y de las niñas y niños a recibir el mejor alimento: la leche humana. La Estrategia Nacional de Lactancia Materna (ENLM), surge de la necesidad de integrar las diferentes acciones que se realizan en el país para proteger, promover y apoyar la práctica de la lactancia materna hasta los dos años de edad. Es resultado del trabajo interinstitucional e intersectorial, para incluir en los objetivos, actividades e indicadores, a todos los actores involucrados en la tarea de la promoción y protección de los derechos de las mujeres a amamantar y de las niñas y niños a recibir el mejor alimento: la leche humana. La ENLM, tiene cinco objetivos específicos, entre los que se encuentra el trabajo coordinado interinstitucional, para desarrollar las acciones, la medición y evaluación de indicadores y para el seguimiento de los resultados; el fortalecimiento de las capacidades institucionales, que contempla los beneficios de la lactancia materna, no sólo para aquellos recién nacidos en hospitales amigos del niño y la niña, sino que también, fortalecer las capacidades que permitan otorgar estos beneficios y reducir los riesgos de enfermedad y muerte de aquellas/os que nacen más vulnerables, como son las niñas y niños prematuros y/o de bajo peso, para quienes se ha considerado el funcionamiento en red de bancos de leche humana, que permitan alimentarlos con leche humana pasteurizada y el fomento de la técnica canguro que favorezca una pronta recuperación además de mejorar su estado de nutrición; el apoyo a las mujeres que trabajan fuera de casa, para continuar la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses y hasta los dos años, aun cuando regresan a trabajar, impulsando la creación de salas de lactancia o lactarios institucionales y empresariales; así como la protección y promoción de la lactancia en las unidades de primer nivel de atención, haciendo énfasis en aquellas unidades de salud con menor índice de desarrollo humano que contempla la Cruzada Nacional contra el Hambre. Aunado a lo anterior, la difusión y vigilancia del cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Humana, el uso correcto, racional y por indicación médica de esos productos; son acciones fundamentales para evitar que se desaliente la práctica de la lactancia materna, con las implicaciones en la salud y en la economía del sector salud y las familias. Todos estos objetivos, con un eje estratégico transversal, enfocado a la capacitación del personal de salud desde su formación académica hasta la capacitación continua de todos aquellos profesionales de la salud relacionados con la atención de los menores de dos años de edad. Referente al nivel estatal se enfocó en Contribuir en la disminución de la mortalidad, morbilidad y desnutrición de niños menores de 5 años así como mejorar la salud de la madre, dentro de sus objetivos específicos es posicionar a la Lactancia

Materna como Política Pública de Salud en el Plan de Gobierno 2017–2023, así como obtener diagnóstico situacional actual de la Lactancia Materna en el Estado de México, buscar un reforzamiento de la difusión de la “Ley para la Protección, Apoyo y Promoción a la Lactancia Materna del Estado de México” y vigilancia de la aplicación de la misma, fortalecer las acciones de la coordinación con Instituciones Nacionales e Internacionales para la Protección, Apoyo y Promoción a la Lactancia Materna promover la Instalación de Salas de Lactancia en el Estado de México en Instituciones Públicas y Privadas, darle seguimiento y asesoría para el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, e Impulsar y Promover la capacitación al personal de Salud, a grupos de apoyo a Instituciones Públicas y Privadas, así como a la población en General en materia de Lactancia Materna e Integrar el Plan de Medios Estatal de Lactancia Materna Promover y atender la Lactancia Materna en el Estado de México tiene una importancia especial en el contexto Nacional debido a que es la Entidad con mayor población y en donde, por consecuencia, se registra el mayor número de nacimientos anualmente. 12 de cada 100 nacimientos en el país tienen lugar en esta entidad. • Población Total: 16,225,409 • Mujeres: 8,372,311 • Mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años): 4,105,029 • Nacimientos 2015: 303,708 Además la información oportuna y veraz sobre los beneficios de la lactancia materna en las mujeres embarazadas y lactantes del Estado de México, podrían incrementar la práctica de lactancia materna, la relación causal de la información sobre beneficios y técnicas de la lactancia materna es fundamental para que las madres y niños gocen de los beneficios de la lactancia. La Coordinación Estatal de Lactancia Materna y Bancos de Leche con la Universidad Autónoma del Estado de México, promueven la formación de profesionales de la salud con información y actitudes de apoyo a la lactancia materna Enfocándonos a nivel de la Unidad de Medicina Familiar #62, la cual se encuentra en el municipio de Cuautitlán de Romero Rubio, México, en av. 16 de septiembre 39 col. Guadalupe C.P. 54800, siendo una unidad de consulta externa, Constituido por Unidades de Medicina Familiar que son la unidad de primer contacto que tiene el paciente; brindan atención ambulatoria, prevención y promoción de la salud, la cual abarca zonas urbanizadas como rurales. Referente al tema de lactancia materna, con datos estadísticos obtenidos por el Área de Información Médica y Archivo Clínico del año 2018, se registró un total de 5662 consultas en consultorio del médico familiar, de las cuales 812 pacientes abandonaron la lactancia materna, por lo que se hace énfasis, en capacitaciones constantes a los profesionales de salud, para disminuir la falta de apego y/o abandono de la lactancia materna, así como pláticas y/ o talleres incluyentes para las futuras madres, como a las puérperas.

3. Vulnerabilidad: Se cree que es posible resolver la falta de apego a la lactancia si se identifican los posibles factores; valorándose mediante la escala de MASSIE CAMPBELL la cual evalúa la conducta del cuidador y del bebé frente a una situación de stress para el bebé. El objetivo consiste en elaborar criterios observacionales claros y conductuales, que reflejan la calidad del vínculo entre la madre y el bebé.

4. Factibilidad: Con las capacitaciones constantes en el personal de salud, se pueda inferir en las mujeres que se encuentren en los primeros 6 meses postparto, para proporcionarles la mayor información sobre las ventajas de la lactancia materna, y la importancia de esta. Actualmente se encuentra

implementado el programa hospital amigo del niño y de la niña, donde se fomenta la lactancia materna exclusiva, evitando el uso de sucedáneos, donde se capacita a las madres la manera de extraerse, almacenarse la leche materna, así como las técnicas de amamantamiento, esto se lleva a cabo en el área de lactario en la unidad de medicina familiar, sin embargo, se debe tener un mayor impacto en las pacientes para que tengan un mayor apego a lactancia materna.

3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores de riesgo que condicionan la falta de apego a la lactancia, en mujeres en los primeros seis meses posparto?

4. JUSTIFICACIÓN

El apego y la lactancia natural han cobrado mucha importancia en las últimas dos décadas, tanto a nivel mundial como nacional, debido a que un buen apego favorece los lazos afectivos entre la madre y su hijo y se relaciona con mayor duración y mejor calidad de la lactancia natural, lo que, a futuro, estimula un mejor desarrollo psicomotor y una salud óptima para el niño. La lactancia materna crea un clima de calma y calor emocional. Los lactantes lloran menos y están tranquilos y las madres pueden responder más fácilmente a sus necesidades. El apego o Imprinting o Bonding, como se menciona en inglés, fue detectado científicamente por psicólogos experimentales, hace más de seis décadas.

Las contribuciones para la unidad de medicina familiar y su población derechohabiente es buscar un reforzamiento de la difusión sobre el apoyo y promoción a la lactancia materna y vigilancia de la aplicación de la misma, en el personal de salud de la unidad, con capacitaciones constantes e implementar pláticas/talleres sobre lactancia, manejándose la información de una manera comprensible considerando el diferente nivel educativo de la población abarcando principalmente a mujeres embarazadas y/ o en puerperio con la finalidad de fortalecer los beneficios de lactancia materna en hijo /madre, como son disminuir las enfermedades infectocontagiosas, , atopias, alergias alimentarias, asma, obesidad, riesgo cardiovascular, diabetes , enterocolitis necrotizante; ayuda en su neurodesarrollo, en relación al riesgo de presentar déficit atencional y trastorno de espectro autista, una revisión encontró que la Lactancia Materna por más de seis meses es un efecto protector para ambas condiciones; mientras que las ventajas para la madre son: pérdida de peso, reducción en la circunferencia de la cadera , reduce la hemorragia posparto, recuperación del útero debido a la liberación de oxitocina , reduce el riesgo de cáncer de mama y de ovario, la protege contra la osteoporosis ,así como el riesgo de artritis reumatoide así como técnica de amamantamiento, adiestramiento de la extracción de la leche materna, forma de almacenarla, para las madres que trabajan y puedan continuar con lactancia materna exclusiva.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Asociar los factores de riesgo que condicionan la falta de apego a la lactancia, en mujeres en los primeros seis meses posparto.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Clasificar el apego de la lactancia materna en las mujeres participantes.
2. Comparar el área geográfica con el apego a la lactancia.
3. Comparar el nivel educativo con el apego a la lactancia.
4. Identificar los factores edad, nivel educativo, ocupación, tiempo de traslado de su trabajo a su domicilio, tiempo de lactancia de las mujeres que participan en el estudio.

6. HIPÓTESIS

Hipótesis trabajo.

- Si están presentes los factores demográficos entonces habrá desapego a la lactancia.
- Si las mujeres pertenecen a una zona rural entonces tendrá mayor apego a la lactancia en los primeros seis meses posparto.
- Si las mujeres pertenecen a un nivel educativo superior entonces tendrán menor apego a la lactancia en los primeros seis meses posparto.

7. METODOLOGÍA

7.1 TIPO DE ESTUDIO

- Observacional: se observó la técnica de lactancia materna y todo su entorno (madre e hijo)
- Analítico: se realizó relación de variables, apego a la lactancia materna y factores de riesgo que interfirieran en la lactancia.
- Prolectivo: se obtuvo la información simultáneamente al ser observadas las participantes durante su técnica de lactancia materna.
- Transversal: se consideró así porque es observar, y analizar los datos de las variables en estudio sobre una población en específico

7.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en mujeres de entre 18 y 40 años en periodo de lactancia en los primeros 6 meses posparto un primer nivel de atención, en la Unidad de Medicina Familiar 62, perteneciente a la delegación Oriente del Estado de México del Instituto Mexicano del Seguro Social, que se encuentra en Avenida 16 de septiembre No 39, Colonia Guadalupe, C.P. 54800, Cuautitlán, Estado de México.

7.3 TIPO DE MUESTRA, TAMAÑO DE LA MUESTRA, MUESTREO.

Se realizó por medio de la fórmula de una proporción finita

MUESTRA: una proporción finita

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q} = \frac{431.488 \times 512}{2.08136336} = 207.3$$

n: 207

TÉCNICA DE MUESTREO

MUESTREO: Probabilístico, Simple, Aleatorizado.

7.4 UNIVERSO DE TRABAJO

Se realizó con mujeres de la Unidad de Medicina Familiar 62, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

7.4.1 Criterios de Inclusión.

- Mujeres en periodo de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses postparto.
- Adscripción a la Unidad de Medicina Familiar 62.
- Edad 18 y 40 años.
- Firma carta consentimiento informado.

7.4.2 Criterios de exclusión.

- Mujeres portadoras de alguna patología que impida lactar (VIH, Cáncer, etc.).
- Mujeres que tomen medicamento para inhibir la lactancia materna.
- Mujeres que inicien con lactancia artificial por orden médica.
- Mujeres que decidan usar alimentación suplementaria por iniciativa propia.

7.4.3 Criterios de eliminación

- Mujeres que no hayan concluido la encuesta.

7.5 INFORMACIÓN A RECOLECTAR

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Escala de medición	Unidades de medición
Apego a lactancia materna	La regulación madre-bebé de las emociones con el objeto de conseguir una autorregulación afectiva. El perfeccionamiento de la autorregulación da lugar al desarrollo normal.	Se obtiene por medio del resultado de la escala MASSIE y se clasifica en: 1. Apego seguro (Puntajes 3 y 4) 2. Apego no seguro (Puntajes 1,2 y 5)	Cualitativa	nomin al	1. Apego seguro 2. Apego no seguro
Área Geográfica	Las áreas donde se desarrollan ciertas actividades humanas de acuerdo a las características del territorio.	Lugar de residencia reportado en la ficha de identificación y se clasificara en área rural o urbana	Cualitativa	Nomin al	1. Rural 2. Urbana
Nivel Educativo	un espacio concreto o abstracto que se caracteriza por ciertas reglas y elementos educación, entonces, podremos encontrarnos con tres niveles, los dos primeros como ser primario y secundario están considerados como básicos y de cumplimentación obligatoria, en tanto el nivel terciario, que corresponde a la	Se obtiene de la ficha de identificación y se clasifica en: 1 Básico (primaria, secundaria) 2. Medio y superior (prepa, universidad etc.)	Cualitativa	Nomin al	1 Básico (primaria, secundaria) 2. Medio y superior (prepa, universidad etc.)

	enseñanza que imparte en universidades				
Edad	Cualquiera de los periodos en que se considera dividida la vida de una persona, o cualquiera de dichos periodos por sí solo	Se obtiene por medio de la ficha de identificación y se clasifica en: 1. 18-20 años 2. 21-40 años	Cuantitativa	Discreta	1. 18-20 años 2. 21-40 años
Ocupación	Hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión , lo que le demanda cierto tiempo, y por ello se habla de ocupación de tiempo parcial o completo, lo que le resta tiempo para otras ocupaciones.	Característica plasmada en ficha de identificación y se clasifica en: ama de casa, obrera, profesionista	Cualitativa	Nominal	1. Trabajadora 2. No trabajadora
Tiempo de Traslado de su trabajo a su domicilio	Período de duración indeterminada en que se realiza una acción	Horas que se hace de su área de trabajo a su domicilio para realizar lactancia y se clasificara en menos de 1 hora o más de 1 hora	Cuantitativas	Discreta	Horas: -Menos de 1 hora -Más de 1 hora
Tiempo que dan lactancia	La lactancia materna debe ser alimentación exclusiva de un niño en sus primeros 6 meses de edad, ya que,	Se obtiene por medio de la ficha de identificación y se clasifica en: 1. menos de	Cuantitativas	Continuas	Minutos: Menos de 30 min. Más de 30 min.

	por sus propiedades, resulta indispensable para el desarrollo saludable Tiempo que dan lactancia.	30 min. 2. más de 30 min.			
--	--	------------------------------	--	--	--

Variable Independiente: Factores de riesgo: edad, nivel educativo, ocupación, tiempo de traslado de su trabajo a su casa, área geográfica donde residen.

Variable Dependiente: Apego a lactancia materna.

7.6 MÉTODO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

Posterior a la aceptación del comité **1406** se procedió a solicitar al servicio de ARIMAC de la Unidad de Medicina Familiar 62, el censo de mujeres en periodo de puerperio, se tomó su número telefónico para localizarlas y se les invitó a una sesión informativa referente al proyecto de investigación; al entender el estudio se les otorgó la carta de consentimiento informado (**anexo 1**) a las mujeres que desean participar, posteriormente se enumeraron por números consecutivos todas las mujeres y por medio de una tómbola se le solicitó a un personaje externo que sacará 207 papelitos marcados e identificados con cada paciente. Se les citó en una segunda ocasión en grupos de 5 pacientes por día en el área de lactario de la Unidad de Medicina Familiar 62 en donde se les entregó la ficha de identificación (**anexo 2**) y la Médico residente les aplicó la encuesta en el área de lactario(**ESCALA DE MASSIE CAMPBELL anexo 3**) el cual consiste en la observación de la conducta de la madre y del bebé, evaluando criterios observacionales claros y conductuales, que reflejan la calidad del vínculo entre la madre y el bebé, la cual consiste en valorar 6 elementos de apego: mirada, vocalización, tacto, sostén, afecto y proximidad. Posterior a la obtención de la información, se procesaron los datos para su análisis estadístico.

INSTRUMENTOS

Se observó cómo llevaron a cabo la lactancia materna, y mediante percepción se llenó el instrumento en el cual se utilizó la **ESCALA DE MASSIE CAMPBELL**, (**anexo 3**) al tener los resultados se vaciaron los datos obtenidos en el programa SPSS V-20 en español.

La **ESCALA DE MASSIE CAMPBELL** es un instrumento que da la pauta de evaluación de la conducta del cuidador y del bebé frente a una situación de stress para el bebé. El objetivo consiste en elaborar criterios observacionales claros y conductuales, que reflejan la calidad del vínculo entre la madre/cuidador y el bebé. La pauta contiene 6 elementos de apego: mirada, vocalización, tacto, sostén, afecto y proximidad Aplicación: Sólo pueden aplicar este test las personas acreditadas en este. La aplicación es en los controles de

salud infantil de los 4 y 12 meses. Interpretación: Se debe escoger de cada categoría la opción que mejor represente las conductas observadas, dependiendo del tipo de la frecuencia e intensidad de las mismas, cada opción tiene un puntaje que va de 1 a 5. Una vez terminado la evaluación debe clasificar el patrón según la tendencia de conductas observadas, según la tendencia tabla 1.1:

TABLA 1.1

Puntajes 3 y 4	Indicadores de apego seguro
Puntajes 1 y 2	Indicadores de apego evidente
Puntaje de 5	Indicadores de apego ambivalente

Sin embargo la clasificación que se aplicara al protocolo de estudio será el sistema aplicado por la ADS(Apego Durante el Estrés) , propuesto por Cárcamo et al (2014) en donde se puntuó cada una de las conductas –en una escala de 1, 2, 3, 4, 5 o no observado–; luego, cada conducta se clasificó como segura o no segura, de acuerdo con el procedimiento establecido –las conductas con puntajes de tres o cuatro se clasificaban como seguras, mientras que las que tenían puntajes de uno, dos o cinco se clasificaban como no seguras–; y, finalmente, se clasificó a las diadas como seguras cuando el 50 % o más de sus conductas eran seguras, mientras que el resto fueron consideradas no seguras

Conductas:

Puntajes 3 y 4	indicadores de apego seguro
Puntajes 1,2 y 5	Indicadores de apego no seguro

Confiabilidad:

Se realizó la confiabilidad y validación del instrumento con el método de acuerdo entre examinadores y Coeficiente de Validez Índice Aiken. En el caso de la validez se observa que el número de acuerdos coincide con el número de jueces lo cual determina puntuación de 1.00 obteniendo una completa aprobación y por tanto se concluye que la prueba es válida. En el caso de la confiabilidad, los resultados del instrumento fueron con un apoyo audiovisual del video piloto realizado con una muestra similar a la del estudio obteniendo puntuaciones de 3 y 4 en la mayoría de los ítems, coincidiendo en las respuestas con la mayoría de los jueces, llegando a un coeficiente de confiabilidad de 0.86, lo que indica que el instrumento presenta una fuerte confiabilidad.

ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó análisis estadístico descriptivo de las variables cualitativas por medio de frecuencias y porcentajes y se representaron por gráficas de barras, para el análisis inferencial de las variables se realizará x^2 $p < 0.05$.

VARIABLES	ANÁLISIS ESTADÍSTICO
Cualitativas	Frecuencia porcentajes, graficas tablas,
Cuantitativas	Tablas, histogramas, MTC,MD
Asociación de variables	X ² p=<0.05

SE UTILIZÓ programa SPSS V20

7.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El código de Núremberg

Para mi protocolo de estudio se contó con un consentimiento informado voluntario donde las participantes, obtuvieron la libertad de decidir participar o no, en el protocolo de estudio, en donde se les informó los beneficios sobre la lactancia materna. En cuanto los resultados se esperó tener un impacto favorable, reflejándose en la salud de las madres y sus lactantes. El presente proyecto se efectuó de manera observacional, en el área de lactario de la Unidad de Medicina Familiar donde se valoró su técnica de lactancia materna y las factores que pudieran estar afectando dicha alimentación, lo cual pudo haber incomodado a las participantes, y en cualquier etapa del estudio pudieron decidir dejar de participar; esto fue supervisado por la Médico Residente Erika Sánchez Díaz, de Medicina Familiar , capacitada en la aplicación del instrumento de Massie - Campbell.

2. Declaración de Helsinki

El presente estudio cuenta con los principios científicos aceptados universalmente, el cual será guiado por el investigador responsable. Los beneficios de mi proyecto de investigación van encaminados a mejorar la técnica de lactancia materna, y evitar el abandono de la misma; que se involucre de mejor manera el personal de salud, con capacitaciones constantes, para la promoción de la lactancia materna.

Dentro de los posibles riesgos que pudieron presentar las participantes, fueron la incomodidad de estar siendo observadas durante la realización de su técnica de lactancia; siempre salvaguardando la integridad de las participantes.

Se les otorgo una carta de consentimiento informado el cual fue firmado libremente. En cualquier etapa del estudio, las participantes tenían la libertad de ya no continuar en el mismo, respetando su decisión, y confiabilidad.

3. Informe de Belmont

El protocolo de estudio de lactancia materna se explican los principios éticos sobre el uso de humanos en la investigación, en donde se está respetando la autonomía de las participantes, ya que cuentan con la libertad de decidir participar o no en el estudio, explicando detalladamente los beneficios y posibles riesgos del mismo, buscando, incrementar al máximo las ventajas para las madres y sus lactantes.

1.Respeto: A la persona; protegiendo su autonomía, es decir la capacidad que tienen de decidir con toda la libertad si desean o no participar en el estudio una vez explicados todos los riesgos, beneficios y potenciales complicaciones. **2. Beneficencia:** con el presente estudio se pretende incrementar los beneficios a corto y largo plazo de la lactancia materna exclusiva sobre la madre e hijo, y evitar posibles patologías en ambos sujetos.

- 3. Justicia:** se consideró un estudio con un riesgo mínimo, lo que solamente implica procedimientos comunes, el cual será la observación directa de su técnica de lactancia materna, lo que podría condicionarle incomodidad a la participante.

Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, título segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos. Nuevo reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987, con última reforma publicada DOF 02-04-2014.

En esta ley se establecen los principios generales a los cuales se deberá someter la investigación científica destinada a la salud, correspondiendo a la Secretaría de Salud orientar su desarrollo y vigilar que la realización de la investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación

Artículo 13.- se refiere al respeto y protección del ser humano dentro de la investigación en nuestro estudio cuidaremos el respeto desde el momento que tomamos en consideración por medio de la carta de consentimiento informado, la decisión de ser parte del estudio.

Su confidencialidad se respetó y se cuidó su integridad de las participantes, ya que no se les solicitaron sus nombres, domicilio o teléfonos, por lo que fueron identificadas con números consecutivos.

Artículo 14.- hace referencia a que debe ser realizado por un profesional de salud, y que debe estar bajo la supervisión de autoridades competentes y contar con un consentimiento informado.

El presente estudio se realizó porque no se podía obtener de otra manera el conocimiento que se desea; por lo que se le explico a detalle el estudio a realizar a las participantes, aclarando toda duda surgida, y se les otorgo un consentimiento informado, el cual fue elaborado por la médica residente de medicina familiar

Artículo 15.- se refiere a la selección de la muestra, del estudio, evitando riesgo o daño a las participantes, evitando sesgos.

La población participante fue seleccionada utilizando el método simple aleatorizado, ya que se colocaron en una tómbola papelitos donde escribió un numero seriado con el cual fueron identificadas las participantes, y mediante una tercera persona, retiro 207 papelitos, que fue la muestra a estudiar.

Artículo 16.- hace referencia a cuidar la privacidad de los participantes, y solo será identificando cuando así lo requiera el estudio.

La privacidad de las participantes se cuidó de manera que fueron identificadas por medio de números seriados, no se les solicito, nombre, teléfono o dirección y solo fue identificada si los resultados lo requieran y con previa autorización de la participante.

Artículo 17.- nos habla sobre la probabilidad de algún riesgo en los participantes, de manera inmediata o tardía al estudio.

El riesgo de este estudio es mínimo, ya que la información fue obtenida mediante la observación de la técnica de lactancia materna, de la cual fue evaluada con la escala de MASSIE- CAMPBELL y lo que pudo condicionar incomodidad a la paciente a sentirse observada.

Artículo 20.- Nos habla sobre la carta de consentimiento informado donde los participantes autorizan la participación al estudio.

Se les proporciono a las participantes el consentimiento informado por escrito, donde se les explico los procedimientos a realizar, así como los riesgos que

podían presentarse durante la aplicación del estudio. Y con plena libertad decidieron firmar la carta de consentimiento informado, aceptando su participación en el estudio.

Artículo 22.- hace referencia sobre los apartados que debe tener la carta de consentimiento informado, así como la aprobación de este por los comités responsables

El consentimiento informado realizado por la Médico Residente Erika Sánchez Díaz, el cual indica los nombres de quien lo realizó, la participante, y 2 testigos, el cual fue previamente aprobado por la comisión de ética de la institución.

Artículo 40.- hace referencia sobre el periodo de lactancia materna. El cual se define como el fenómeno fisiológico en el cual ocurre la secreción láctea a partir de la expulsión o extracción del feto y sus anexos.

NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012:

Hace mención sobre los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Apartado 6. Se presentó al comité 1406 de investigación y ética en la investigación, en donde se envió la carta consentimiento informado para su aprobación.

Apartado 7. Se le dio seguimiento a la entrega del protocolo de estudio, lo que implicó la elaboración de un informe técnico descriptivo, los avances que se obtuvieran y finalmente los resultados.

Apartado 8. La investigación se realizó en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No 62, la cual se realizó a las participantes que hayan firmado su consentimiento informado.

Apartado 10. Nos habla sobre la elaboración del protocolo de estudio, apegándose a las normativas metodológicas, éticas y de seguridad.

La elaboración del protocolo de estudio fue realizada por la médica residente, tomando en cuenta los aspectos, éticos con la elaboración de la carta de consentimiento informado, con los aspectos metodológicos, de seguridad de los participantes, cuidando su confidencialidad y privacidad.

Apartado 11. Trata sobre la seguridad de las pacientes, durante la participación en el estudio, haciendo referencia que puede abandonar el estudio en cualquier etapa del mismo.

Las participantes tenían todo el derecho de retirarse del estudio, en cualquier momento que así lo decidieran, asegurando la autonomía de las participantes.

Apartado 12. El comité en materia de investigación, tanto como el investigador, se comprometen a cuidar la privacidad de las participantes, durante y posterior al estudio. Se cuidó su **confidencialidad** por medio de ley de protección de datos personales, de manera que fueron identificadas las participantes por medio de números consecutivos y los datos quedaran resguardados por el investigador o en el instituto durante 5 años

Ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares.

Dicho procedimiento fue actualizado el 10 de abril de 2018

Artículo 7.- hace referencia a la obtención de datos personales,

Los datos para mi estudio fueron obtenidos por el servicio de ARIMAC, de acuerdo a la normatividad de la institución, cuidando su privacidad, identificándolas por números consecutivos, de tal manera que se evitó el uso de nombres., teléfonos o direcciones.

Artículo 8.- hace referencia sobre el consentimiento informado, el cual será entregado en una sesión informativa a las participantes que serán incluidas en el estudio.

Artículo 9.- el consentimiento informado será entregado a las participantes para que lo firmen y autoricen su participación en el estudio., en donde se explica de manera coloquial el objetivo del estudio, el cual consiste en asociar factores de riesgo que interfieran con un apego seguro a la lactancia materna

Artículo 11.- hace referencia al manejo de la información de los datos personales, y eliminarlos cuando estos ya no sean necesarios.

La obtención de la información de las participantes fue a partir de la ficha de identificación, y previamente firmado el consentimiento informado, donde autorizó la participación en el estudio, se procuraron los datos personales para el cumplimiento de las finalidades previstas a utilizarse.

Artículo 12.- hace referencia sobre la utilización de los datos personales.

Los datos obtenidos de las participantes, fueron utilizadas únicamente para el objetivo del estudio que es sobre la lactancia materna y los factores que pueden estar influyendo, cuidando en todo momento su privacidad y fue eliminada la información cuando ya no se requirió.

Artículo 13.- nos habla sobre el tratamiento de los datos personales obtenidos, los cuales serán fueron utilizados solamente para los objetivos de estudio, procurando la privacidad de las participantes.

Artículo 14.- hace referencia que el responsable de la investigación protegerá los datos personales de los participantes, así como su privacidad.

La Médico Residente Erika Sánchez Díaz cumplió con los principios de protección de datos personales establecidos por esta Ley, de manera que las participantes fueron identificadas por medios de números consecutivos, y los datos quedaron resguardados por el investigador o en el instituto durante 5 años, y en caso de requiera el resultado, se le otorgaría de manera personal, mientras que su privacidad fue cuidada mediante la protección de sus datos personales y de ser necesario acceder a su información las participantes lo autorizaran.

8. RESULTADOS

8.1 DESCRIPCIÓN

En cuanto a la asociación entre no apego y la zona geográfica encontramos 42% mujeres de la zona urbana tuvieron apego seguro, y no apego de 38 % de los casos, ($p=0.09$); RM 1.8 (0.9-3.8). (tabla1 gráfica1).

Respecto a la asociación entre no apego y el nivel educativo, encontramos que mujeres con nivel medio superior y superior tuvieron un 30 % de apego seguro, a diferencia de mujeres del mismo nivel educativo con un 26% con un apego no seguro, ($p=0.55$) y RM 1.85 (0.67-2.065), (tabla 2 gráfica 2)

De acuerdo a la asociación entre no apego y la edad materna, demostró que el 32% de mujeres entre el rango de 18-29 años presentaron un apego seguro; mientras que un 28% de mujeres dentro del mismo rango de edad, obtuvieron un apego no seguro ($p=0.3$); y RM 0.7 (0.67-1.3), (tabla 3 gráfica 3)

La asociación entre no apego y la ocupación, como resultado se obtuvo que el 28.9 % de mujeres que trabajan tiene un apego seguro, no obstante, el 21.7 % mujeres de igual manera trabajadoras no tienen un apego seguro ($p=0.6$) y RM 1.1 (0.6-1.9), (Tabla 4, gráfica 4).

La asociación entre no apego y el tiempo de traslado a su domicilio en mujeres trabajadoras se obtuvo el 33.3% de las participantes que hacen menos de 1 hora de traslado tienen apego seguro; seguido de 31.42% participantes con el mismo tiempo de traslado, tiene un apego no seguro ($p=0.5$) y RM0.5 (0.2-1.3), (tabla 5, grafica 5).

La asociación entre no apego y el tiempo de lactancia, encontramos que 35 % mujeres con un tiempo mayor de 15 minutos favorece un apego seguro; mientras que 26.5% mujeres con un tiempo de lactancia menor de 15 minutos tienen un apego no seguro. ($p= 0.001$) y RM 0.3 (0.2-0.6) (tabla 6, gráfica 6)

La clasificación del apego a la lactancia materna; encontramos que 55.6 % mujeres presentaron un apego seguro; seguido de 44.4% mujeres con un apego no seguro. (Tabla 7, grafica 7)

Se identificó, que el 69.9 % de las mujeres se encontraban en el rango de edad de 18-29 años, (tabla 8, gráfica 8)

Se pudo identificar, que el 57.5 % de las mujeres contaban con un nivel educativo medio y superior (tabla 9, gráfica 9).

Se identificó, que el 50.7 % de las mujeres son trabajadoras, (tabla 10, gráfica 10)

Se pudo identificar que el 64.8% de las mujeres trabajadoras, se hacen menos de 1 hora en llegar a su domicilio (tabla 11, gráfica 11)

Se identificó; que el 53.1 % de las mujeres toman más de 15 minutos para la lactancia (tabla 12, gráfica 12).

8.2 TABLAS Y GRÁFICOS

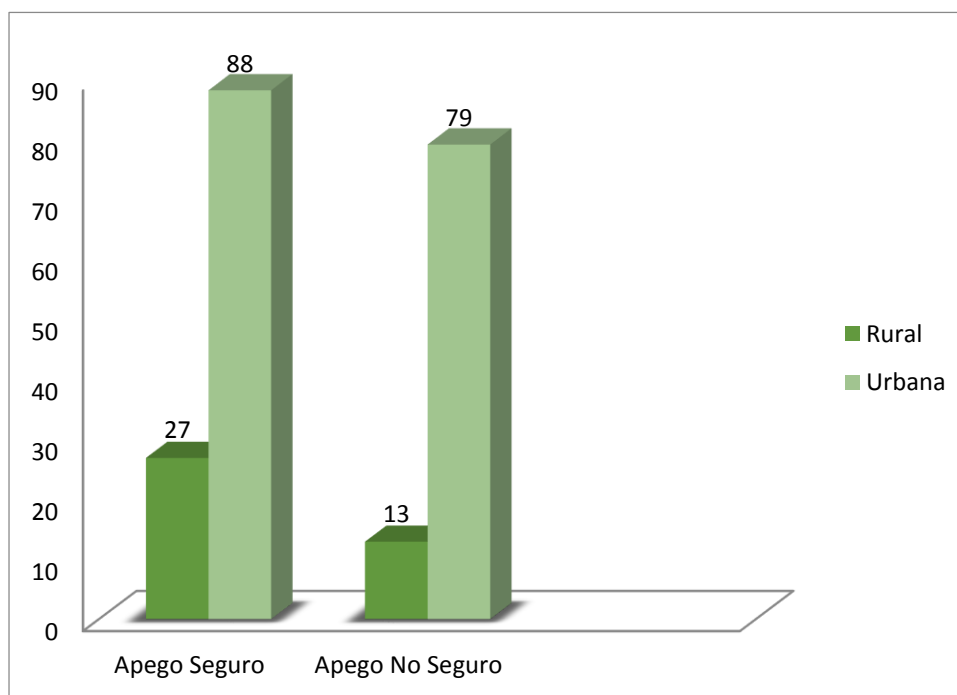
TABLA 1 Apego seguro a la lactancia y zona geográfica de las mujeres en los primeros 6 meses pos parto, UMF 62

	Apego Seguro	Apego No Seguro	Total	p	RM IC 95%
Rural	27(13%)	15(7.24%)	40	0.091	1.8(0.9-3.8).
Urbana	88(42.5%)	79(38.1%)	167		
Total	115	92	207		

FUENTE ENCUESTA

SIMBOLOGIA: $p=(0.05)$ nivel de significancia/ **RM I.C..95%** razón de momios/ **IC** intervalos de confianza.

Gráfica 1: Apego seguro a la lactancia y zona geográfica de las mujeres en los primeros 6 meses pos parto, UMF 62.



FUENTE ENCUESTA

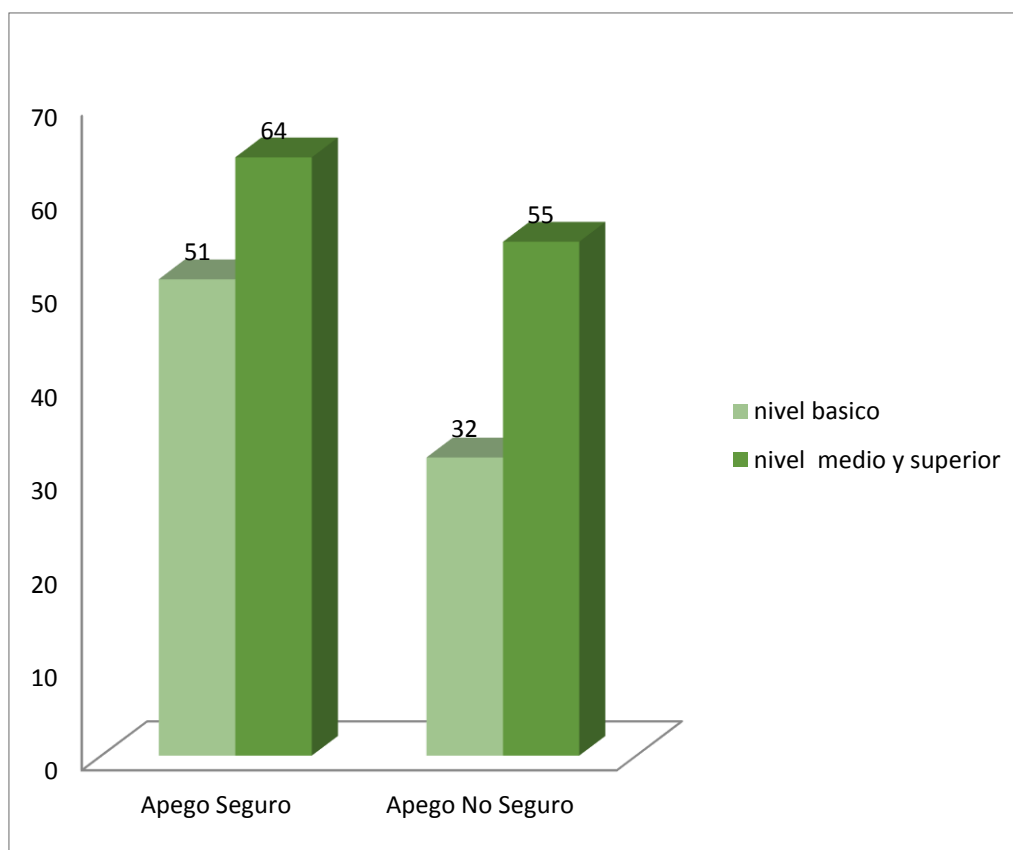
TABLA 2 Apego seguro a la lactancia y nivel educativo de las mujeres en los primeros 6 meses pos parto, UMF 62.

	Apego Seguro	Apego No Seguro	Total	p	RM IC 95%
Nivel Básico	51 (24.6%)	37(17.8%)	88	0.55	1.85 (0.67-2.06).
Nivel medio y superior	64(30.9%)	55 (26.5%)	119		
Total	115	92	207		

FUENTE ENCUESTA

SIMBOLOGIA: $p= (0.05)$ nivel de significancia/ **RM I.C..95%** razón de momios/ **IC** intervalos de confianza.

Gráfica 2: Apego seguro a la lactancia y nivel educativo de las mujeres en los primeros 6 meses pos parto, UMF 62



FUENTE ENCUESTA

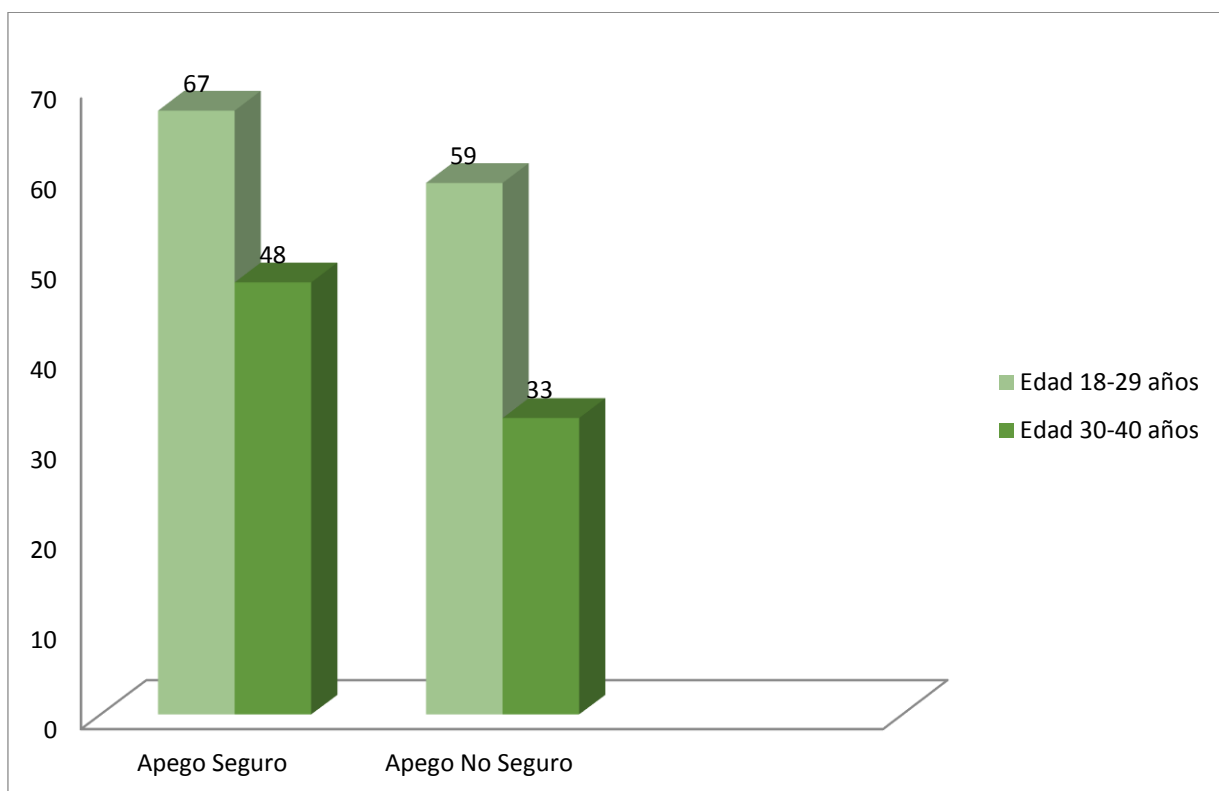
TABLA 3 Apego seguro a la lactancia y edad de las mujeres en los primeros 6 meses pos parto, UMF 62

	Apego Seguro	Apego No Seguro	Total	p	RM IC 95%
Edad 18-29 años	67(32.3%)	59 (28.5%)	126	0.3	0.7(0.67-1.3).
Edad 30-40 años	48(23.1%)	33(15.9%)	81		
Total	115	92	207		

FUENTE ENCUESTA

SIMBOLOGIA: $p= (0.05)$ nivel de significancia/ **RM I.C..95%** razón de momios/ **IC** intervalos de confianza.

Gráfica 3: Apego seguro a la lactancia y edad de las mujeres en los primeros 6 meses pos parto, UMF 62



FUENTE ENCUESTA

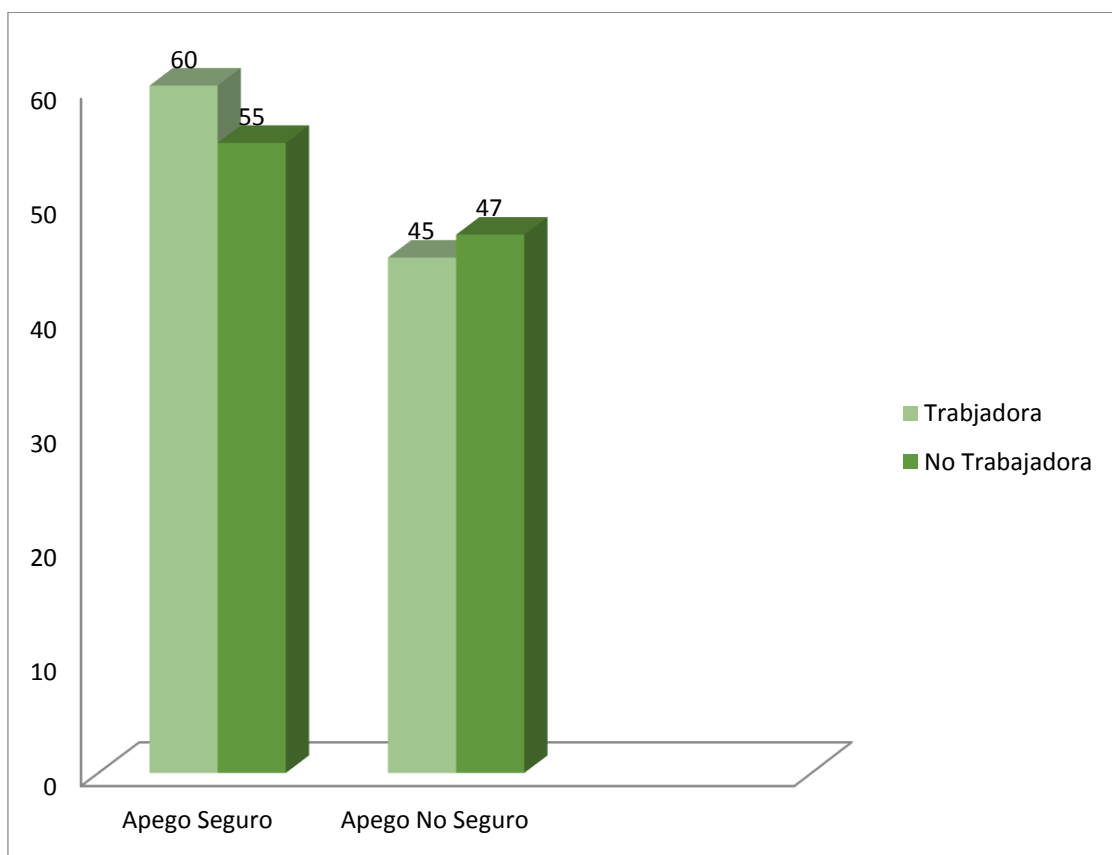
TABLA 4 Apego seguro a la lactancia y ocupación de las mujeres en los primeros 6 meses pos parto, UMF 62

	Apego Seguro	Apego No Seguro	Total	p	RM IC 95%
Ocupación trabajadora	60(28.9%)	45(21.7%)	105	0.6	1.1(0.6-1.9).
Ocupación No trabajadora	55(26.5%)	47(22.7%)	102		
Total	115	92	207		

FUENTE ENCUESTA

SIMBOLOGÍA: $p= (0.05)$ nivel de significancia/ **RM I.C..95%** razón de momios/ **IC** intervalos de confianza.

Gráfica 4: Apego seguro a la lactancia y ocupación de las mujeres en los primeros 6 meses pos parto, UMF 62



FUENTE ENCUESTA

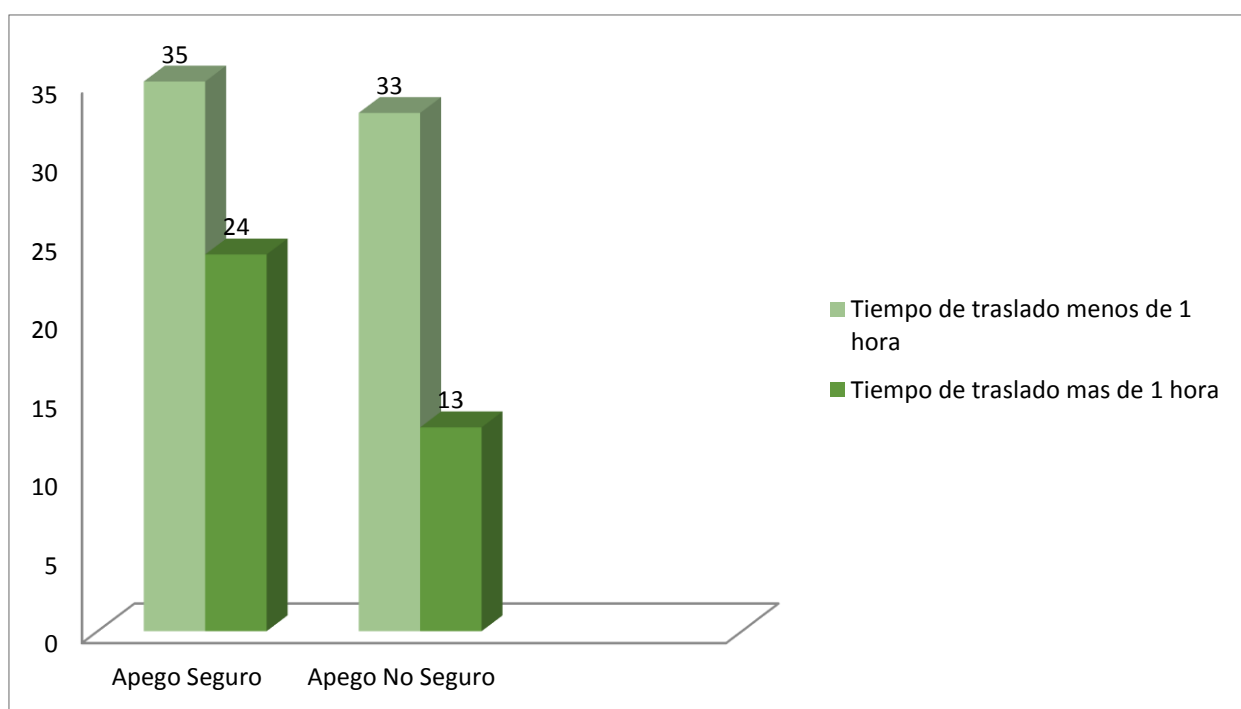
TABLA 5: Apego seguro a la lactancia y tiempo de traslado a su domicilio en mujeres en los primeros 6 meses pos parto, UMF 62

	Apego Seguro	Apego No Seguro	Total	p	RM IC 95%
Traslado menos de 1 hora	35 (33.3%)	33(31.4%)	68	0.18	0.5(0.2-1.3).
Traslado más de 1 hora	24(22.8%)	13(12.3%)	37		
Total	59	46	105		

FUENTE ENCUESTA

SIMBOLOGÍA: $p= (0.05)$ nivel de significancia/ **RM I.C..95%** razón de momios/ **IC** intervalos de confianza.

Gráfica 5: Apego seguro a la lactancia y tiempo de traslado a su domicilio en mujeres en los primeros 6 meses pos parto, UMF 62



FUENTE ENCUESTA

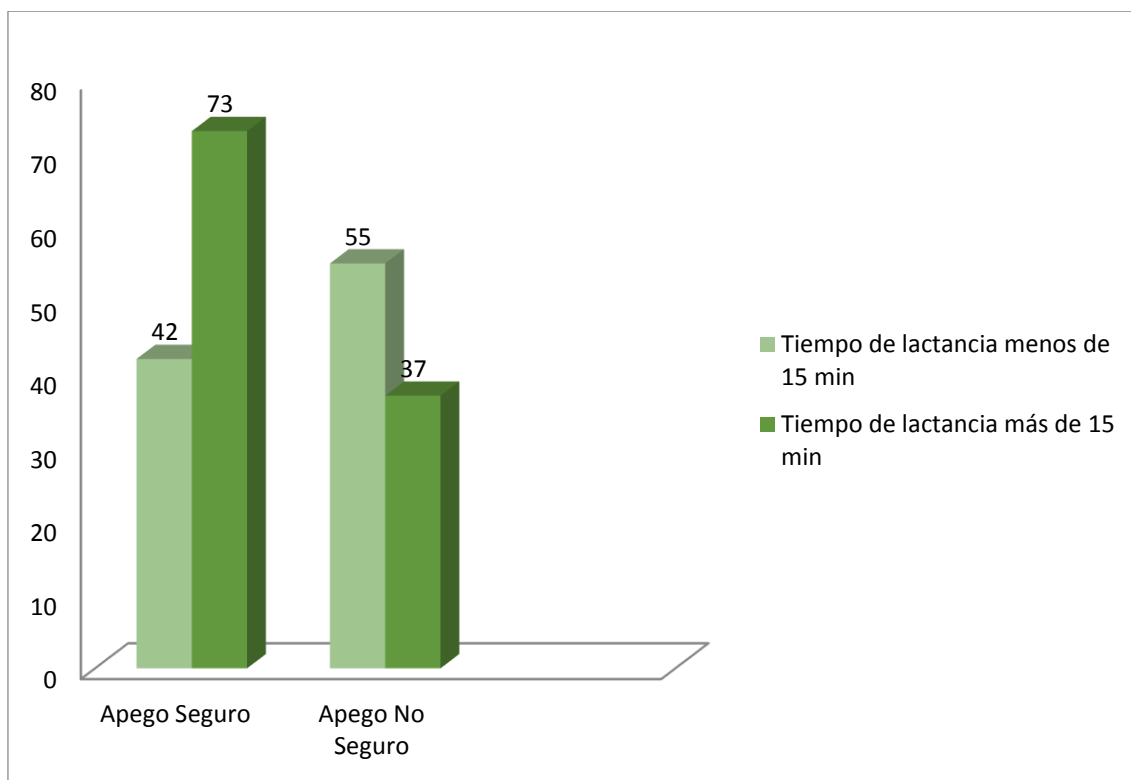
TABLA 6 Apego seguro y tiempo de lactancia en mujeres en los primeros 6 meses pos parto, UMF 62

	Apego Seguro	Apego No Seguro	Total	p	RM IC 95%
Tiempo de lactancia menos de 15 min	42(20.2%)	55(26.5%)	97	0.001	0.3.1(0.2-0.6)
Tiempo de lactancia más de 15 min	73(35.2%)	37(17.8)	110		
Total	115	92	207		

FUENTE ENCUESTA

SIMBOLOGÍA: **p= (0.05)** nivel de significancia/ **RM I.C 95%** razón de momios/ **IC** intervalos de confianza.

Gráfica 6: Apego seguro y tiempo de lactancia en mujeres en los primeros 6 meses pos parto, UMF 62



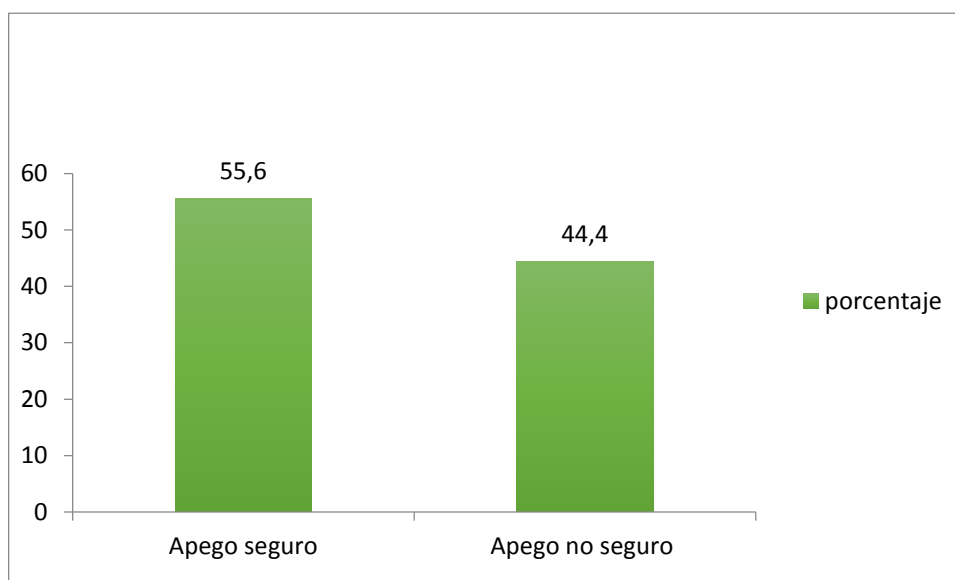
FUENTE ENCUESTA

Tabla 7 Clasificación del apego a la lactancia de las mujeres en los primeros 6 meses pos parto, UMF 62

	Frecuencia	Porcentaje
Apego seguro	115	55.6 %
Apego no seguro	92	44.4%

FUENTE ENCUESTA

Gráfica 7 Clasificación del apego a la lactancia de las mujeres en los primeros 6 meses pos parto, UMF 62



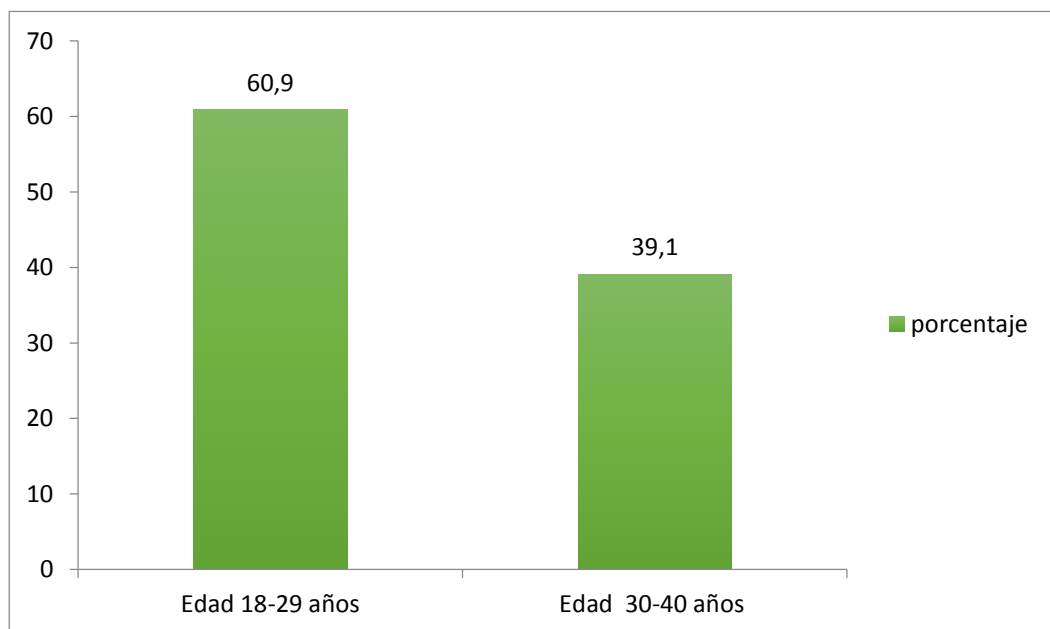
FUENTE ENCUESTA

TABLA 8 Promedio de edad de las mujeres en los primeros 6 meses posparto, UMF 62

	Frecuencia	Porcentaje
Edad 18-29 años	126	60.9 %
Edad 30-40 años	81	39.1%

FUENTE ENCUESTA

Gráfica 8. Promedio de edad de las mujeres en los primeros 6 meses posparto, UMF 62



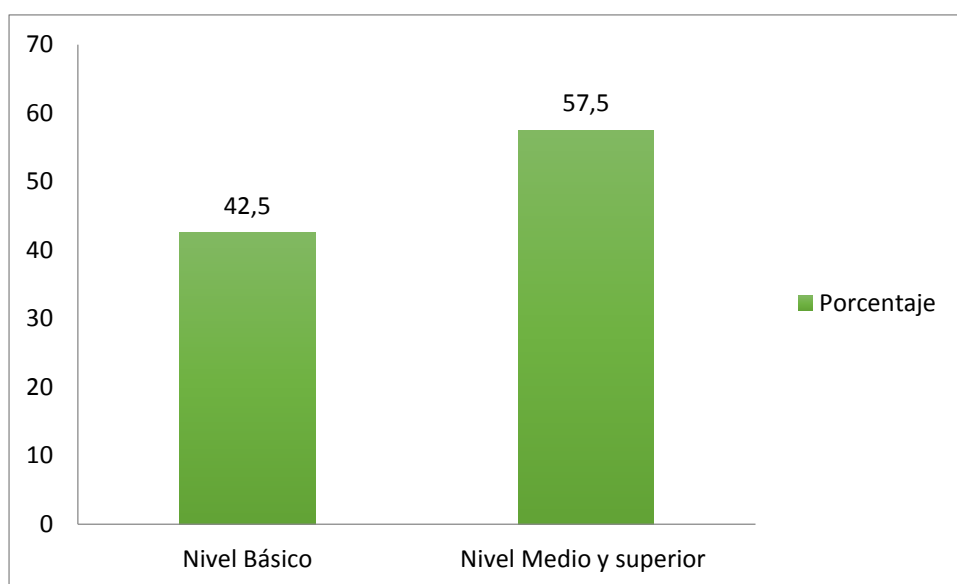
FUENTE ENCUESTA

TABLA 9 Nivel educativo en las mujeres en los primeros 6 meses posparto, UMF 62

	Frecuencia	Porcentaje
Nivel Educativo Básico	88	42.5
Nivel Educativo Medio y Superior	119	57.5

FUENTE ENCUESTA

Grafica 9. Nivel educativo en las mujeres en los primeros 6 meses posparto, UMF 62



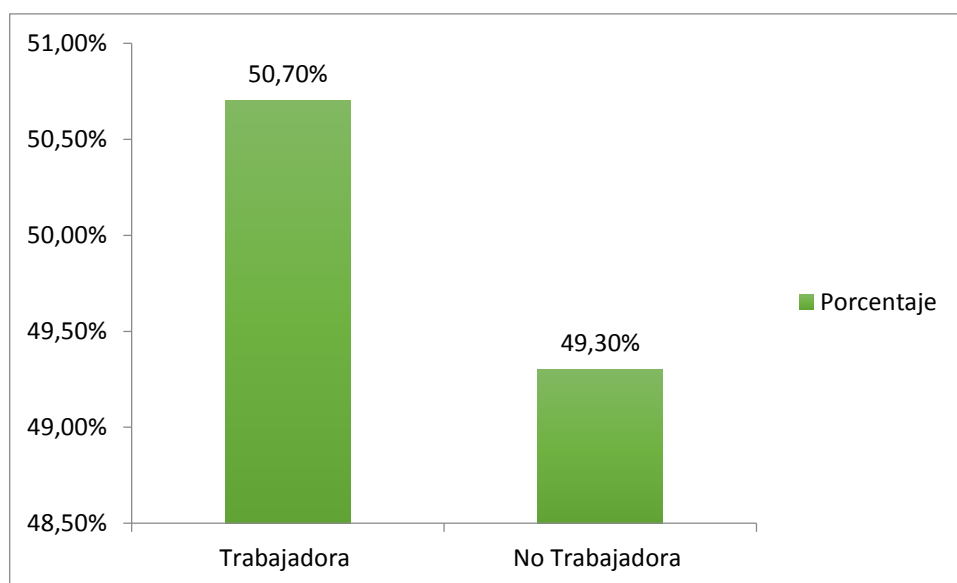
FUENTE ENCUESTA

Tabla 10 Ocupación de las mujeres en los primeros 6 meses posparto, UMF 62

	Frecuencia	Porcentaje
Trabajadora	105	50.7 %
No trabajadora	102	49.3%

FUENTE ENCUESTA

Gráfica 10. Ocupación de las mujeres en los primeros 6 meses posparto, UMF 62



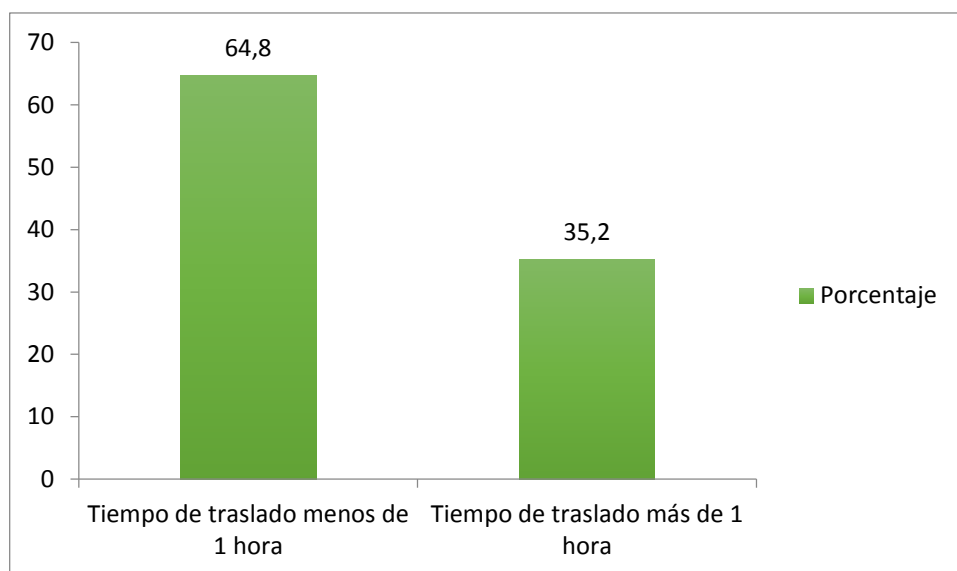
FUENTE ENCUESTA

Tabla 11 Tiempo de traslado de las mujeres trabajadoras en los primeros 6 meses posparto, UMF 62

	Frecuencia	Porcentaje
Tiempo de traslado menos de 1 hora	68	64.8%
Tiempo de traslado más de 1 hora	37	35.2%

FUENTE ENCUESTA

Gráfica 11. Tiempo de traslado de las mujeres trabajadoras en los primeros 6 meses posparto, UMF 62



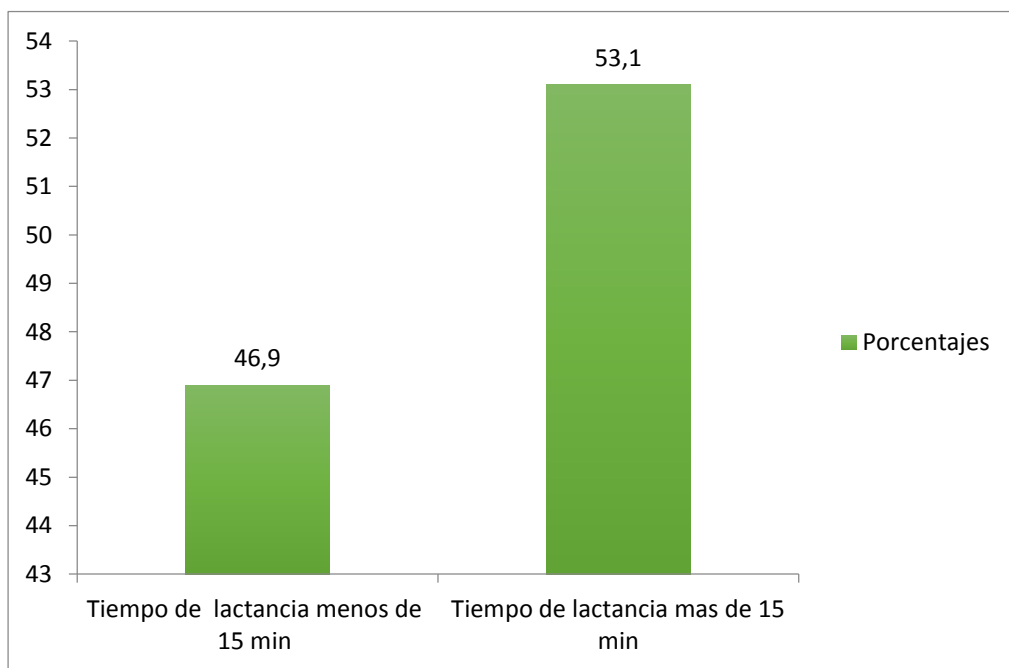
FUENTE ENCUESTA

Tabla 12 Tiempo de lactancia de las mujeres en los primeros 6 meses posparto, UMF 62

	Frecuencia	Porcentaje
Tiempo de lactancia menos de 15 min	97	46.9%
Tiempo de lactancia más de 15 min	110	53.1%

FUENTE ENCUESTA

Gráfica 12. Tiempo de lactancia de las mujeres en los primeros 6 meses posparto, UMF 62.



FUENTE ENCUESTA

9. DISCUSIÓN

En cuanto a la asociación entre no apego y la zona geográfica, encontramos que 42% de participantes de la zona urbana tuvieron un apego seguro y el 38% un apego no seguro, ya que la mayoría de nuestra población encuestada, habita en zonas urbanas, sin embargo en contraste con el estudio titulado “Duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad urbana y otra rural de Costa Rica” (2018) concluyo que la zona rural es la que presenta un mejor patrón en un 67% en torno a la lactancia materna exclusiva.

Respecto a la asociación entre no apego y el nivel educativo el 30 % de las participantes con nivel medio superior y superior presentaron un apego seguro, seguido de un 38 % del mismo nivel educativo con un apego no seguro, comparando el estudio realizado por Koroleff y Nóbrega (2017) mostró que las madres sin ninguna instrucción o educación relacionada con la interacción con su recién nacido, tenían bajas puntuaciones para un adecuado apego, donde el 46,2% de ellas tenía secundaria completa, un nivel educativo básico, en comparación con nuestro estudio, hubo una mayor incidencia de apego seguro en mujeres con un nivel educativo medio.

En cuanto a la asociación entre no apego y la edad materna, encontramos que un 32 % de las mujeres en un rango de edad de entre 18-29 años, presentaron un apego con un valor numérico o seguro, mientras que un 28 % en el mismo rango de edad no lo tuvieron, en comparación con un estudio realizado en Madrid” (2018) mostro una mayor incidencia de lactancia materna en mujeres de mayor edad en un 35 %, donde podemos observar que hay una diferencia en los rangos de edad, de acuerdo al apego materno.

En cuanto a la asociación entre no apego y la ocupación el 28.9 % de mujeres que trabajan tienen un apego seguro, mientras que el 26.5 % que no trabajan tienen un apego seguro. Un estudio realizado por H. Ortiz Marrón (2018) señala que la prolongación de la baja laboral por maternidad y el apoyo materno tras la incorporación al trabajo protegen y mantienen la lactancia materna en un 29 % de su población estudiada, esto no concuerda con nuestro estudio, ya que se vio una mayor incidencia de apego seguro en aquellas madres que trabajaban.

La asociación entre no apego y el tiempo de traslado a su domicilio desde su área de trabajo, evidencio que un 33.3 % de las mujeres participantes tienen un apego seguro las cuales hacen menos de 1 hora a su domicilio, mientras que el 31.2 % con el mismo tiempo de traslado no tienen un apego seguro, no con una significancia relevante. Un estudio realizado en la lima Perú, Carpio (2019) respecto a la dimensión de factores sociales que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva, arrojo que un 84 % de sus participantes son amas de casa, en contraste con los resultados obtenidos, tienen un apego seguro las participantes que trabajan.

En cuanto a la asociación entre no apego y el tiempo de lactancia encontramos que 35% mujeres con un tiempo mayor de 15 minutos favorece un apego seguro, mientras que 26.5 % mujeres con un tiempo de lactancia menor de 15 minutos tienen un apego no seguro, un estudio realizado por Rodríguez (2017) hace mención que la baja prevalencia y duración de la Lactancia Materna se asocian con un aumento del riesgo de morbimortalidad en lactantes en un 45%, sobre todo por enfermedades diarreicas e infecciosas, además de incidir en forma negativa en el desarrollo psicológico, cognitivo y

motor del niño y en la ruptura del vínculo afectivo entre la madre y el hijo, respecto a nuestro estudio, un mayor tiempo de lactancia materna fue el que prevaleció, lo que favorecerá a futuro a la madre e hijo por las ventajas de la lactancia materna.

10. CONCLUSIONES

En esta tesis se encontró que el factor de mayor impacto para el apego seguro a lactancia materna, fue el tiempo de lactar de mayor de 15 minutos, por lo que la hipótesis propuesta se rechazó debido a que los factores demográficos, escolares, ocupación, no presentaron una relevancia significativa.

La lactancia materna (LM) ofrece muchos beneficios tanto para la madre como para el niño, es por ello que la Organización Mundial de la Salud la recomienda de forma exclusiva durante los seis primeros meses de vida, debido a su relación con una menor frecuencia de infecciones respiratorias e intestinales.

Se determinó que la frecuencia de apego seguro a la lactancia materna en niños de Recién Nacido hasta los 6 meses, que acuden a consulta de control del niño sano en la Unidad de Medicina Familiar # 62 fue de una 55.6 %. Entre las principales características se encontró que el 69.9% de las participantes se encontraban en un rango de edad entre 18-29 años, de las cuales el 57.5% contaban con un nivel educativo medio y superior, lo que demuestra que las madres con un nivel educativo básico se inclinan a no tener un apego seguro.

Se identificó que el 50.7 % de las participantes trabajan, de las cuales el 28.9 % tienen un apego seguro, en comparación con las mujeres que no trabajan fue de 26.5 % de apego seguro, el cual fue menor, mientras que el 64.8% se hacen menos de 1 hora de traslado a su domicilio. Esto se ha favorecido gracias a las leyes laborales que protegen a la mujer, otorgándoles un descanso postparto, y recibiendo su salario.

En la población estudiada el 53.1 % se toman más de 15 minutos para la lactancia, lo que se vio reflejado en un mayor apego seguro en las participantes.

RECOMENDACIONES.

Capacitar al personal de salud en todas las variables que incentivan el apego sano y aquellas que lo afectan, para que puedan identificarlas en el postparto. Establecer un protocolo de cuidado para la lactancia materna, durante el control prenatal con su médico familiar y en el posparto, haciendo hincapié en la labor del personal de enfermería, que incluya la técnica, otras formas de ofrecer la leche materna cuando es difícil pegar al bebé del seno y enseñar a la madre, la probabilidad de los riesgos para la salud del niño, si esta no se lleva a cabo.

Realizando así mismo, pláticas en las unidades de Medicina Familiar, impartidas por personal de enfermería y /o médico, donde se expliquen los beneficios de la lactancia materna, la técnica, formas de extracción, y almacenamiento de la misma.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

1. Chingay GPH. CAUSAS DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ANTES. 2019..
2. Vânia Vieira Borba S S. Breastfeeding and autoimmunity: Programing health from the. 2017 september 14; 79(1): p. 11.
3. MARTHA JADIRA PR. ABANDONO PREMATURO DE LA LACTANCIA MATERNA. 2017..
4. JIMENEZ AS. ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA Y SUS CONSECUENCIAS EN NIÑOS. 2018..
5. YESENIA DLCCM. "CARACTERISTICAS DEL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA". 2016..
6. Bugarin CAM. Factores asociados al conocimiento de lactancia materna en puerperas hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital "san jose" Callao-Lima. 2017..
7. Remigio Rafael Gorrita Pérez DDORML. Tiempo de lactancia materna exclusiva y estructura. 2016..
8. Bouza ET. LACTANCIA MATERNA Y SUS DETERMINANTES. 2016..
9. Lisa-Christine Girard PabODPbcRETP. Breastfeeding, Cognitive and Noncognitive Development in early Childhood: a Population Study. PEDIATRICS. 2017 april; 139(4).
10. Catalina Jarpa M.1 JCL2CTM3CCC4. Lactancia materna como factor protector de sobrepeso. Revista Chilena de Pediatría. 2015 diciembre; 86(1).
11. Teresita González de Cosío-Martínez DeCSHCDeCJRDDDeC. Recomendaciones para una política nacional de promoción de la lactancia materna en México: postura de la Academia Nacional de Medicina. Salud Publica Mexico. 2017 enero-febrero; 59(1).
12. Cavazos RJG. Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2016. Mexico: Secretaría de Salud ; 2014-2018.
13. MORENO GGDT. Factores fisiológicos y sociales que influyen en el éxito de la lactancia materna. 2015 Diciembre. Tesis.
14. Laura P. Ward MlaSWRBibSBMRL. Improving Exclusive Breastfeeding in an Urban Academic Hospital. PEDIATRICS. 2017 february; 139(2).
15. Dr Alyson Norman ,SMJKHNPZA. ENGAGE WITH PLYMOUTH UNIVERSITY. [Online].; 2018 [cited 2019 julio 13. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/323015031>.
16. Fernanda Cobo-Armijo MeDSCMeCJDeDMHÁDeC. La regulación basada en desempeño: estrategia para incrementar las tasas de lactancia materna. SALUD PÚBLICA DE MÉXICO. 2017 MAYO-JUNIO; 59(3).
17. Ventura AK. Associations between Breastfeeding and Maternal Responsiveness: A Systematic Review. American Society for Nutrition. 2017; 8.
18. P. Martínez-Galána *EMGbDMREMM. Educación prenatal e inicio de la

- lactancia materna: revision de la literatura. Enfermeria Universitaria. 2017 Enero-Febrero ; 14(1).
19. Khalesi MDSMRaZB. Factors Related to Maternal-Infant Attachment. Shiraz E-Med J. 2018 November; 19(12).
 20. Nuray Egelioglu Cetisli1* GAEDT. Maternal attachment and breastfeeding behaviors according to type of delivery in the immediate postpartum period. Rev Assoc Med Bra. 2018 julio; 64(2).
 21. Teresita González de Cosío 1IFMMRPE. Scaling Up Breastfeeding Programs in Mexico:Lessons Learned from the Becoming Breastfeeding Friendly Initiative. CURRENT DEVELOPMENTS IN NUTRITION. 2018 APRIL.
 22. Dora Isabel Giraldo-Montoya HLCPPMÁ. Factores demográficos relacionados con el apego materno infantil. Universidad y Salud. 2017 AGOSTO; 19(2).
 23. FUENTES MEM. FACTORES ASOCIADOS EN EL DESTETE PRECOZ. 2019. TESIS.
 24. Roing AO. El abandono prematuro de la lactancia materna: incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia. 2016. TESIS.
 25. N Marta Díaz-Gómez (1) MRM(SA(IE(. MOTIVACIONES Y BARRERAS PERCIBIDAS POR LAS MUJERES ESPAÑOLAS EN RELACIÓN A LA LACTANCIA. Rev Esp Salud Pública. 2016 Septiembre ; 90.
 26. KenzoTakahashi TEJPVPSMLCPKJPPL. Prevalence of early initiation of breastfeeding and determinants of delayed initiation of breastfeeding: secondary analysis of the WHO Global Survey. Scientific Reports. 2017 March.
 27. María D. Ramiro González a HOMACA~cMJEoOCRMTCyMOG. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. Anales de Pediatría. 2018 Enero-Febrero; 89(1).
 28. ATOCHE MLV. FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ANTES DE LOS SEIS MESES EN MUJERES DEL DISTRITO DE PIURA. 2018. TESIS.
 29. TANIA ACK. FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES PRIMERIZAS CENTRO DE SALUD SANGARARA, COMAS 2018. 2018. TESIS.
 30. Lilliam Marín-Arias MEUCF. Duración de la lactancia materna exclusiva en una Población y Salud en Mesoamerica. 2018 Enero-Junio; 15(2).

12. ANEXOS

12.1 ESCALA

Escala de Massie- Campbell: Conductas del niño o niña durante el evento estresante

Instrumento que fue evaluado y aplicado por la Médico Residente de Medicina Familiar, mediante la observación

Numero proporcionado a la Relación o parentesco con el niño /a: participante:	
Fecha de evaluación	
Puntaje :	
Estilo de apego	Seguro: No seguro:

Observar	1	2	3	4	5	X
Mirada	Siempre evita la cara de la madre	Rara vez busca la cara de la madre Miradas breves a la cara de la madre	Ocasionalmente mira la cara de la madre	Frecuentes miradas a la cara de la madre, alternando entre miradas largas y cortas	Fija la mirada a la madre por periodos largos de tiempo	No observado
Vocalización	Callado, nunca vocaliza	Rara vez vocaliza o lloriquea	Ocasionalmente vocaliza, llanto leve	Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso	Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo	No observado
a. Tocando	Nunca toca o tiende hacia la madre	Rara vez toca a la madre	Ocasionalmente toca a la madre	Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia	Si están cerca, siempre toca a la madre	No observado
B .Tocando	Siempre evita ser tocado por la madre	Frecuentemente evita ser tocado por la madre	Generalmente evita ser tocado por la madre	Rara vez evita ser tocado por la madre	Nunca evita ser tocado por la madre	No observado
Sosteniendo	Resiste violentamente. Se arquea alejándose de la	No se relaja en manos de la madre, la empuja	Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro. Ocasionalm	Moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja	Activamente arquea el cuerpo hacia la madre. Se aferra	No observado

	madre		ente la empuja		a ella , nunca la evita	
5. Afecto	Siempre esta intensamente angustiada y temeroso	Frecuentemente irritable, temeroso o apático	Ansiedad moderada y /o placer intermitente o poco claro	Tensión ocasional. En general sonríe.	Siempre sonriente	No observado
6. proximidad o cercanía	Nunca sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Se aleja al rincón o fuera de la pieza	Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Con frecuencia se aleja al rincón	Intermitente sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada	Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada	Siempre sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada	No observado

Respuesta del acompañante frente al estrés del niño o niña

Observar	1	2	3	4	5	X
Mirada	Siempre evita mirar la cara del niño/a	Rara vez mira al niño/a la cara. Miradas evasivas a la cara del niño/a	Ocasionalmente mira al niño /a la cara	Frecuentes miradas , largas y cortes, a la cara del niño/a	Fija la mirada a la cara del niño por periodos largos	No observado
Vocalización	Callado, nunca o vocalizo	Palabras escasas o murmura	Ocasionalmente vocaliza al niño	Frecuentemente habla y murmura, conversa y hace sonidos	. Vocalización intensas todo el tiempo	No observado
a. Tocando	Nunca toca o tiende al niño	Rara vez toca al niño	Ocasionalmente toca al niño	Frecuentemente tiende al niño y lo toca	Si el niño está cerca siempre lo toca	No observado
b .Tocada	Siempre evita ser tocado por el niño	Frecuentemente evita ser tocada por el niño	Ocasionalmente evita ser tocada por el niño	Rara vez evita ser tocada por el niño	Nunca evita ser tocada por el niño	No observada
Sosteniendo	Rechaza al niño alterado empujándolo o lo toma alejado de su cuerpo	Sostiene al niño en forma tesa o rara, no relajada	Apoyo al niño sobre su pecho u hombro brevemente	Amolda su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza	Inclina el cuerpo o hacia el niño. Luego lo sostiene amoldándolo a su	No observado

					corp o	
Afecto	Siempre esta intensamente angustiada y temerosa	Frecuentemente irritable, temerosa o apática	Ansiedad moderada y /o agradada o poco claro	Tensión ocasional. en general sonríe	Siempre sonríe	No observado
Proximidad	Se va de la pieza	Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón de la pieza	Se para o se sienta intermitente dentro del alcance del niño	Contacto físico frecuente con el niño	Siempre en contacto físico con el niño	No observado

12.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio: FACTORES DE RIESGO QUE CONDICIONAN LA FALTA DE APEGO A LA LACTANCIA, EN MUJERES EN LOS PRIMEROS SEIS MESES POSPARTO, UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 62."

Patrocinador externo (si aplica): Ninguno

Lugar y fecha: Unidad De Medicina Familiar No 62, ubicada en Av. 16 de septiembre, No 39, Col. Guadalupe, C.P. 54800 Cuautitlán México

Número de registro institucional: Pendiente

Justificación y objetivo del estudio: El presente estudio tiene como **objetivo** asociar los factores de riesgo: edad, nivel educativo, ocupación, que condicionan la falta de dar pecho a su hijo, en los primeros 6 meses después de su nacimiento. **Justificación** se valorar su técnica de dar pecho de usted, y poder mejorarla y con la finalidad de aumentar los beneficios a corto y largo plazo para su hijo y usted.

Procedimientos: Con previa autorización de usted, dentro del área del lactario de la unidad de medicina familiar, observare la forma en como alimenta a su bebe, y que reacciones presentan usted y su hijo durante el tiempo que lo alimenta, en donde se le aplicará una escala de Massie Campbell la cual consiste en observar la conducta de la madre y él bebe, evaluando la mirada, tacto, el habla, sostén, afecto y proximidad

Posibles riesgos y molestias: El presente estudio se considera de **riesgo mínimo** ya que solo está implicada la observación directa de la técnica de dar pecho a su bebe, lo que le podría generar a usted incomodidad, siendo un contacto indirecto

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Mejorar su técnica de dar pecho a su hijo, con ello aumentar los beneficios que da la leche materna a su bebe como: prevenir que su hijo sea gordito, que se enferme de sus pulmones, disminuir reacciones alérgicas, problemas en su estómago, ayuda en el desarrollo de su cerebro. Y para usted si da lactancia disminuye la posibilidad de padecer cáncer de sus ovarios, disminuir el sangrado después del parto, funciona como método de planificación familiar.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se le informaran los resultados de manera personal, en caso de que así lo desee. Se les explicara de mejor manera la técnica de lactancia materna, para que se aproveche los beneficios que obtendrán su hijo y las participantes.

Participación o retiro: La participación es libre y en cualquier momento del estudio puede tomar la decisión de retirarse., ya sea por sentirse incomoda al ser observada o por la simple razón de ya no querer participar dentro del estudio.

Privacidad y confidencialidad: **Privacidad:** los datos quedaran resguardados por el investigador o en el instituto durante 5 años. **Confidencialidad** y en caso de que requiera el resultado, se le otorgara de manera personal.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar

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

Investigadora o Investigador Responsable:

Dr. Rubén Ríos Morales
Coordinador Clínico De Educación E Investigación En Salud
Teléfono: 55 5507 6762
Correo Electrónico : ruben.rios@imss.gob.mx

Colaboradores:

Av. 16 De septiembre No 39, Col. Guadalupe. C.P. 54800, Cuautitlán Edo De México
Erika Sánchez Díaz, Residente de Medicina Familiar del primer año, matrícula: 96152393 Teléfono: 5565347937. Correo Electrónico: doctorcita_erika@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CLIES del IMSS: Avenida la quebrada Santa María Guadalupe CP 54769 Cuautitlán Izcalli, Presidente del Comité Dr. Enrique Sandoval Luna, email dr_esl10@yahoo.com.mx, teléfono: 5532441660

Erika Sánchez Díaz, Residente de Medicina Familiar
5565347937, doctorcita_erika@hotmail.com
Matrícula: 96152393

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013