



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA
SALUD
CAMPO DE CONOCIMIENTO EN CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA DE CONCENTRACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA

PREDICTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y PERSONALES DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA
EN MUJERES MEXICANAS: UN ESTUDIO PROSPECTIVO

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTORA EN CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTA:
KARINA SERRANO ALVARADO

TUTOR PRINCIPAL:
DR. MARIO E. ROJAS RUSSELL
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA, UNAM

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:
DRA. LILIA V. CASTRO PORRAS
CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN POLÍTICAS, POBLACIÓN Y SALUD, UNAM
DRA. CLAUDIA I. ASTUDILLO GARCÍA
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA, RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., NOVIEMBRE DE 2023



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.

Para mi madre

*Morir es retirarse, hacerse a un lado,
ocultarse un momento, estarse quieto,
pasar el aire de una orilla a nado
y estar en todas partes en secreto*

J. Sábines

Gracias infinitas: Bruno, Angel, Joel y Mario

Contenido

<i>Resumen</i>	<i>i</i>
<i>Abstract</i>	<i>ii</i>
<i>Introducción</i>	1
1. <i>Lactancia Materna y Salud</i>	3
1.1 Efectos sobre la salud del menor	3
1.2 Efectos sobre la salud de las madres.....	6
1.3 Efectos económicos de la LM	7
1.4 Prevalencia de la lactancia materna	8
2. <i>Predictores de la lactancia materna</i>	10
2.1 Factores Estructurales	10
2.2 Factores Contextuales	13
2.3 Factores Individuales	14
2.4 Intención de amamantar	16
2.5 Modelos Psicosociales de salud: La Teoría de la Conducta Planificada	17
3. <i>Justificación</i>	23
3.1 Objetivo general.....	24
3.2 Objetivos específicos:	25
4. <i>Método</i>	26
5. <i>Resultados</i>	36
5.2 Características personales de la muestra inicial por tipo de alimentación	37
5.4 Análisis bivariados	45
5.5 Análisis multivariados.....	49
6. <i>Discusión</i>	53
6.1 Fortalezas y limitaciones del estudio	63
7. <i>Conclusiones</i>	68
<i>Referencias</i>	69
<i>Anexo 1. Consentimiento informado</i>	94
<i>Anexo 2. Operacionalización de las covariables de estudio</i>	95
<i>Anexo 3. Cuadernillo de evaluación inicial</i>	97
<i>Anexo 4. Cuadernillo de evaluación de seguimiento</i>	106

Predictores sociodemográficos y personales de la lactancia materna exclusiva en mujeres mexicanas: un estudio prospectivo

Resumen

La lactancia materna es un fenómeno complejo, que depende de factores de distinto orden. A nivel mundial, las tasas de lactancia materna exclusiva (LME) son bajas, por lo que, desde la perspectiva de las conductas de salud, resulta necesario un análisis de los factores contextuales que afectan la información y valoraciones derivadas de la experiencia sobre la LM, a partir de las cuales las mujeres deciden amamantar. **Objetivo:** Elaborar un modelo para explicar la relación entre las variables personales de la Teoría de la Conducta Planeada (TCP), sobre el tipo de lactancia considerando variables contextuales. **Método:** Se realizó un estudio longitudinal prospectivo, con una muestra de 189 mujeres. Se aplicó un cuestionario durante el embarazo y un seguimiento telefónico después del parto. La variable de resultado fue el tipo de alimentación. **Resultados:** La muestra se conformó por 189 mujeres. El modelo identificó que tener alta intención de amamantar se asoció con dos veces más posibilidades de LME (OR= 2.15, IC95%, 1.09-4.28), mientras que una baja percepción de control de estrés y falta de tiempo (OR= 0.32, IC95%, 0.13-0.77), los problemas de salud del bebé después del parto (OR= 0.15, IC95%, 0.04-0.61), la edad (OR= 0.43, IC95%, 0.18-1.01) y el trabajo materno (OR= 0.23, IC95%, 0.11-0.47) se asociaron con una menor posibilidad de LME. Los análisis post estimación indican que la probabilidad de LME se modifica cuando se consideran en conjunto las variables personales y contextuales. **Conclusiones:** Aún en presencia de condiciones adversas del entorno, la intención de amamantar es un fuerte predictor de la lactancia exclusiva, estos hallazgos pueden emplearse para diseñar planes de intervención para apoyar la LME en madres que utilizan los servicios públicos de salud. **Palabras clave:** lactancia materna exclusiva, conductas de salud, factores contextuales, Teoría de la Conducta Planeada, intención de amamantar, trabajo materno.

*Sociodemographic and personal predictors of exclusive breastfeeding in Mexican women:
a prospective study.*

Abstract

Breastfeeding is a complex phenomenon that depends on various factors. Worldwide, exclusive breastfeeding rates are low, and from a health behavior perspective, it is needed to analyze the contextual factors that affect the information and experience-derived judgments that women use to decide whether to breastfeed. **Objective:** To develop a model that determines the relationship between personal variables of the Theory of Planned Behavior (TPB) and the type of breastfeeding, considering contextual variables. **Method:** A longitudinal prospective study was conducted with a sample of 189 women. A questionnaire was administered during pregnancy, and a telephone follow-up was conducted after childbirth. The outcome variable was the type of feeding. **Results:** The sample included 189 women. In the final model, having a high intention to breastfeed was associated with twice the likelihood of exclusive breastfeeding (OR=2.15, 95% CI 1.09-4.28), while low perceived control of stress and lack of time (OR=0.32, 95% CI 0.13-0.77), postpartum infant health problems (OR=0.15, 95% CI 0.04-0.61), age (OR=0.43, 95% CI 0.18-1.01), and maternal work (OR=0.23, 95% CI 0.11-0.47) were associated with a lower likelihood of exclusive breastfeeding. Post-estimation analyses indicate that the likelihood of exclusive breastfeeding changes when personal and contextual variables are considered together. **Conclusions:** Even in the presence of adverse environmental conditions, the intention to breastfeed is a strong predictor of exclusive breastfeeding. These findings can be used to design intervention plans to support exclusive breastfeeding among mothers who use public health services.

Keywords: exclusive breastfeeding, health behaviors, contextual factors, Theory of Planned Behavior, intention to breastfeed, maternal work

Introducción

“Puede que la lactancia no sea la mejor opción para todas las madres, pero es la mejor opción para todos los bebés”

Lavinia Belli

La lactancia materna (LM) es considerada como un factor de protección para múltiples desenlaces de salud para el binomio madre-hijo; sin embargo, actualmente, la tasa de lactancia materna exclusiva alcanza menos del 30% en México (1).

Desde la década de los 70s, se documentó el descenso en las tasas de lactancia materna en el mundo y el incremento en la mortalidad infantil asociada a la lactancia subóptima, acompañada del aumento en la producción, comercialización y distribución de las fórmulas lácteas, que, en conjunto con los cambios sociales, como una mayor participación de las mujeres en el mundo laboral, favorecieron la necesidad de desarrollar recomendaciones internacionales para la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna (2).

Tal es el caso del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna y la Declaración de Innocenti (3), de la que se derivaron los *Diez pasos hacia una feliz lactancia natural*, y la *Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño* (4), que sentaron las bases para el establecimiento de políticas públicas de protección para la lactancia a nivel regional y local como la Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018 en México, cuya implementación tuvo como consecuencia que las cifras de lactancia exclusiva incrementaran del 12.45 al 28.8%(5).

A pesar de los esfuerzos, la carga de enfermedad en conjunto con las pérdidas económicas asociadas a las bajas tasas de lactancia en el mundo, continúan siendo un problema de salud pública. Por lo que el problema exige un abordaje desde distintos niveles

de análisis: definición de políticas para promover y evidenciar los beneficios de la lactancia; la capacitación del personal de salud para promover su práctica, y los factores que afectan la decisión individual de amamantar, principalmente en el primer nivel de atención a la salud.

Si bien la responsabilidad de la lactancia no es únicamente de las madres, es importante generar evidencia que permita incidir en factores que pueden ser modificados a nivel personal. Una perspectiva basada en la ciencia del comportamiento puede ser útil para comprender mejor los factores que impulsan la lactancia materna, y de esta forma crear estrategias efectivas para aspectos como la educación y el apoyo en el ámbito clínico y comunitario, y la promoción de la lactancia materna en el lugar de trabajo.

De esta forma, el objetivo del presente estudio es elaborar un modelo predictivo que determine la relación entre las variables personales de la TCP, considerando variables contextuales sobre el tipo de lactancia, por lo que, a fin de contextualizar el problema de la lactancia materna, el capítulo 1 presenta un panorama global sobre las múltiples condiciones de salud de binomio madre-hijo con los que se relaciona la LM.

El capítulo 2 hace una recopilación sobre los factores estructurales, contextuales e individuales que han mostrado valor predictivo sobre la LM, haciendo énfasis en el papel de la intención conductual como antecedente inmediato de la conducta, tomando como marco de referencia la Teoría de la Acción Razonada y la Conducta Planeada como modelo de explicación del comportamiento de amamantar y dar paso a la justificación del estudio.

El método del estudio se describe en el capítulo 3, en el capítulo 4 se describen los resultados de estudio y finalmente se discuten los hallazgos principales en el capítulo 5.

1. Lactancia Materna y Salud

La Organización Mundial de la Salud define a la lactancia materna exclusiva (LME) como la alimentación al seno materno sin la administración de ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, a excepción de la administración de vitaminas y medicamentos, por lo que su empleo se recomienda desde la primera hora de vida del infante por al menos los primeros seis meses de vida, posterior a lo cual se deberán introducir alimentos apropiados y seguros para la edad, con el mantenimiento de la lactancia materna (LM) hasta los dos años o más (6,7).

1.1 Efectos sobre la salud del menor

El interés sobre los procesos biológicos y psicosociales que explican el inicio y mantenimiento de la LM reside en la evidencia creciente en torno a los efectos de la nutrición temprana sobre la salud a largo plazo (8) y su papel en la prevención de la triple carga de la malnutrición, las enfermedades infecciosas y la mortalidad (9). Adicionalmente, la LM es una de las mejores estrategias costo-efectivas vinculada con múltiples beneficios económicos (10) y de salud para el binomio madre-hijo (11).

Durante los primeros seis meses de edad, la LME brinda al recién nacido una alimentación completa y rica en macro y micronutrientes, oligoelementos, factores de crecimiento e inmunoglobulinas. Asimismo, el contenido de ácidos grasos poliinsaturados en la leche humana es esencial para el desarrollo saludable del cerebro (12,13).

Distintos estudios han señalado el impacto de la LM en el estado nutricional y desarrollo óptimo del infante. Al respecto, un metaanálisis de 33 estudios observacionales demostró asociaciones inversas de la LM con la desnutrición global, (OR agrupada= 0.82, IC95% =

0.68, 0.99, $p = 0.036$), y el retraso del crecimiento ($OR = 0.73$; $IC\ 95\% = 0.55-0.95$) en niños menores de 5 años (14).

La LM influye no sólo en el desarrollo nutricional de niñas y niños, se ha documentado también que tiene efectos en la cognición, el comportamiento y la salud mental de los menores y sus madres (15). Un estudio que evaluó la carga de enfermedad asociada a la LM de 188,052 niños nacidos entre enero de 2008 y diciembre de 2009, participantes en la National Investigation of Birth Cohort in Korea Study 2008 (16) identificó que, comparados con niños alimentados con fórmula láctea, la LM en los primeros 4 a 6 meses se asoció con un menor riesgo de convulsiones febriles, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno del espectro autista, neumonía, bronquitis aguda, estenosis pilórica hipertrófica y asma, así como un menor riesgo de hospitalización por todas las causas en niños hasta los 10 años de edad y menor riesgo de sobrepeso, obesidad y talla baja en niños entre 6 y 7 años.

En la misma línea, una revisión de la literatura reportó que los ácidos grasos poliinsaturados contenidos en la leche materna contribuyen al desarrollo de la materia blanca durante la infancia, lo que puede explicar la mejora del funcionamiento cognitivo e intelectual en niños que son amamantados. Mientras que la oxitocina contenida en la leche materna y liberada durante la lactancia a través de la succión en combinación con el tacto y el calor, facilitan el funcionamiento socio-emocional del bebé al aumentar los comportamientos positivos como la búsqueda de contacto físico y apego y reducen las conductas de retraimiento y ansiedad (17).

Además, se ha documentado que la LM puede tener efectos en la prevención de los trastornos del espectro autista, aunque los hallazgos no son concluyentes (18,19)

También, se ha reportado que la LME reduce la incidencia de enfermedades gastrointestinales, el riesgo de diarrea y enfermedades respiratorias infecciosas, incluyendo

hospitalización por estas causas (12,20). De acuerdo con un metaanálisis de 18 estudios (de cohorte, transversales y de casos y controles), los niños que no son amamantados tienen un mayor riesgo de mortalidad por diarrea en comparación con aquellos que son alimentados con lactancia materna exclusiva entre 0-5 meses de edad (RR= 10.52) y con cualquier lactancia materna entre los niños de 6-23 meses de edad (RR= 2.18) aunque dada la heterogeneidad de los estudios analizados, los datos no son concluyentes (21). Sin embargo, otros estudios han documentado que la LME disminuye también 72% de los casos de hospitalización por diarrea en niños menores de 5 años, (22). Adicionalmente, la LME reduce la frecuencia de problemas alérgicos, infecciones respiratorias y la probabilidad de síndrome de muerte súbita en recién nacidos (10).

Los niños prematuros que reciben LM tienen menor riesgo de desarrollar enterocolitis necrosante (ECN). Un metaanálisis que incluyó seis ensayos controlados aleatorizados (ECA) y 26 estudios observacionales encontró que los ECA indicaron una reducción del riesgo de ECN utilizando leche humana respecto a la fórmula RR=0.62 (IC95% 0.42-0.93), mientras que los estudios observacionales identificaron reducción del riesgo de ECN RR=0.74 (IC95% 0.63-0.91) en niños que recibieron leche humana en comparación con los que recibieron alimentación mixta (23).

La lactancia prolongada tiene también beneficios para la salud a largo plazo y constituye un factor de protección para el desarrollo de enfermedades crónicas como diabetes mellitus y obesidad tanto en la infancia como en la edad adulta (24). North y colaboradores (25), identificaron que la LM se asoció con una menor tasa de mortalidad por todas las causas en una relación dosis-respuesta en países de ingresos medios y bajos.

Al respecto, el Proyecto de Investigación sobre Nutrición Temprana (Early Nutrition Research Project) financiado por la Comisión Europea, indica que la lactancia materna puede

reducir el riesgo de sobrepeso y obesidad a largo plazo y que en niños que fueron amamantados por corto tiempo, la LM se asoció con un menor efecto protector sobre el riesgo posterior de sobrepeso y obesidad, en comparación con una duración de la lactancia materna de 6 meses o más. Aunque los datos no son concluyentes al respecto, existe consenso en torno a favorecer la LME los primeros meses de vida como estrategia de prevención de sobrepeso a largo plazo (26).

Un metaanálisis que incluyó 26 estudios de cohorte identificó que el riesgo de obesidad en preescolares alimentados alguna vez con leche materna fue de OR= 0.83 (IC95% 0.73-0.94) en comparación con los niños que nunca recibieron leche materna, los resultados dosis-respuesta mostraron un efecto protector de la LM ($\beta = -0.032$, $p = 0,001$) sobre la obesidad infantil, sin embargo, el análisis categórico identificó un menor riesgo de obesidad infantil en niños que fueron amamantados solo hasta después de seis meses de LM continuada OR= 0.67 (IC95% 0.58-0.77) (27).

1.2 Efectos sobre la salud de las madres

La LM tiene también beneficios para la salud de las madres. De manera inmediata, reduce el riesgo de hemorragia postparto y anemia (28) mientras que las madres que amamantan exclusivamente y por más tiempo presentan una mayor pérdida de peso corporal después del parto y reducen el riesgo de cáncer de mama y cervicouterino (18,29). Asimismo, la LM está asociada a la pérdida de peso post parto debido a los cambios hormonales inducidos por la lactancia. Se ha documentado que durante la lactancia los niveles de progesterona disminuyen y se libera prolactina lo que hace que los niveles de estrógeno disminuyan facilitando la movilización de las reservas de tejido adiposo (30).

En mujeres que amamantan por más de 12 meses se ha identificado una reducción de 30% en el riesgo de presentar diabetes y del 13 % para hipertensión (31). Un metaanálisis que incluyó 8 estudios prospectivos en los que participaron 1,192,700 mujeres con hijos y cuyo seguimiento promedio fue de 10.3 años, reportó que las madres que amamantaron alguna vez en comparación con las que nunca amamantaron tuvieron una reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular de 11% [HR=0.89 (IC95%, 0.83-0.95)], 14% para la enfermedad coronaria [HR=0.86 (IC95%, 0.78-0.95)]; 12% para accidentes cerebrovasculares [HR=0.88 (IC 95%, 0.79-0.99)] y 17% para mortalidad por enfermedad cardiovascular [HR= 0.83 (IC 95%, 0.76-0.92)]. El estudio identificó también una reducción progresiva del riesgo cardiovascular cuando la duración de la lactancia era de más de 12 meses (32).

Asimismo, la LM facilita y fortalece la relación afectiva madre-hijo (33), cuando es exclusiva se asocia con menores tasas de depresión a los 3 y 12 meses postparto (34). La LM prolongada se asocia al apego seguro y al vínculo madre-hijo, aunque los mecanismos subyacentes no han sido esclarecidos, se ha identificado que la LM favorece el contacto activo y la identificación de las señales que emite el bebé por lo que el vínculo se fortalece (35). Algunas investigaciones indican también que la lactancia materna influye positivamente en el estado de ánimo, el afecto y el estrés materno (17).

1.3 Efectos económicos de la LM

La LM es también una de las mejores estrategias costo-efectivas vinculada con múltiples beneficios económicos. Quesada y colaboradores (36) estimaron que el sistema sanitario español podría haber ahorrado más de 5.6 millones de euros por incremento de cada punto porcentual en las tasas de LME durante 2014, asociado al tratamiento de las cuatro patologías

con menor incidencia entre los lactantes amamantados (otitis media, gastroenteritis, infecciones respiratorias y enterocolitis necrotizante).

En un estudio realizado en México en 2015 (37), se estimó que el costo de las prácticas de lactancia materna inadecuadas fue entre \$745.6 y \$2,416.5 millones de dólares, principalmente debido a la compra de fórmulas lácteas. Además, se sugirió que entre 1.1 a 3.8 millones de los casos de enfermedad y 933 a 5,796 de las muertes infantiles podrían ser atribuidas a la lactancia materna inadecuada, lo que representa el 27% de las pérdidas económicas para el sistema de salud.

Unar-Munguía y cols., (38) compararon la lactancia subóptima reportada para México en 2012 (14% de niños amamantados hasta los 24 meses) con un modelo simulado de cumplimiento óptimo de la lactancia (95%) estimaron 5,344 casos más de enfermedades como diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer de ovario, 1,681 muertes prematuras adicionales, 66,873 años de vida ajustados por discapacidad y 561.94 millones de dólares para costos directos (ej. gastos de atención en salud) e indirectos (ej. pérdidas por productividad) para las mujeres con lactancia subóptima.

1.4 Prevalencia de la lactancia materna

Pese a los beneficios documentados, las tasas de lactancia continúan siendo bajas en todo el mundo. Un estudio (39), realizó un análisis geoespacial de la prevalencia de la LME de 2000 a 2018 en 94 países de ingresos bajos y medios (PIBM) incluyendo México, para estimar la probabilidad de cumplir con los estándares globales del Objetivo Mundial de Nutrición de la OMS (GNT, por sus siglas en inglés) el cual propone un cumplimiento de $\geq 70\%$ de LME para 2030 (39). En general, se espera que la prevalencia de LME en los PIBM aumente del 38,7% en 2018 al 42,6% en 2025 y que alcance el 45,2% para 2030. Sin embargo, el estudio

identificó también que globalmente, hubo una disminución del 4.8% de niños que no fueron amamantados de forma exclusiva de 2000 a 2018, existiendo 760,500, es decir 2.7% de niños menores de dos años en México que no recibieron lactancia materna.

Organismos internacionales recomiendan el inicio de la lactancia inmediatamente después del nacimiento. Actualmente, en PIBM sólo el 47.2% de los bebés menores de 2 años son puestos al seno materno durante su primera hora de vida, mientras que para América Latina y el Caribe, esta cifra alcanza el 53.9% (8) y en países de ingresos medios y altos, menos de uno de cada cinco niños es amamantado durante los 12 primeros meses (40).

En México, los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018-19 indican que el 47.7% de los niños reciben leche materna en la primera hora de vida (5) y menos de un tercio de los niños de seis meses reciben LME (28.6%), mientras que cerca de la mitad de los niños (46.9 %) entre 12 y 15 meses y un tercio (29%) de los niños entre 20 y 23 meses continúan siendo amamantados (5,41).

El estudio de North y cols., (25) indicó que, si las tasas de lactancia materna se incrementaran linealmente para alcanzar los objetivos de la OMS en 2030, se salvarían más de 190,000 vidas de personas menores de 5 años.

Si bien las tasas de LM han incrementado en los últimos años, México está lejos de alcanzar las recomendaciones internacionales para proteger, promover y apoyar la lactancia materna (42), por lo que la investigación y la identificación de variables predictoras resulta prioritario.

2. Predictores de la lactancia materna

Si bien los mecanismos anatómicos y fisiológicos de la glándula mamaria explican la producción de leche mediante la participación de la diada madre-hijo a través de los mecanismos de succión, deglución, respiración y otras características del lactante y de la madre (43), la lactancia materna no es solamente un evento biológico, existen múltiples factores que influyen en la decisión de las madres al momento de elegir el tipo de alimentación que proveerán a sus hijos. Se han descrito una serie de factores macro y microsociales que enfrentan las mujeres para amamantar y se ha propuesto un modelo conceptual (44) (Figura 1) a fin de promover estrategias específicas para facilitar el apoyo y fortalecimiento de la LM.

El modelo identifica determinantes estructurales, del entorno e individuales que afectan la decisión de amamantar, que van desde las políticas públicas de atención prenatal, laboral y económica, factores sociodemográficos que facilitan o inhiben la LM hasta aspectos relacionados con el entorno familiar, personal y de salud de la mujer.

2.1 Factores Estructurales

Los factores estructurales hacen referencia a las condiciones sociales, económicas y políticas que pueden influir en la capacidad de las mujeres para amamantar, entre ellos: Políticas laborales y de salud, que incluye aquellas referentes a la comercialización de sucedáneos de la leche; Organización y acceso a los servicios de salud; Desigualdades sociales y económicas y Factores culturales (44).

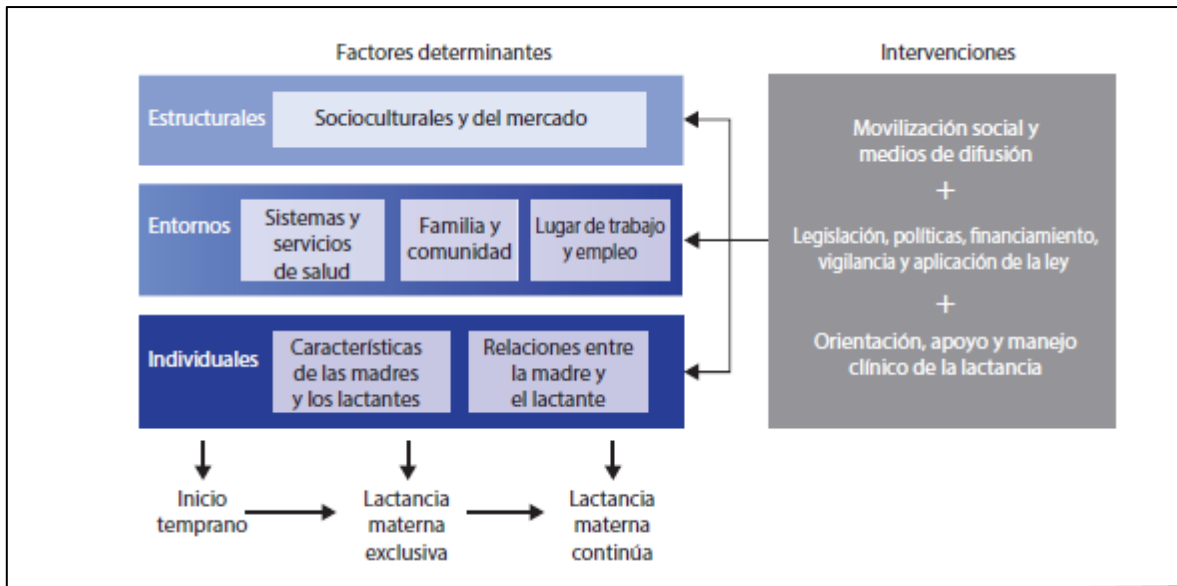


Figura 1. Condiciones propicias para la lactancia materna: un modelo conceptual. Traducido del inglés por la Organización Panamericana de la Salud//Organización Mundial de Salud (2016). En: Rollins (2016)

Si bien desde 1981, organismos internacionales de salud han hecho esfuerzos para proteger y promover la lactancia (2), que han derivado en la incorporación de leyes y regulaciones comerciales que protegen la lactancia materna a nivel local. De acuerdo con uno de los estudios publicados en la serie Lancet sobre lactancia materna (45), uno de cada tres neonatos de los PIMB recibe alimentación pre láctea (alimentos distintos de la leche materna ofrecidos durante los 3 primeros días tras el parto) durante los tres primeros días tras el nacimiento, y sólo uno de cada dos neonatos es amamantado durante la primera hora de vida. Además, demostraron una correlación inversa entre la alimentación pre láctea y el inicio temprano (durante la primera hora de vida) de la lactancia materna ($r = -0.63$; $p < 0.00$) lo que demuestra que las políticas para la protección de la LM continúan siendo insuficientes y/o mal aplicadas.

Tal es el caso de la regulación sobre la comercialización y publicidad de las fórmulas lácteas (FL). Recientemente Rollins y cols.(45) indicaron que las ventas de FL para uso en

los 3 primeros años de vida rondan los \$55 billones de dólares anuales y han alterado la alimentación del lactante y el niño pequeño a nivel mundial, demostrando que las ventas de FL se asociaron negativamente ($r=-0.70$, $p<0.0001$) con las tasas de LM a los 12 meses en 126 países.

Los autores también ponen de manifiesto que la comercialización de FL emplea un sistema de marketing muy efectivo que incluye publicidad engañosa, promoción a través de médicos y enfermeras, patrocinio de eventos y publicaciones científicas, y el desarrollo de productos que intentan imitar los componentes la leche materna, que inciden tanto en las decisiones de los padres como en las recomendaciones que los profesionales de salud proporcionan a las familias (45).

Las disparidades sociales afectan diferencialmente la LM. Una revisión con enfoque de justicia social (46), señala que existen diferencias en las tasas de lactancia materna por raza, etnia, clase y estatus social y que la desigualdad de género, el racismo, la pobreza y la violencia determinan si las madres podrán amamantar o alimentar a sus hijos con LM, con qué grado de exclusividad y durante cuánto tiempo; insistiendo en una conceptualización para la promoción de la LM de que incluya acceso equitativo, reconocimiento y respeto a la diversidad, y empoderamiento de las madres y las comunidades.

Las prácticas culturales juegan un papel importante en la alimentación pre láctea y la interrupción temprana de la LME, el uso de herbolaria (47) y otros alimentos a base de leche como apoyo o sustituto de la alimentación del recién nacido (8) o algunas prácticas como la restricción de alimentos que se cree afectan la producción de leche en las madres (48) y la creencia de que la leche materna deja de ser nutritiva y suficiente antes de los 6 meses de edad (49).

2.2 Factores Contextuales

Los factores contextuales o del entorno que afectan la lactancia materna se refieren a los aspectos del ambiente en el que vive la mujer y su familia y que incluyen las condiciones laborales, apoyo social, acceso a información y educación sobre LM, entre otros.

Una de las mayores barreras para iniciar o continuar con la LM entre las mujeres laboralmente activas es el regreso al trabajo (50). La experiencia de diversas mujeres refiere que los espacios laborales no ofrecen las condiciones suficientes para conjugar la actividad remunerada con la maternidad ni con la práctica de la LM (51)

En general, aquellas madres con mayor necesidad económica y en puestos más bajos o empleos informales abandonan prematuramente la lactancia, al tener menor capacidad de control sobre su actividad laboral y sus tiempos de trabajo (52,53).

En este sentido, los factores económicos afectan también las creencias de las madres sobre la LM. Un estudio cualitativo en el que entrevistaron a madres hispanas de bajos ingresos identificó que las madres que reportaron inseguridad alimentaria y estrés debido a la dificultad para pagar las facturas percibieron su producción de leche materna como escasa y de baja calidad (54).

Adicionalmente, la información que proporciona el personal de salud tiene un papel crucial en la LME y continuada, ya que son quienes apoyan la LM en el periodo perinatal y en los días siguientes, por lo que la falta de capacitación del profesional sanitario para resolver los problemas de lactancia puede influir negativamente en el establecimiento de la LM (55).

La menor ganancia de peso en niños amamantados suele ser una razón para indicar la incorporación de fórmula láctea, lo anterior, puede explicarse por las diferencias en el patrón de crecimiento observado entre los niños que son amamantados y los que reciben FL, estos últimos, ganan peso y aumentan su IMC más rápidamente en los primeros tres a seis meses

de vida que los lactantes que reciben LME o predominante. En la práctica clínica el crecimiento infantil se evalúa con guías estandarizadas, por lo que la menor ganancia de peso en niños amamantados suele ser una razón para indicar la incorporación de fórmula láctea, lo que resalta la importancia de la adecuada capacitación de los profesionales de salud en contacto con las diadas madre-hijo (56).

Se ha identificado que la asesoría familiar en lactancia, principalmente en los modelos que incluyen a la pareja, la participación en grupos de apoyo y el uso de tecnologías como mensajes de texto y aplicaciones móviles y tienen un impacto positivo sobre la LM (57).

Una revisión sistemática que incluyó 76 estudios cualitativos identificó que el apoyo recibido de las parejas y familiares de las mujeres lactantes desempeñan un papel clave en la duración y exclusividad de la LM, mientras que, la falta de conocimientos de los familiares sobre la LM, la presión social y la falta de apoyo por parte de la comunidad son factores que se relacionan negativamente con la lactancia (58).

2.3 Factores Individuales

Los factores individuales o personales hacen referencia a las características maternas y de la diada madre-hijo que se asocian con la LM, entre las que se encuentran: a) la condición de salud, incluyendo características del embarazo y parto; b) la experiencia previa con la lactancia; c) las prácticas de alimentación infantil y d) los conocimientos y creencias sobre LM.

Se ha identificado que las primeras horas posteriores al parto constituyen un período crítico para el establecimiento de la LM ya que es en este período donde el reflejo de enganche y succión en el recién nacido parecen estar fuertemente presentes y son más receptivos a los

estímulos sensoriales que reciben de la madre, por lo que el contacto piel con piel puede facilitar el establecimiento de la lactancia temprana (59).

Un metaanálisis de 9 ensayos clínicos aleatorizados (60) que compararon a 597 recién nacidos que tuvieron contacto piel con piel dentro de los primeros 10 minutos después del nacimiento, con 553 recién nacidos que fueron trasladados a un calentador radiante inmediatamente después del corte del cordón umbilical para ser envueltos en una manta y entregados a sus madres, indicó que el efecto del contacto piel con piel entre la madre y el bebé inmediatamente después del nacimiento tuvo un efecto positivo sobre el éxito (OR: 2,771 95%; CI 1,587-4,838) y la duración de la primera lactancia (DM: 26,627 95%; CI 1,070-52,184; $p = 0,041$).

Por el contrario, la interrupción precoz de la lactancia puede estar asociada a problemas maternos, como enfermedades de la madre, dolor de pecho, incomodidad para amamantar en público, enfermedades del recién nacido y el estrés materno (55).

El movimiento de succión de los lactantes es un factor decisivo en la producción y extracción de leche materna, por lo que el agarre correcto y el contacto inmediato de la madre y el bebé después del nacimiento constituyen factores pronósticos del inicio temprano de la LM .

Los neonatos también parecen experimentar el inicio de la lactancia materna como más estresante que el inicio de la alimentación con leche artificial, ya que esta última representa un menor esfuerzo de succión para los bebés, mientras que los problemas de agarre correcto del pezón suelen ser frecuentes en bebés amamantados, situación que puede estar relacionada con el estrés que experimentan, sobre todo, las madres primerizas (35). Estos factores en combinación con una mayor edad materna y un parto no espontáneo pueden

afectar la percepción de una baja producción de leche, la presencia de mastitis y las fisuras del pezón que en conjunto representan factores de riesgo para el cese de la lactancia (61).

Entre los factores relacionados el embarazo y el parto, se ha identificado que, en comparación con el parto natural, la cesárea puede retrasar el inicio de la lactancia y acortar la duración de la LME (57,62), probablemente relacionado a un mayor retraso en el tiempo del contacto piel con piel entre madre e hijo.

Entre las prácticas de alimentación infantil, un estudio observacional que incluyó 640 díadas de madres con recién nacidos sanos, identificó que los factores que se asociaron positivamente con la LM a los tres meses fueron la experiencia positiva previa con la LM [OR= 2.5 (IC95% 1.7–3.7)], el no uso del chupón, [OR= 1.3 (IC95% 1.1–1.6)] y la lactancia a libre demanda [OR= 3.0 (IC95% 2.1–4.5)].

2.4 Intención de amamantar

Si bien las prácticas de lactancia se han asociado a factores de naturaleza distinta, desde el enfoque de las conductas relacionadas con la salud, entendidas como aquellos comportamientos que pueden influir en su mantenimiento y promoción, ya sean espontáneos o inducidos (63), la intención conductual ha sido uno de los constructos más estudiados, ya sea como variable de exposición, intermedia o como desenlace.

La intención se refiere a la disposición para iniciar, modificar o cambiar un comportamiento. Parte del supuesto de que el comportamiento intencional está orientado a la consecución de metas, por lo que puede explicarse a partir de los procesos de cambio que ocurren durante la toma de decisiones y que incluyen un conjunto de evaluaciones cognoscitivas y de recursos comportamentales que se requieren para emprender o mantener la acción, por lo que, la intención se considera el antecedente inmediato del comportamiento

volitivo (64). En el contexto de estudio de la LM, la intención podría mediar la relación entre los factores contextuales y las prácticas individuales de lactancia.

Diversos estudios, incluyendo revisiones metaanalíticas indican que la intención puede predecir la LM y su duración (65–68) y es además uno de los factores modificables que mayor efecto tienen sobre la lactancia (69).

Las mujeres con intención de amamantar exclusivamente tienen aproximadamente el doble de probabilidades de lograr sus objetivos de lactancia exclusiva en comparación con las mujeres que no tienen la intención de amamantar (70,71). Otros estudios han encontrado que las madres que tienen la intención de amamantar durante el embarazo son más propensas a alimentar a sus bebés con leche materna y es menos probable que den fórmula infantil en el período del posparto temprano (72).

La decisión de amamantar tiene también implicaciones emocionales, las mujeres que optan por la lactancia, anticipan emociones positivas relacionadas con el vínculo con el niño, pero también se presenta culpa, estrés y sufrimiento en aquellas mujeres que por causas distintas no logran una lactancia exitosa (35) lo que implica que las valoraciones afectivas de la LM afectan la intención de amamantar.

2.5 Modelos Psicosociales de salud: La Teoría de la Conducta Planificada

Los modelos psicosociales de salud proporcionan un marco para tratar de explicar cómo las personas toman decisiones sobre su propia salud y ofrecen una explicación de las variables y constructos que participan en este proceso.

En términos generales, los modelos psicosociales se han ocupado de entender dos tipos de procesos: cómo se genera el comportamiento motivado, es decir, la intención deliberada

de modificar positivamente la propia conducta para lograr un resultado en salud y cómo se instrumenta la intención a fin de lograr efectivamente un cambio en la propia conducta (73).

Estudios realizados empleando la Teoría de la Conducta Planeada (TCP) han observado que actitudes favorables, normas subjetivas que se perciben como apoyo y elevadas percepciones de control conductual, se asocian con mayor intención para amamantar, y una mayor probabilidad de amamantar después del parto (66,74).

Un estudio de cohorte con 210 mujeres (75), identificó que la creencia de que la práctica de la lactancia está asociada con tener hijos saludables, influyó significativamente en la intención de las madres para iniciar la LM, asimismo, las creencias relacionadas con la dificultad de separarse de su bebé, de que al llevar a cabo la lactancia se ahorra dinero y de tener suficiente leche, también se asociaron significativamente al inicio de la lactancia.

En una cohorte de 78 madres lactantes, se encontró que los constructos de la TCP predijeron poco más del 50% de la varianza de la intención de lactar y que la intención se correlacionó significativamente con la duración efectiva de la lactancia (76).

Otro constructo que ha mostrado ser un buen predictor de la LM es la autoeficacia, y se asocia tanto con la intención como con las conductas de salud en sí mismas. La autoeficacia se refiere a la capacidad percibida y la confianza para realizar una actividad (77). En el contexto de la LM, propone que las experiencias pasadas de amamantamiento, el aprendizaje observacional a partir de modelos de conducta competentes, las evaluaciones verbales de personas de confianza y la relajación emocional materna hacia la lactancia incrementan la probabilidad de iniciar y mantener la LM.

Un estudio longitudinal con un grupo de mujeres lactantes de Australia identificó que la actitud hacia el propio cuerpo después del parto, el ajuste psicológico (ansiedad, estrés y depresión), la actitud hacia el embarazo, la intención, la autoeficacia y la motivación de las

mujeres predijeron la LME; en particular, la autoeficacia para lactar fue un predictor directo de lactancia hasta 6 meses después del parto. Asimismo, los problemas en el ajuste psicológico se asociaron negativamente con la duración de la lactancia (78). Otros estudios han descrito que las creencias conductuales y normativas, influyen significativamente sobre la decisión de la mujer para lactar o para proporcionar fórmula al niño (79,80)

Un estudio cuasi-experimental con una pequeña muestra de 46 mujeres hispanas (81) encontró que los beneficios percibidos por la madre para la salud del bebé (expectativas de resultado) y la influencia familiar (norma social), además de una baja autoeficacia para amamantar disminuyó la probabilidad de una LM prolongada.

Otro estudio transversal con 694 mujeres embarazadas en el estado de Mississippi en los Estados Unidos de América identificó que los factores psicosociales que mejor se asociaron con la lactancia materna fueron la autoeficacia, el conocimiento sobre los beneficios de amamantar a su hijo y las actitudes positivas hacia las barreras de apoyo social. De igual forma, los autores encontraron que las mujeres que tenían la intención de amamantar tenían alguna educación universitaria, una familia pequeña, menos hijos y la experiencia de haber amamantado con anterioridad a diferencia de las mujeres que no tenían intenciones de iniciar esta conducta (82).

En otro estudio longitudinal realizado con 149 mujeres embarazadas cuyo objetivo fue examinar las relaciones entre la experiencia personal y vicaria de la alimentación infantil, la autoeficacia, las variables de la TCP y la probabilidad de la lactancia materna a las 6-8 semanas después del parto, encontró que la intención de amamantar explicó el 15% de la varianza en las tasas de amamantamiento de madres primerizas y el 26% en madres con experiencia previa a las 6 semanas. Adicionalmente, se identificó que las intenciones de amamantar fueron predichas por la norma subjetiva y la actitud hacia la alimentación con

fórmula y en madres con experiencia, también por la autoeficacia. La lactancia a las 6 semanas fue explicada por las intenciones y la experiencia indirecta de alimentación con fórmula (65)

Lo anterior indica que la intención y las variables del modelo de la TCP, en conjunto con otros constructos psicosociales, son predictores de la alimentación infantil (79). Sobre esta base, la TCP puede proporcionar un marco útil para el desarrollo y evaluación de las intervenciones. Sin embargo, la evidencia no es concluyente. Algunos estudios indican que los constructos que componen la TCP son fuertes predictores para que se lleve a cabo la lactancia materna pero no predicen su mantenimiento, como lo sugiere un metaanálisis realizado sobre el tema (66).

En un estudio longitudinal (83) que examinó las interacciones entre la paridad y los constructos de la TCP como predictores de la intención y el mantenimiento de la lactancia materna hasta 2 años después del parto en mujeres primíparas y multíparas; se identificó que las actitudes, las normas subjetivas, y el control conductual percibido explicaron el 58% de la varianza en la intención de las madres de amamantar. Las actitudes fueron el factor de predicción más fuerte, seguido del CCP, las normas descriptivas y la paridad. Se encontró una interacción significativa entre la paridad y el CCP, mostrando que el CCP sólo era un predictor significativo de la intención de amamantar a los 2 años en las mujeres multíparas mientras que la intención fue predictora de la LM a los 2 años.

En una revisión sistemática cuyo objetivo fue examinar la utilidad de los constructos de Teoría de la Acción Razonada (un antecedente de la TCP), la TCP y la autoeficacia para predecir la duración de la lactancia materna. Encontraron que la intención de amamantar y la autoeficacia se asociaron positivamente con la duración de la lactancia materna, pero identificaron pruebas limitadas de la asociación entre TCP y una mayor duración de la

lactancia, y la magnitud general del efecto fue pequeña. Los estudios incluidos en la revisión no pudieron demostrar una relación positiva entre la duración de la lactancia y las actitudes maternas, las normas subjetivas o el control conductual percibido. El estudio concluye que a pesar de que la TCP es útil para predecir el inicio de la lactancia materna, no necesariamente equivale a una buena predicción de la duración de esta (68).

Lo anterior indica que, aunque los constructos de la TCP pueden resultar buenos predictores de la intención de amamantar, el comportamiento puede estar afectado por múltiples factores, que podrían explicar los resultados inconsistentes en la capacidad predictiva de la intención para el mantenimiento de la lactancia. Se ha reportado que, en países europeos, el 85% de mujeres abandona la lactancia prematuramente aun cuando ya han decidido amamantar (84,85)

Al respecto, en un estudio transversal realizado con 353 mujeres embarazadas de entre 28 a 34 semanas de gestación con el objetivo de identificar los factores asociados a la intención de lactar, encontraron que después de ajustar por posibles factores de confusión, las mujeres que trabajaban tenían menos probabilidades de tener la intención de lactar exclusivamente (razón de probabilidad ajustada (AOR) = 0,30; IC95%: 0,17-0,53). Las mujeres de hogares ricos (AOR = 2.43, IC95%: 1.08-5.47) y familias de ingresos medios (AOR = 1.79, IC95%: 1.01-3.16); aquellos que tenían niveles de conocimiento de lactancia elevados (AOR = 10.19, IC95%: 3.43-30.23) y medios (AOR = 5.46, IC95%: 1.79-16.72), y que recibieron información de profesionales de la salud (AOR = 2.29, IC95%: 1.29-4.03) y a través de dispositivos móviles (AOR 3.62, IC95%: 2.04-6.41) tuvieron una mayor intención de lactar exclusivamente. Estos hallazgos fueron respaldados por un análisis cualitativo, que reveló que regresar al trabajo era la principal barrera para la lactancia y que las mujeres con mayor conocimiento tenían altas intenciones de lactar de manera exclusiva (67).

En síntesis, si bien la LM no es responsabilidad exclusiva de las mujeres y requiere enfoques colectivos de la sociedad que puedan promover la equidad en la práctica de la lactancia materna, la educación y el apoyo a las madres en el ámbito clínico y comunitario, la promoción de la LM en el lugar de trabajo, y la implementación de políticas y programas que apoyen la lactancia, como la licencia de maternidad remunerada y la regulación en la comercialización de fórmulas lácteas (86), una perspectiva basada en la ciencia del comportamiento, podría contribuir a la explicación de los factores que facilitan la LM, atendiendo a los factores personales modificables.

3. Justificación

La evidencia disponible indica que la lactancia materna es un fenómeno complejo, que depende de factores de distinto orden de los que se desconoce su contribución específica (44,69,87–90), sin embargo, existe acuerdo en torno a conceptualizarla como un factor modificable de protección para la salud del binomio madre-hijo (40,91,92).

En este sentido, entender la LM desde la perspectiva de las conductas de salud, requiere un análisis de los factores contextuales que afectan la información y valoraciones derivadas de la experiencia sobre la LM, a partir de las cuales las mujeres desarrollan la intención de amamantar.

Entre los modelos sociocognitivos de salud, la Teoría de la Conducta Planeada (TCP) ha mostrado utilidad en la predicción de la intención de amamantar que, a su vez, es uno de los principales factores psicosociales modificables, predictores de la lactancia materna exclusiva (66,80,93–95).

Las variables sociodemográficas (contextuales) afectan las valoraciones personales, por tanto, las variables de la TCP tienen un ordenamiento distinto en la predicción de la intención y la lactancia de acuerdo con los contextos personales donde sean evaluadas.

Existe poca evidencia sobre el valor predictivo de la intención en presencia de factores contextuales que sean evaluados como más inmediatos o amenazantes (67,68,96–99), en el caso de la lactancia, los factores relacionados con el embarazo y el parto, así como los factores socioeconómicos pueden afectar decisión de amamantar (Figura 2).

La LME subóptima continúa siendo un problema de salud pública y no se cuenta con información suficiente sobre la contribución de las variables personales y sociodemográficas al fenómeno.

El presente estudio permitirá obtener una mejor comprensión de los factores que influyen en la decisión de las mujeres para amamantar exclusivamente, en particular la intención de amamantar y podrá contribuir al cuerpo de conocimiento para guiar la toma de decisiones en políticas públicas para la promoción de la lactancia materna.

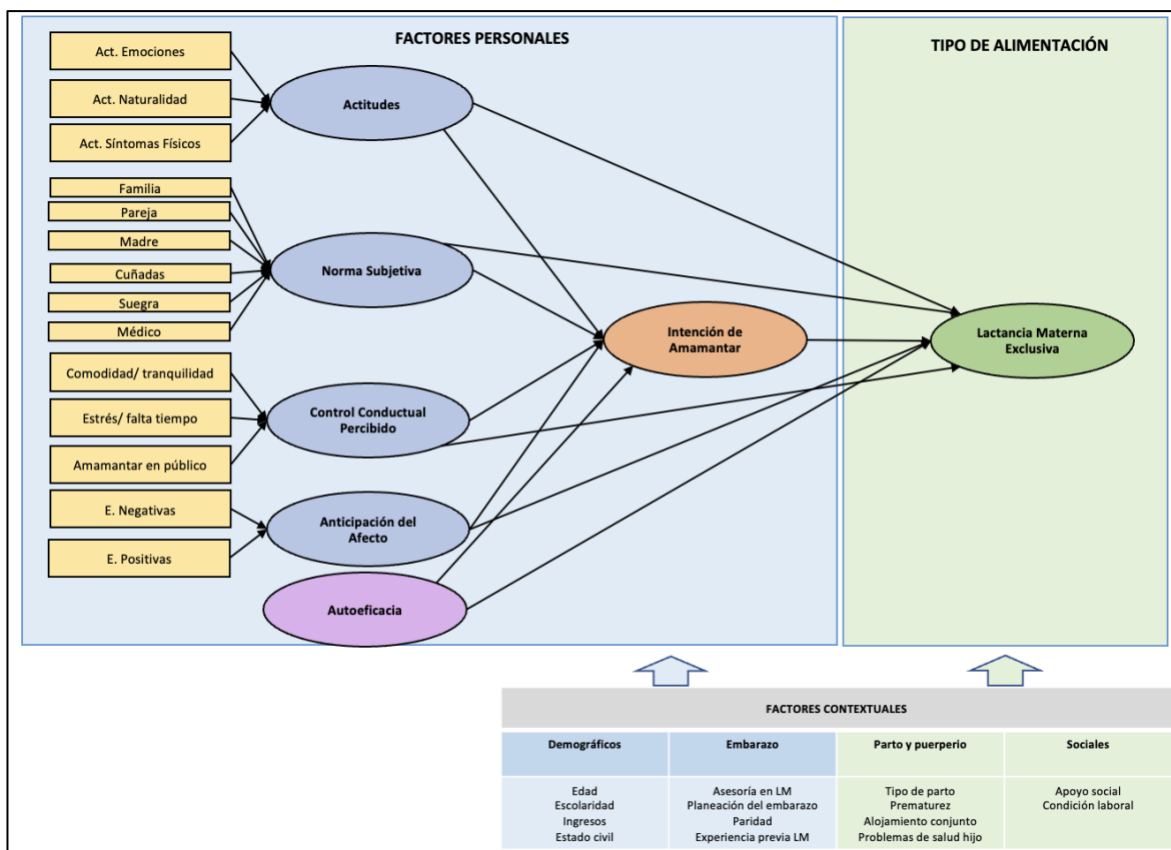


Figura 2. Modelo conceptual de la LM

3.1 Objetivo general

Elaborar un modelo explicativo que determine la relación entre las variables personales consideradas en la Teoría de la Conducta Planeada (TCP) y las variables contextuales, sobre la lactancia materna exclusiva en una muestra de mujeres usuarias de centros de salud públicos de primer nivel de atención,

3.2 Objetivos específicos:

- Identificar la participación de la intención de amamantar sobre la lactancia materna exclusiva en la muestra de mujeres participantes
- Analizar la asociación entre las características sociodemográficas autoreportadas de la muestra de estudio ~~variables sociodemográficas~~ y el tipo de lactancia
- Determinar la contribución de las variables relacionadas con el embarazo y el parto sobre el tipo de lactancia en usuarias de centros de atención a la salud de primer nivel
- Examinar la relación de las variables sociales con el tipo de lactancia en la muestra de estudio
- Identificar si existe interacción entre las variables contextuales predictoras, las variables personales y el tipo de lactancia en la muestra de estudio.

4. Método

4.1 Diseño: Estudio longitudinal prospectivo, con una medición basal durante el embarazo y una medición de seguimiento entre los tres y seis meses después del parto (Figura 3).

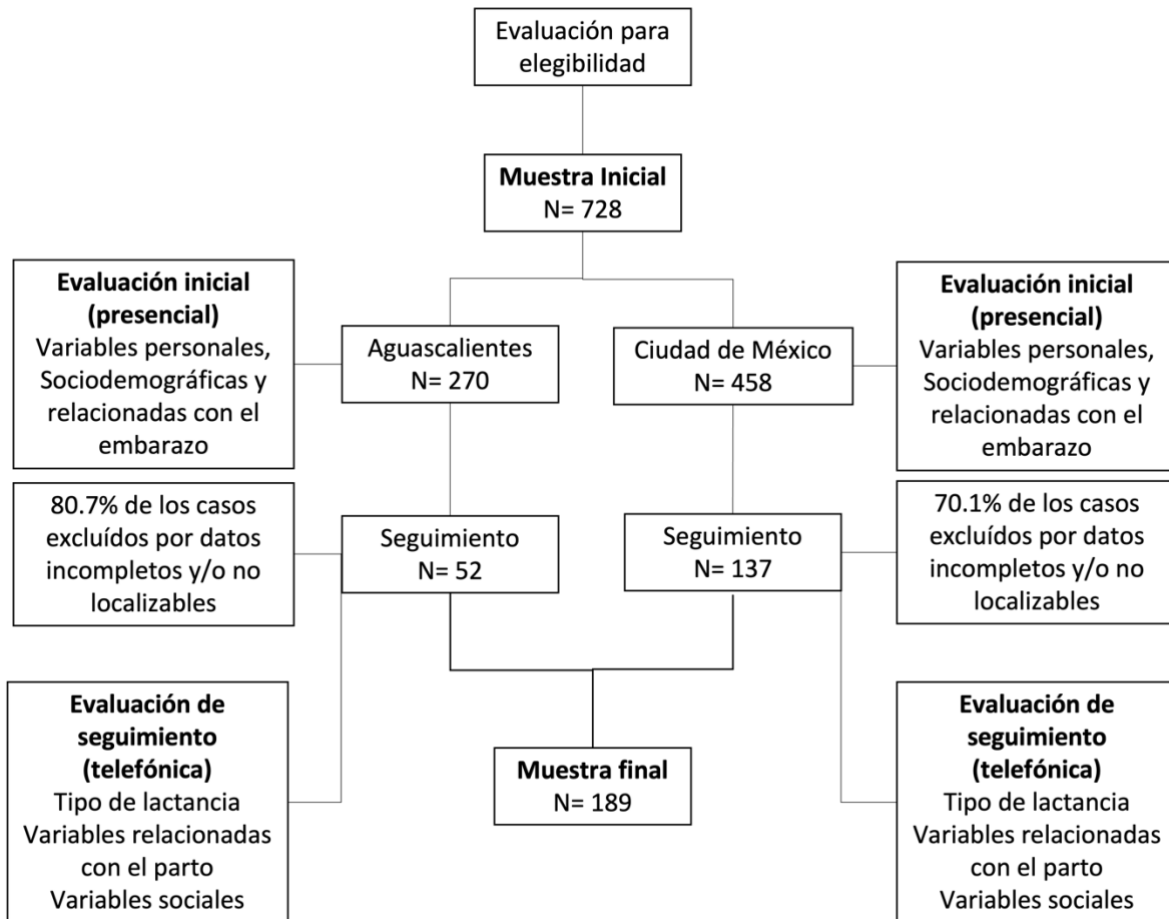


Figura 3. Diseño del estudio

4.2 Escenario

En México, el sistema de salud está conformado por dos grandes sectores, uno incluye a las instituciones públicas que atienden a la población con empleo formal y reciben prestaciones que garantizan la cobertura de los servicios de salud. El segundo incluye a las dependencias gubernamentales estatales y federales que atienden a la población sin seguridad social (100).

El presente estudio se realizó entre noviembre de 2017 y abril de 2019, se invitó a participar a mujeres embarazadas en dos unidades de atención primaria de cada uno de los dos subsistemas. Una unidad de seguridad social (IMSS) ubicada en el estado de Aguascalientes, en la región centro del país, y la segunda fue una unidad para la población sin seguridad social en un municipio (Iztacalco) al oriente de la Ciudad de México, ambas unidades pertenecientes al primer nivel de atención a la salud

4.3 Participantes

Mujeres embarazadas, que asistieran a cuidados prenatales, que supieran leer y escribir, que aceptaran participar en el estudio de manera voluntaria y que firmaran una carta de consentimiento informado (Anexo 1).

Se excluyó a mujeres embarazadas que reportaran ser portadoras de VIH, o tener alguna condición clínica en la que estuviera contraindicada la lactancia, y/o que consumieran medicamentos prescritos que contraindicaran la lactancia.

4.4 Muestra

Se realizó un muestreo por conveniencia en dos centros de atención a la salud de nivel primario. Los centros de salud fueron elegidos siguiendo tres criterios fundamentales. En primer lugar, se consideró su ubicación en la zona central del país, donde la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en menores de seis meses (LME) es del 22.7%, (41) en contraste con el promedio nacional del 28.6% (5). En segundo lugar, se tuvo en cuenta la facilidad de acceso para la población de estudio, gracias a colaboraciones previas en investigaciones que simplificaron la logística para contactar a las participantes. En tercer lugar, se optó por seleccionar centros de salud que contaran con estudiantes, quienes podrían aprovechar los datos del estudio para sus informes de titulación o servicio social, considerando las limitaciones presupuestarias del proyecto.

4.4.1 Estimación del tamaño de muestra

Dado el límite inferior del intervalo de confianza de la prevalencia del 30.8% IC (0.273-0.345) de la lactancia materna exclusiva, conforme a lo reportado en la ENNIM 2016 (101), se estimó un tamaño muestral de 306 participantes para identificar una proporción de lactancia exclusiva del 27.5%, con un nivel de confianza del 95% y precisión del 5%. Adicionalmente se consideró un incremento del 20% por las posibles pérdidas ocurridas al seguimiento, resultando en una estimación de tamaño de muestra final de 368 participantes.

4.5 Variables

4.5.1 Variable de resultado:

Tipo de lactancia: Forma en que la lactancia materna se lleva a cabo después del parto, para fines de este estudio se clasificó en:

- Lactancia materna exclusiva (6): El bebé sólo es alimentado con leche materna y no recibe ningún otro alimento o bebida, exceptuando medicamentos y vitaminas.
- Lactancia mixta y/o con uso de fórmula láctea (102): El lactante consume leche materna en algunas ocasiones y en otras se alimenta mediante sucedáneos u otro tipo de alimentos o bien es alimentado solamente con sucedáneos de la leche.

4.5.2 Variables independientes

Intención de amamantar de manera exclusiva con leche materna: Probabilidad subjetiva individual de realizar algún comportamiento específico (103). En este escenario la intención se definió como la probabilidad subjetiva individual de lactar de manera exclusiva con leche materna al menos durante 6 meses (104).

Actitudes hacia la lactancia: Disposición de responder favorable o desfavorablemente hacia un objeto, persona, institución o evento, se caracterizan por ser de naturaleza evaluativa (103).

Las actitudes hacia la lactancia materna se entienden como la disposición de responder favorable o desfavorablemente a este comportamiento (104).

Norma subjetiva relacionada con la lactancia: Refleja la presión social percibida de realizar o no una conducta particular (105). Hace referencia a la percepción individual sobre la opinión social para llevar a cabo o no un comportamiento particular; la percepción hacia la lactancia materna se basa en la aprobación o desaprobación de personas importantes, como amigos cercanos, padres, cónyuges, etc., así como en la importancia concedida a esa opinión (104).

Control conductual percibido de la lactancia materna: Se refiere a las creencias sobre la presencia o ausencia de factores que faciliten, compliquen o impidan el desarrollo de un comportamiento particular (103). En su totalidad estas creencias conducen a la percepción de que se tiene o no la capacidad de llevar a cabo el comportamiento, en este caso la lactancia materna exclusiva (104).

Anticipación del afecto: Hace referencia a las expectativas de que ocurran consecuencias emocionales, positivas o negativas al realizar una conducta, en este caso, amamantar (104,106).

Autoeficacia para lactar: Se refiere a las creencias de las personas acerca de sus propias capacidades para llevar a cabo apropiadamente una conducta determinada (107). En este contexto, la autoeficacia para amamantar indica la confianza de las mujeres tienen sobre su capacidad de amamantar adecuadamente a su bebé.

4.5.3 Covariables

Se consideraron como covariables a los factores relacionados con el contexto social y personal de las mujeres entre los que se incluyeron:

Variables sociodemográficas: Edad, escolaridad, nivel socioeconómico, estado civil.

VARIABLES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO: Planeación del embarazo, paridad, asesoría en LM, experiencia previa con la LM y la semana de gestación al momento de la evaluación inicial.

VARIABLES RELACIONADAS CON EL PARTO Y PUERPERIO: Vía de nacimiento, alojamiento conjunto, lactancia inmediata (durante las primeras horas de vida), problemas de salud del hijo (a) al momento del nacimiento y prematurez, calculada a partir de la semana de gestación reportada en la que ocurrió el parto, se consideró como nacimiento prematuro el ocurrido antes de las 37 semanas de gestación (108).

VARIABLES SOCIALES: apoyo social de la pareja y condición laboral al momento de la entrevista de seguimiento.

4.6 Instrumentos

Se diseñaron dos cuadernillos con los instrumentos y preguntas para recuperar las variables de interés para el estudio. El primero incluyó los datos sociodemográficos y relacionadas con el embarazo y los instrumentos para la evaluación de las variables de la versión ampliada de la TCP y autoeficacia que se desarrollaron para el propósito del presente estudio (Anexo 2) por nuestro grupo de trabajo y validados para mujeres usuarias de centros de salud de primer nivel en la Ciudad de México (consúltense las referencias anexas para una descripción detallada del proceso de construcción y validación).

En la Tabla 1 se describen las características psicométricas de los instrumentos desarrollados para la evaluación de los constructos de la TCP y la autoeficacia.

Un segundo cuadernillo empleado en el seguimiento de la muestra de estudio incluyó información para el registro de la variable de resultado (Tipo de lactancia) y las variables relacionadas con el parto y puerperio y las variables sociales (Anexo 3)

Las definiciones operacionales de las covariables se reportan en el Anexo 4.

4.7 Procedimiento

Para la evaluación inicial, se entrevistó a mujeres que asistían a los centros de salud de primer nivel en las salas de espera. Antes de comenzar la entrevista, se les pidió que firmaran un consentimiento informado y se les explicaron los objetivos del estudio. Los instrumentos utilizados fueron aplicados por personal capacitado y tomaron entre 30 y 40 minutos en completarse. Las participantes fueron informadas acerca del componente longitudinal del estudio y se les indicó que serían contactadas por teléfono para la evaluación de seguimiento.

El seguimiento fue programado para llevarse a cabo entre 3 y 6 meses después del nacimiento del bebé, según la fecha probable de parto registrada durante la evaluación inicial. Se realizó una breve entrevista telefónica de 15 a 20 minutos de duración por parte de personal capacitado, quienes registraron las respuestas en un formulario electrónico

4.8 Plan de análisis

Se realizó la revisión de la base de datos. Se utilizaron estadísticas descriptivas para la caracterización sociodemográfica de los participantes y se presentaron como porcentajes e intervalos de confianza para las variables categóricas y medianas y rangos intercuartílicos para las variables continuas.

Tabla 1. Características psicométricas de los instrumentos para la evaluación de las variables de la TCP y la autoeficacia para amamantar

Instrumentos y dimensiones de las escalas de evaluación	Ítems	Alpha de Cronbach
Intención de amamantar de manera exclusiva con leche materna: Se evalúa con una escala de 11 puntos con valores de 0 a 10, en donde 10 significa que las participantes están totalmente seguras de lactar exclusivamente con leche materna y 0 nada seguras (104)		
Actitudes: Escala de diferencial semántico con un total de 16 pares de adjetivos opuestos (Ej. Bonito-Feo, Amoroso-Odioso, Responsable-irresponsable) agrupados en 3 factores(109):		
Actitudes positivas hacia los síntomas físicos	13, 14 y 15	0.71
Actitudes positivas hacia las emociones	3, 8, 9, 10, 11 y 12	0.91
Actitudes positivas hacia la naturalidad de la lactancia	4, 6, 7 y 16	0.77
Control Conductual Percibido: Evalúa situaciones que pueden facilitar o dificultar la práctica de la lactancia (Ej. Será más fácil amamantar a mi bebe si... evito pensar que me va a doler; Me dificultará amamantar a mi bebe si... estoy en público). Contiene 24 reactivos tipo Likert que van desde completamente en desacuerdo a completamente de acuerdo, agrupados en 3 factores que explicaron el 81% de la varianza (110):		
Percepción de dificultad para amamantar en público	12, 13, 18, 20 y 21	0.88
Percepción de estrés y falta de tiempo	14, 15, 16, 17, 19, 22, 23 y 24	0.84
Percepción de comodidad y tranquilidad	1 al 11	0.88
Norma subjetiva: Escala Likert de 12 reactivos agrupados en dos factores que explican el 90% de la varianza (111), los 6 reactivos del primer factor se relacionan con la percepción de la opinión de personas significativas (pareja, madre, suegra, cuñadas, médico y familia) con relación a la lactancia materna; los 6 reactivos restantes evalúan la importancia que se le da a la opinión de estas personas. El puntaje total se obtiene multiplicando la percepción de la opinión por la importancia que el individuo le concede al referente en cuestión y sumando los productos resultantes. Ejemplo: “En mi familia alimentaron a sus hijos con leche materna y por eso me dicen que yo también lo haga/Considero importante la opinión de mi familia para lactar a mi bebé.		
Opinión de personas significativas	1, 3, 5, 7, 9, 11	0.78
Importancia de la opinión de las personas significativas	2, 4, 6, 8, 12	0.82
Anticipación del afecto: Escala Likert compuesta por 13 reactivos, con dos factores que explicaron el 91% de la varianza total del instrumento (112).		
Emociones positivas	1, 9, 10, 13	0.84
Emociones negativas	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 11 y 12	0.94
Autoeficacia para amamantar: Escala unifactorial tipo Likert con 15 reactivos que explicó el 83% de la varianza total del instrumento (113).		
Autoeficacia para amamantar	1 al 15	0.93

Se estimó la posibilidad de sesgo de selección comparando las variables sociodemográficas y relacionadas con el embarazo entre las participantes que sólo completaron la evaluación inicial y las que completaron el seguimiento.

Para las participantes que completaron el seguimiento, se estimaron las diferencias de las variables contempladas por tipo de lactancia mediante la prueba de χ^2 para las variables cualitativas y la prueba de Mann-Whitney para las variables continuas. El tipo de lactancia se clasificó en: Fórmula/ lactancia mixta = 0 y Lactancia materna exclusiva = 1.

Se emplearon regresiones logísticas bivariadas para estimar las asociaciones entre las variables del modelo de la TCP, incluida la intención de amamantar, las covariables y la variable de resultado (tipo de lactancia).

A fin de reducir las categorías de análisis las covariables fueron reagrupadas. Respecto a las variables sociodemográficas, la edad fue categorizada en 3 grupos: El nivel socioeconómico se clasificó en bajo y alto considerando la mediana como punto de corte. la escolaridad se clasificó en secundaria o menos, y bachillerato o más. El estado civil se agrupó en solteras o casadas.

VARIABLES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO: asesoría en LM, planeación del embarazo se dicotomizaron con respuestas de si o no, paridad se clasificó en primíparas y multíparas mientras que la experiencia previa con la lactancia se clasificó como: No (uso de fórmula láctea o lactancia mixta) y Si (empleo de LME).

VARIABLES RELACIONADAS CON EL PARTO Y LAS VARIABLES SOCIALES RECUPERADAS EN EL PERIODO DE SEGUIMIENTO, se categorizaron en opciones dicotómicas (vía de nacimiento, prematurez, problemas de salud hijo, apoyo social de la pareja y condición laboral actual) con excepción de alojamiento conjunto (No= 0, <2 horas = 1 y >2 horas= 2). La intención se clasificó en

baja (≤ 9) y alta ($= 10$), en función de la distribución observada en las puntuaciones de la escala que presentaron sesgo negativo.

Para los modelos multivariados, se seleccionaron las variables con asociaciones bivariadas que mostraron valores de $p < 0.10$ como candidatas para su inclusión en el modelo multivariado con el fin de explorar de manera exhaustiva posibles relaciones de interés. Las variables del modelo de la TCP, incluida la autoeficacia, se clasificaron en terciles para identificar las diferencias entre puntuaciones altas y bajas, con excepción de la escala de anticipación del afecto, que se clasificó sólo en puntuaciones altas y bajas considerando la mediana como punto de corte.

De este proceso se obtuvieron varios modelos, se eligió el modelo más parsimonioso, utilizando el método forward (hacia adelante) que presentó los mejores resultados mediante el criterio de información bayesiano (BIC) y el criterio de información de Akaike (AIC). Se obtuvieron los OR con intervalos de confianza del 95% para los predictores seleccionados, se realizaron pruebas de interacción entre las covariables y las variables personales y se estimaron los valores predictivos del tipo de lactancia a partir del modelo propuesto mediante un gráfico lineal. La bondad de ajuste se evaluó mediante la prueba de Hosmer-Lemeshow. Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete de software estadístico Stata® versión 14.

4.9 Consideraciones éticas

Se consideró como participantes del estudio sólo a aquellas mujeres que aceptaron voluntariamente su inclusión de manera escrita, mediante firma de consentimiento informado (Anexo 1), sin comprometer ni condicionar su atención médica en las sedes de aplicación del estudio. El estudio, incluidas las consideraciones éticas, fue aprobado por la institución

financiadora DGAPA-PAPIIT con los números de proyecto IN307916-IT300621, y fue también aprobado por el Comité de Investigación y del Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza con número de registro FESZ-CE/22-206-03.

5. Resultados

5.1 Características sociodemográficas de la muestra inicial

Se incluyeron un total de 728 mujeres embarazadas en la evaluación inicial (Tabla 2), cerca del 80% de las participantes estaban casadas o en una relación, con una mediana de edad de 24 años (rango intercuartil 20-29 años). La mitad de ellas tenían educación secundaria o menos y el 56% provenía de un nivel socioeconómico bajo, 66% reportó no realizar trabajo remunerado al momento de la entrevista inicial. En promedio, las mujeres fueron entrevistadas a las 27 semanas de embarazo (rango intercuartil 20-33 semanas). Alrededor del 60% tenían al menos un hijo y menos de la mitad habían planificado su embarazo actual, cerca del 70% de las participantes reportó no haber recibido asesoría sobre LM. Entre las mujeres con más de un hijo, cerca del 60% reportaron tener experiencia previa con la LME.

En la evaluación de seguimiento, se obtuvieron datos de 189 participantes, lo cual equivale al 26% de la muestra original. Se realizó un análisis para comparar la distribución de las variables sociodemográficas y del embarazo entre aquellas que se siguieron y las que no, con el fin de detectar algún tipo de falta de representatividad en los resultados.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel socioeconómico, la escolaridad y la semana de embarazo de las participantes con y sin seguimiento. Las participantes en la segunda evaluación informaron mayoritariamente (63%) contar con un nivel socioeconómico bajo, y el 61% poseía una educación de nivel preparatoria o mayor. En comparación, el porcentaje correspondiente de mujeres sin seguimiento era del 54% y del 45%, respectivamente.

Respecto a la intención de amamantar 62% de las participantes indicaron tener alta intención, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre las participantes con y sin seguimiento.

Con respecto a la edad gestacional, las mujeres fueron entrevistadas en promedio en la semana 25.5 de gestación (d.e = 8.5); Las mujeres que recibieron seguimiento fueron consultadas en la semana 28 del embarazo (rango intercuartil 22-34), mientras que aquellas que solo tuvieron evaluación inicial estaban en la semana 26 (rango intercuartil 18.5-32).

5.2 Características personales de la muestra inicial por tipo de alimentación

Los valores obtenidos en las escalas de la TCP y la autoeficacia se estratificaron de acuerdo con el tipo de alimentación reportada (Tabla 3), 53.4% las mujeres reportaron emplear LME como método de alimentación para sus bebés durante el seguimiento.

En general, 61.4% de las participantes expresaron alta intención de amamantar exclusivamente. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de mujeres por tipo de lactancia, aproximadamente un 70% de las participantes que utilizaron lactancia materna exclusiva durante el período de seguimiento, informaron tener alta intención de amamantar, e indicaron también menor dificultad percibida para amamantar en público comparadas con las mujeres que alimentaron con fórmula y/o lactancia mixta en el mismo período. No se encontraron diferencias en la autoeficacia percibida por tipo de alimentación.

Por su parte, 52% de las mujeres que emplearon fórmula y/o lactancia mixta, reportaron alta intención de amamantar y obtuvieron puntuaciones más altas en las actitudes positivas hacia los síntomas físicos de la lactancia y una mayor influencia de la opinión de la familia y cuñadas, así como mayores puntuaciones en las escalas de anticipación del afecto, que implica que anticipaban experimentar con más frecuencia emociones positivas.

Tabla 2. Características sociodemográficas y relacionadas con el embarazo entre la muestra con y sin seguimiento

Características	Total		Muestra sin seguimiento		Muestra con seguimiento		p
	%	[IC 95%]	%	[IC 95%]	%	[IC 95%]	
Tamaño de muestra n(%)	728		532 [0.74]		189 [0.26]		
Edad							
<21 años	32.3	[28.9,35.8]	33.6	[29.7,37.8]	28.5	[22.4,35.4]	0.41
22-27	32.8	[29.5,36.4]	32.5	[28.6,36.6]	33.9	[27.4,41.0]	
>=28	34.8	[31.4,38.3]	33.8	[29.9,37.9]	37.6	[30.9,44.8]	
Nivel socioeconómico							
Bajo	56.2	[52.6,59.8]	53.9	[49.7,58.1]	62.9	[55.8,69.5]	0.03
Alto	43.8	[40.2,47.4]	46.1	[41.9,50.3]	37.1	[30.4,44.2]	
Estado civil							
Soltera	21.6	[18.8,24.8]	19.9	[16.7,23.5]	26.5	[20.6,33.2]	0.06
Casada/unión libre	78.3	[75.2,81.2]	80.1	[76.5,83.2]	73.5	[66.7,79.4]	
Escolaridad							
Secundaria o menos	50.7	[47.1,53.4]	54.8	[50.6,59.0]	39.2	[32.4,46.3]	0.00
Preparatoria o más	49.3	[45.6,52.8]	45.2	[40.9,49.4]	60.8	[53.6,67.6]	
Ocupación							
Trabajo no remunerado	65.9	[62.4,69.3]	65.9	[61.9,69.9]	65.9	[58.8,72.4]	0.99
Trabajo remunerado	34.1	[30.6,37.5]	34.1	[30.1,38.1]	34.1	[27.6,41.1]	
Embarazo planeado							
No	49.7	[44.3,56.9]	53.4	[42.8,63.7]	46.5	[36.9,56.4]	0.34
Si	50.3	[43.1,57.4]	46.6	[36.3,57.1]	53.5	[43.6,63.0]	
Paridad							
Primiparas	42.6	[39.1,46.2]	42.1	[37.9,46.3]	44.1	[37.2,51.4]	0.62
Multiparas	57.4	[53.7,60.9]	57.9	[53.7,62.0]	55.8	[48.6,62.8]	
Asesoría en LM							
No	68.6	[65.1,71.9]	70.2	[66.2,73.9]	64.1	[56.9,70.6]	0.11
Si	31.4	[28.1,34.8]	29.8	[26.1,33.8]	35.9	[29.4,43.1]	
Experiencia previa con LM (N=380*)							
Fórmula/lactancia mixta	20.1	[14.0,28.0]	28.8	[39.0,54.7]	11.1	[5.3,21.8]	0.52
LME	59.8	[50.9,67.9]	45.5	[45.3,60.9]	74.6	[62.2,83.9]	
Semana de gestación[#]	27	[20,32]	26.0	[18.5,32]	28	[22,34]	0.00
Intención							
Baja	37.9	[34.4,41.5]	37.7	[33.6,41.8]	38.6	[31.9,45.8]	0.81
Alta	62.1	[58.5,65.5]	62.3	[58.1,66.3]	61.4	[54.2,68.1]	

Diferencias estimadas mediante pruebas de Chi2 para las variables categóricas y pruebas U Mann Whitney para las variables continuas; *El tamaño de muestra corresponde sólo a las mujeres multiparas; #Mediana[Q1, Q3]; Abreviaturas: IC, intervalo de confianza, LM, lactancia materna; LME, lactancia materna exclusiva

Tabla 3. Variables psicológicas por tipo de lactancia^a

Personal characteristics	Total		Fórmula/Lactancia mixta		Lactancia materna exclusiva		p
	mediana	[Q1, Q3]	mediana	[Q1, Q3]	mediana	[Q1, Q3]	
<i>Sample size n(%)</i>	189		88 [0.47]		101 [0.53]		
Intención							
Baja, % (IC 95%)	38.6	[31.9,45.7]	47.7	[37.4,58.2]	30.7	[22.4,40.4]	0.02
Alta, % (IC 95%)	61.4	[54.2,68.1]	52.3	[41.7,62.6]	69.3	[59.5,77.6]	
Actitudes							
Actitudes positivas hacia los síntomas físicos	21	[16,27]	22	[18,27]	20	[15,25]	0.04
Actitudes positivas hacia las emociones	65	[58,70]	64	[57.5,70]	65	[58,70]	0.90
Actitudes positivas hacia la naturalidad de la lactancia	40	[35,40]	40	[36,40]	40	[34,40]	0.38
Control Conductual Percibido							
Percepción de dificultad para amamantar en público	6	[5,9]	7	[5,10]	5	[4,8]	0.01
Percepción de estrés y falta de tiempo	10	[8,13]	10	[8,14]	10	[7,13]	0.06
Percepción de comodidad y tranquilidad	26	[22,31]	27	[23,31]	26	[23,30]	0.12
Norma subjetiva							
Opinión de la familia	3	[0,9]	4	[1,9]	2	[0,6]	0.06
Opinión de la pareja	9	[3,9]	9	[4,9]	9	[3,9]	0.27
Opinión de la madre	4	[1,9]	6	[0,9]	3	[1,9]	0.75
Opinión de la (s) cuñada (s)	1	[0,6]	1	[0,7]	0	[0,2]	0.05
Opinión de la suegra	2	[0,6]	2	[0,6]	2	[0,6]	0.48
Opinión del médico	9	[4,9]	9	[3,9]	9	[4,9]	0.30
Anticipación del afecto							
Emociones positivas	1	[0,4]	0	[0,3]	2	[0,4]	0.00
Emociones negativas	4	[0,9]	3	[0,9]	6	[1,9]	0.24
Autoeficacia para amamantar							
Autoeficacia para amamantar	36	[28,45]	36.5	[29.5,45]	36	[24,45]	0.52

^aDiferencias estimadas mediante pruebas de Chi2 para las variables categóricas y pruebas U Mann Whitney para las variables continuas;

5.3 Características sociodemográficas de la muestra de seguimiento

La información de seguimiento se recuperó a los 5.9 meses después del nacimiento (rango intercuartílico 3.6-8.3), esta información se obtuvo a partir de la fecha de nacimiento del infante reportada por la madre y la fecha en la que ocurrió la entrevista telefónica de

seguimiento. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en función de la edad del bebé y el tipo de alimentación administrada durante el seguimiento.

Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas por tipo de alimentación del bebé y la semana del embarazo en la que se realizó la entrevista inicial. Las mujeres que usaron fórmula fueron entrevistadas en la semana 28 (rango intercuartílico = 21-33.3), mientras que aquellas que amamantaron fueron entrevistadas en la semana 29 (rango intercuartílico = 23-34). La Tabla 4 muestra las características de las 189 participantes de las que se obtuvo información, estratificada por tipo de lactancia.

Las características de edad y estado civil registradas en la evaluación inicial presentaron una distribución homogénea respecto al tipo de lactancia empleado, el 37.7% tenían más de 28 años, alrededor del 73% estaba casado o en unión libre. Respecto a la educación, alrededor del 64% de las mujeres que alimentaron a sus bebés con fórmula o lactancia mixta y el 58% de las mujeres que dieron lactancia materna exclusiva contaban con estudios de bachillerato o nivel superior.

Además, el 59% y el 72% respectivamente informaron estar empleadas (realizaban trabajo remunerado) en el momento de la entrevista. Sin embargo, la diferencia entre ambos grupos fue apenas significativa ($p < 0,10$). Sólo se hallaron diferencias significativas en cuanto a la proporción de mujeres por categoría de nivel socioeconómico, el 74.2% de las mujeres que amamantaron exclusivamente reportaron un nivel bajo, en comparación con el 50% de las mujeres que optaron por lactancia mixta o fórmula.

La mitad de las mujeres indicaron haber planeado su embarazo y alrededor del 65% dijeron que no recibieron información sobre cómo amamantar a su bebé. Más de la mitad de las mujeres entrevistadas indicaron ser multíparas (56%), de estas el 53% reportó haber amamantado exclusivamente a su hijo anterior.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tipo de lactancia respecto a las variables relacionadas con el parto, poco más de la mitad de las mujeres entrevistadas indicó haber tenido un parto vaginal (55%). En comparación con las mujeres que eligieron la alimentación con fórmula o lactancia mixta, aquellas que amamantaron exclusivamente informaron tener más partos a término (>37 semanas de gestación), con un 85% frente al 74%. Además, el 75% de las mujeres que amamantaron tuvieron alojamiento conjunto con su bebé durante las primeras dos horas después del parto, en comparación con solo el 45% de las mujeres que optaron por la fórmula.

Durante el seguimiento, la mayoría de las madres que informaron practicar la LME (74%) mencionaron que sus bebés recibieron exclusivamente leche materna durante las primeras horas de vida, en comparación, este porcentaje fue del 53% para los bebés cuyas madres indicaron utilizar fórmula durante el seguimiento. Sólo el 3.9% de las mujeres que amamantaron exclusivamente informaron que sus bebés habían tenido algún problema de salud después del nacimiento, en comparación con el 13.6% de las madres del grupo de fórmula y/o lactancia mixta.

En relación con las variables sociales, 86% de las participantes indicaron recibir apoyo de su pareja durante la lactancia y cerca del 30% reportaron estar realizando trabajo remunerado al momento del seguimiento.

Uno de los objetivos centrales del presente estudio fue identificar cómo las variables del contexto en el que las mujeres viven afectan la decisión de amamantar, por lo que, durante la evaluación de seguimiento, se recuperó información sobre la condición laboral al momento de la entrevista.

Se observó que, en la evaluación inicial, 65% de las mujeres no tenían empleo remunerado, mientras que durante el seguimiento esta cifra aumentó al 70% (χ^2 de Pearson

= 39.2, $p < 0.00$). 84% de las mujeres que dieron LME no realizaba trabajo remunerado al momento de la entrevista, mientras que cerca del 44% de las mujeres que dieron fórmula o lactancia mixta tenían empleo remunerado en ese momento, esta diferencia fue estadísticamente significativa.

Llama la atención la distribución de algunas variables respecto al tipo de lactancia, en especial aquellas vinculadas con el entorno inmediato tras el parto, como el alojamiento conjunto en las dos primeras horas y el inicio temprano de la lactancia materna. Asimismo, se detectó una significativa proporción de bebés que recibieron alimentación con fórmula en las primeras horas de vida mientras estaban en el hospital.

Tabla 4. Variables evaluadas en la medición y inicial y de seguimiento estratificadas por tipo de lactancia

Características	Total		Fórmula/Lactancia mixta		Lactancia materna exclusiva		p
	%	[IC 95%]	%	[IC 95%]	%	[IC 95%]	
Tamaño de muestra n(%)	189		88 [0.47]		101 [0.53]		
Medición inicial							
Varibales sociodemográficas							
Edad							
<21 años	28.5	[22.4,35.4]	21.6	[14.1,31.5]	34.7	[25.8,44.7]	0.13
22-27	33.9	[27.4,41.1]	36.4	[26.9,47.1]	31.6	[23.1,41.6]	
>=28	37.6	[30.9,44.8]	42	[32.1,52.7]	33.7	[24.9,43.7]	
Nivel socioeconómico							
Bajo	62.9	[55.8,69.6]	50	[39.6,60.4]	74.2	[64.7,81.9]	0.00
Alto	37.1	[30.4,44.2]	50	[39.6,60.4]	25.8	[18.1,35.2]	
Estado civil							
Soltera	26.5	[20.6,33.2]	27.3	[18.9,37.6]	25.8	[18.1,35.2]	0.81
Casada/unión libre	73.5	[66.7,79.4]	72.7	[62.6,81.1]	74.2	[64.7,81.2]	
Escolaridad							
Secundaria o menos	39.2	[32.4,46.3]	36.4	[26.9,47.0]	41.6	[32.3,51.5]	0.46
Preparatoria o más	60.8	[53.7,67.6]	63.6	[53.1,73.1]	58.4	[48.5,67.7]	
Ocupación							
Trabajo no remunerado	65.9	[58.9,72.4]	59.1	[48.4,68.9]	72.0	[62.3,80.0]	0.06
Trabajo remunerado	34.1	[27.5,41.1]	40.9	[30.1,51.6]	28.0	[19.9,37.7]	
Varibales relacionadas con el embarazo							
Embarazo planeado							
No	49.7	[44.3,56.9]	53.4	[42.8,63.7]	46.5	[36.9,56.4]	0.34
Si	50.3	[43.1,57.4]	46.6	[36.3,57.1]	53.5	[43.6,63.0]	
Paridad							
Primiparas	44.1	[37.2,51.4]	45.5	[35.2,56.0]	43	[33.6,52.9]	0.73
Multiparas	55.9	[48.6,62.8]	54.5	[43.9,64.7]	57	[47.0,66.4]	
Asesoría en LM							
No	64.1	[56.8,70.5]	61.4	[50.7,71.0]	66.3	[56.5,74.9]	0.48
Si	35.9	[29.4,43.1]	38.6	[28.9,49.3]	33.7	[25.0,43.5]	
Experiencia previa con LME n(%)							
	98		44 [0.45]		54 [0.55]		
No	46.9	[37.2,56.9]	52.3	[37.3,66.8]	42.6	[29.9,56.3]	0.34
Si	53.1	[43.1,62.8]	47.7	[33.2,62.6]	57.4	[43.7,70.1]	
Semana de gestación [#]							
	28	[22,34]	28	[21,33.3]	29	[23,34]	0.60

	Total	Fórmula/Lactancia mixta	Lactancia materna exclusiva	p
	% [IC 95%]	% [IC 95%]	% [IC 95%]	
Medición de seguimiento				
Varibales relacionadas con el parto				
Tipo de parto				
<i>Vaginal</i>	54.8 [47.6,61.8]	49.4 [38.9,59.9]	59.4 [49.5,68.6]	0.17
<i>Cesárea</i>	45.2 [38.2,52.4]	50.6 [40.0,61.0]	40.1 [31.4,50.5]	
Alojamiento conjunto				
<i>No</i>	20.1 [14.0,28.0]	28.8 [19.0,41.02]	11.1 [5.3,21.8]	0.00
<i><2 horas</i>	59.8 [50.9,67.9]	45.5 [33.7,57.7]	74.6 [62.2,83.9]	
<i>>2 horas</i>	20.1 [14.0,28.0]	25.7 [16.5,37.8]	14.3 [7.5,25.5]	
Lactancia materna inmediata				
<i>No</i>	36.7 [28.7,45.5]	49.9 [35.3,59.2]	25.8 [16.3,38.3]	0.01
<i>Si</i>	63.3 [54.5,71.2]	53.1 [40.8,64.9]	74.2 [61.7,83.7]	
Problemas de salud del bebé				
<i>No</i>	91.5 [86.5,94.8]	86.4 [77.3,92.1]	96.1 [89.8,98.5]	0.02
<i>Si</i>	8.5 [5.2,13.4]	13.6 [7.8,22.6]	3.9 [1.5,10.2]	
Nacimiento prematuro				
<i>No</i>	79.9 [73.5,85.0]	73.9 [63.6,82.1]	85.1 [76.7,90.8]	0.05
<i>Si</i>	20.1 [14.9,26.5]	26.1 [17.9,36.4]	14.9 [9.1,23.3]	
Varibales sociales				
Trabajo remunerado actualmente				
<i>No</i>	71.1 [64.7,77.2]	56.3 [45.6,66.5]	84 [75.3,90.0]	0.00
<i>Si</i>	28.9 [22.8,35.8]	43.7 [33.5,54.4]	16 [10.1,24.6]	
Apoyo social de la pareja <i>n</i> (%)				
	103	36 [0.35]	67 [0.65]	
<i>No</i>	13.6 [8.7,21.8]	8.3 [2.6,23.7]	16.4 [9.2,27.5]	0.25
<i>Si</i>	86.4 [78.2,91.8]	91.7 [76.4,97.4]	83.6 [72.5,90.1]	

Diferencias estimadas mediante pruebas de Chi² para las variables categóricas y pruebas U Mann Whitney para las variables continuas; #Mediana[Q1, Q3]; Abreviaturas: IC, intervalo de confianza, LME, lactancia materna exclusiva

5.4 Análisis bivariados

Para estimar la fuerza de la asociación entre las variables de interés y la LME, se realizaron regresiones logísticas bivariadas. Respecto a las asociaciones estadísticamente significativas identificadas, Se encontró que tener un nivel socioeconómico alto, que el bebé presentara problemas de salud después del nacimiento y que las madres realizaran trabajo remunerado al momento de la entrevista de seguimiento, reducían significativamente la posibilidad de amamantar exclusivamente en un 66%, 74% y 76%, respectivamente. Estos hallazgos sugieren que los factores socioeconómicos, de salud y laborales pueden tener un impacto significativo en la capacidad de las madres para amamantar exclusivamente.

Por otro lado, se encontró que haber tenido estancia conjunta con el bebé en las primeras dos horas posteriores al parto y haber proporcionado lactancia de manera inmediata, estaban asociados con una mayor posibilidad de administrar lactancia exclusiva. Estos hallazgos destacan la importancia de las prácticas de atención al parto y postparto en la promoción de la LME.

Además, la edad materna mayor a los 28 años, que la madre realizara trabajo remunerado durante el embarazo y el nacimiento prematuro del bebé mostraron asociaciones marginales con el tipo de lactancia. Aunque estas asociaciones no fueron estadísticamente significativas, sugieren que estos factores pueden tener un impacto en la capacidad de las madres para amamantar exclusivamente (Tabla 5).

Tabla 5. Regresiones lógicas bivariadas de lactancia materna exclusiva

Variables contextuales	n	Tipo de lactancia ^b		P
		OR	[95% CI]	
Varibales sociodemográficas				
Edad. Referencia: <=21 años	186			
22-27		0.54	[0.25 , 1.14]	0.11
>=28		0.49	[0.24 , 1.03]	0.06
Nivel socioeconómico. Referencia: bajo	189			
Alto		0.34	[0.18 , 0.64]	0.00
Estado civil. Referencia: Soltera	189			
Casada/unión libre		1.08	[0.57 , 2.01]	0.81
Escolaridad. Referencia: Secundaria o menos	189			
Preparatoria o más		0.80	[0.44 , 1.44]	0.46
Trabajo remunerado . Referencia: No	188			
Si		0.56	[0.30 , 1.03]	0.06
Varibales relacionadas con el embarazo				
Embarazo planeado. Referencia: No	189			
Si		1.31	[0.74 , 2.33]	0.35
Paridad. Referencia: Primíparas	188			
Multíparas		1.10	[0.62 , 1.96]	0.73
Asesoría en LM. Referencia: No	189			
Si		0.80	[0.44 , 1.46]	0.48
Experiencia previa con LME. Referencia: No	98			
Si		1.47	[0.66 , 3.28]	0.34
Semana de gestación	189	1.00	[0.96 , 1.04]	0.88
Varibales relacionadas con el parto				
Tipo de parto. Referencia: Vaginal	188			
Cesárea		0.66	[0.37 , 1.19]	0.17
Estancia conjunta. Referencia: No	129			
<2 horas		4.25	[1.59 , 11.33]	0.00
>2 horas		1.43	[0.43 , 4.69]	0.55
Lactancia materna inmediata. Referencia: No	128			
Si		2.54	[1.20 , 5.37]	0.01
Problemas de salud del bebé. Referencia: No	189			
Si		0.26	[0.08 , 0.84]	0.02
Nacimiento prematuro Referencia: No	189			
Si		0.49	[0.23 , 1.01]	0.06
Varibales sociales				
Trabajo remunerado actualmente. Referencia: No	187			

Si		0.24	[0.12 , 0.48]	0.00
Apoyo social de la pareja. Referencia: No	103			
Si		0.46	[0.12 , 1.78]	0.26

“Outcome: Fórmula láctea/lactancia mixta vs lactancia materna exclusiva; Abreviaturas: OR, odds ratio; CI, intervalo de confianza

Con relación a las variables personales y dado que las respuestas de las participantes presentaron en general un sesgo negativo, las puntuaciones de las escalas se categorizaron en terciles a fin de comparar puntuaciones bajas contra altas (Tabla 6). Se encontró una asociación positiva de la intención de amamantar con la LME (OR = 2.06, p<.05). Asimismo, las puntuaciones más altas en algunas escalas psicológicas se asociaron con una menor probabilidad de amamantar exclusivamente. Estas escalas incluyeron las actitudes positivas hacia la naturalidad de la lactancia materna, la percepción de control conductual en situaciones de estrés y falta de tiempo, y las normas subjetivas en relación con la opinión de la familia y las cuñadas. Las actitudes positivas hacia los síntomas físicos de la lactancia y el control percibido para amamantar en público presentaron asociaciones estadísticas marginales en sentido negativo. Las variables que mostraron asociaciones estadísticamente significativas con el tipo de lactancia se consideraron para su inclusión en el modelo predictivo multivariado.

Tabla 6. Odds ratios de lactancia materna exclusiva por las variables personales^a

Variable	n	OR	[95% CI]	p
<i>Variables personales por terciles</i>				
Intención. Referencia: Baja	189			
Alta		2.06	[1.13 , 3.73]	0.02
<i>Actitudes</i>				
Actitudes positivas hacia los síntomas físicos. Referencia: tercil 1	189			
tercil 2		0.57	[0.28 , 1.19]	0.14
tercil 3		0.48	[0.22 , 1.02]	0.06
Actitudes positivas hacia las emociones. Referencia: tercil 1	189			
tercil 2		1.00	[0.48 , 2.06]	0.99
tercil 3		1.06	[0.51 , 2.18]	0.86
Actitudes positivas hacia la naturalidad de la lactancia. Referencia: tercil 1	189			
tercil 2		0.53	[0.22 , 1.22]	0.14
tercil 3		0.66	[0.33 , 1.33]	0.25
<i>Control Conductual Percibido</i>				
Percepción de dificultad para amamantar en público. Referencia: tercil 1	189			
tercil 2		0.87	[0.41 , 1.84]	0.72
tercil 3		0.51	[0.24 , 1.08]	0.08
Percepción de estrés y falta de tiempo. Referencia: tercil 1	189			
tercil 2		0.60	[0.28 , 1.28]	0.19
tercil 3		0.38	[0.17 , 0.84]	0.02
Percepción de comodidad y tranquilidad. Referencia: tercil 1	189			
tercil 2		0.98	[0.48 , 1.98]	0.96
tercil 3		0.63	[0.31 , 1.28]	0.21
<i>Norma Subjetiva</i>				
Opinión de la familia Referencia: tercil 1	183			
tercil 2		1.01	[0.46 , 2.19]	0.99
tercil 3		0.48	[0.24 , 0.94]	0.03
Opinión de la pareja. Referencia: tercil 1	177			
tercil 2		0.48	[0.19 , 1.20]	0.12
tercil 3		0.55	[0.27 , 1.14]	0.11
Opinión de la madre Referencia: tercil 1	181			
tercil 2		1.13	[0.56 , 2.27]	0.06
tercil 3		0.91	[0.44 , 1.89]	0.61
Opinión de la (s) cuñada (s). Referencia: bajo#	157			
Alto		0.42	[0.18 , 0.98]	0.04
Opinión de la suegra. Referencia: bajo#	159			
Alto		1.29	[0.60 , 2.75]	0.52

Opinión del Médico. Referencia: tercil 1	186			
<i>tercil 2</i>		2.40	[0.84 , 6.86]	0.10
<i>tercil 3</i>		1.44	[0.75 , 2.75]	0.27
<i>Anticipación del Afecto</i>				
Emociones positivas. Referencia: bajo#	189			
<i>Alto</i>		1.22	[0.46 , 3.18]	0.68
Emociones negativas. Referencia: bajo#	188			
<i>Alto</i>		1.36	[0.76 , 2.41]	0.30
<i>Autoeficacia</i>				
Autoeficacia para amamantar. Referencia: tercil 1	189			
<i>tercil 2</i>		0.64	[0.31 , 1.31]	0.23
<i>tercil 3</i>		0.85	[0.41 , 1.74]	0.66

“Outcome: Fórmula láctea/lactancia mixta vs lactancia materna exclusiva;#valores considerados a partir de la mediana; Abreviaturas: OR, odds ratio; CI, intervalo de confianza

5.5 Análisis multivariados

El modelo final para predecir la lactancia materna exclusiva se generó utilizando un método hacia adelante que empleó todas las variables evaluadas en la medición inicial y de seguimiento. Si bien para el modelo final el valor de p considerado fue de <0.05 para establecer asociaciones estadísticamente significativas, en los análisis multivariados se consideraron variables con asociaciones que tenían valores de $p < 0.10$ como candidatas para su inclusión en el modelo multivariado. Esta decisión se basó en la idea de que tales asociaciones podrían revelar tendencias o indicadores que no se habían detectado en los análisis bivariados. Además, en el contexto de un modelo multivariado, una muestra más grande podría identificar con mayor facilidad relaciones que podrían no ser evidentes con un tamaño de muestra más pequeño. En consecuencia, se adoptó un enfoque más inclusivo en la selección de variables candidatas para el modelo multivariado con el fin de explorar de manera exhaustiva posibles relaciones de interés.

Se eligió el modelo más parsimonioso considerando los valores BIC y el criterio de Akaike. El modelo presentó adecuados valores de bondad de ajuste con la prueba de Hosmer-Lemeshow ($p= 0.16$).

La intención de amamantar fue el único factor asociado positivamente con el tipo de lactancia (Tabla 7). Se identificó que una alta intención de amamantar aumenta hasta dos veces la posibilidad de lactancia materna exclusiva. Por otro lado, una mayor percepción de estrés y falta de tiempo en la dimensión control conductual percibido redujo la posibilidad de lactancia materna exclusiva hasta en un 68%.

En cuanto a las variables relacionadas con el parto, los problemas de salud infantil se asociaron con una disminución del 85% en las posibilidades de lactancia materna exclusiva. Entre las variables sociodemográficas, tener un empleo remunerado en el momento de la entrevista de seguimiento se asoció con una disminución del 77 % en la probabilidad de que las madres brindaran lactancia materna exclusiva, mientras que las madres en el grupo de edad de 22 a 27 años tenían una probabilidad 57 % menor de amamantar.

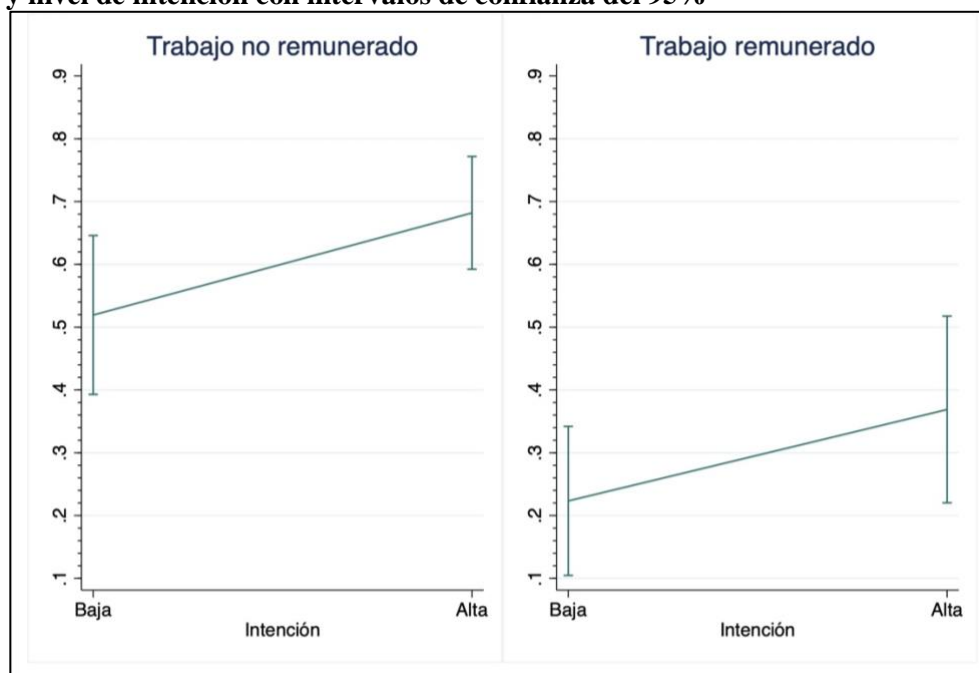
Además, se evaluó la interacción entre las variables de intención y trabajo, en el modelo final, aunque la interacción no fue estadísticamente significativa ($OR = 4.16$, $IC_{95\%} 0.84-20.1$), fue posible identificar en el análisis de postestimación que la intención de amamantar es afectada por la condición laboral de la madre (Figura 1), donde la probabilidad de amamantar exclusivamente es mayor cuando la madre no realiza trabajo remunerado y la intención es alta (68%), en comparación con las madres que tienen una alta intención pero que realizan trabajo remunerado (37%), sin embargo, independientemente de la condición laboral, cuando la intención es alta, se tiene mayor probabilidad de amamantar exclusivamente.

Tabla 7. Modelo logístico multivariado para tipo de lactancia^{a,b}

	N = 184	OR	[IC 95%]	p
VARIABLES PERSONALES				
Intención: Referencia: Baja				
Alta		2.15	[1.09 , 4.28]	0.03
Percepción de estrés y falta de tiempo: Referencia tercil 1				
Tercil 2		0.51	[0.21 , 1.24]	0.14
Tercil 3		0.32	[0.13 , 0.77]	0.01
VARIABLES RELACIONADAS CON EL PARTO				
Problemas de salud del bebé: Referencia: No				
Si		0.15	[0.04 , 0.61]	0.01
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS				
Trabajo remunerado actualmente. Referencia: No				
Si		0.23	[0.11 , 0.47]	0.00
Edad. Referencia: <=21 años				
22-27		0.43	[0.18 , 1.01]	0.06
>=28		0.54	[0.23 , 1.26]	0.15

^aVariable de resultado: Fórmula láctea/Alimentación mixta vs lactancia materna exclusiva; ^bBondad de ajuste Hosmer-Lemeshow $\chi^2 = 41.99$ $p = 0.16$; Abreviaturas: OR, odds ratio; IC 95%, intervalo de confianza al 95%

Figura 4. Probabilidad de amamantar exclusivamente por condición laboral y nivel de intención con intervalos de confianza del 95%



Para probar el supuesto de que las variables personales tienen valores predictivos diferente según las condiciones de vida de las madres (variables contextuales), se calcularon las probabilidades de amamantar con respecto a la condición laboral y el grupo de edad de las madres (Tabla 8). En general, la tendencia observada indica que la probabilidad de amamantar es menor para las madres que realizan trabajo remunerado, independientemente del tercil en el que se encuentren en la dimensión de percepción de estrés y falta de tiempo de la escala de CCP, y la probabilidad es aún menor para ambos grupos en el tercil más alto de la escala de CCP. La probabilidad de LME disminuyó debido a la presencia de problemas de salud del infante después del parto, siendo aún menor en el caso de las mujeres que realizan trabajo remunerado.

Contrario a lo esperado, se encontró que las madres más jóvenes tienen una mayor probabilidad de amamantar, independientemente de su nivel de intención de hacerlo, su puntuación en la dimensión de percepción de estrés y falta de tiempo, y la presencia de problemas de salud en el bebé después del parto. Lo anterior sugiere que, en este estudio, la edad de la madre no es un factor determinante en la capacidad de amamantar con éxito.

Tabla 8. Análisis post estimación. Probabilidad de amamantar exclusivamente

Características	Condición laboral ^a		Edad		
	TR	TRN	< 21 años	22 a 27 años	>= 28 años
Intención					
<i>Baja</i>	0.22	0.52	0.54	0.36	0.41
<i>Alta</i>	0.37	0.68	0.69	0.52	0.57
Percepción de estrés y falta de tiempo					
<i>Tercil 1</i>	0.45	0.75	0.76	0.60	0.65
<i>Tercil 2</i>	0.31	0.63	0.64	0.45	0.51
<i>Tercil 3</i>	0.22	0.52	0.54	0.36	0.41
Problemas de salud del bebé					
<i>No</i>	0.33	0.65	0.66	0.49	0.54
<i>Si</i>	0.08	0.25	0.28	0.16	0.19

^aCondición laboral de la madre al momento de la entrevista de seguimiento. TR: Trabajo remunerado; TRN Trabajo no remunerado

6. Discusión

La lactancia materna exclusiva, constituye la mejor opción de alimentación para los infantes ya que posee cualidades que favorecen el desarrollo óptimo y ayuda a reducir el riesgo de múltiples condiciones de salud. Si bien la lactancia es un proceso biológico, las condiciones culturales y sociales de las madres que amamantan obligan a estudiar la lactancia desde perspectivas que atiendan los múltiples factores que inciden en la decisión materna de amamantar exclusivamente. Sobre esta base, el objetivo principal del presente estudio fue elaborar un modelo predictivo para determinar la relación entre las variables personales de la Teoría de la Conducta Planeada (TCP) que considera que la intención es el principal predictor de la conducta, considerando variables contextuales sobre la lactancia materna exclusiva.

Entre los resultados principales, se encontró que, en un modelo multivariado, las variables que mejor explicaron la LME evaluada en promedio a los 5.9 meses después del parto, fueron la intención de amamantar, el CCP, los problemas de salud infantil después del parto el trabajo y la edad materna. Los resultados indican que, respecto a las variables personales, la intención de amamantar es un factor determinante en la práctica de lactancia exclusiva. Específicamente, se encontró que las mujeres con alta intención de amamantar tuvieron hasta dos veces más posibilidades de dar lactancia exclusiva en comparación con aquellas con baja intención. Este hallazgo es coherente con la literatura existente, que destaca la importancia de la motivación de las mujeres para el éxito de la lactancia (114,115).

En una revisión exhaustiva realizada por uno de los autores de la Teoría de la Conducta Planeada (TCP) (116), se afirma que las intenciones son el factor principal que determina el comportamiento y hay una amplia cantidad de evidencia que apoya la relación

entre las intenciones y la conducta. La TCP también sostiene que el Control Conductual Percibido (CCP) puede modificar la relación entre las intenciones y la conducta. Sin embargo, los resultados de los estudios empíricos sobre la relación entre el CCP y la intención son inconsistentes. En la mayoría de los casos, existe una correlación positiva entre el CCP y la conducta, pero esta relación solo se presenta cuando la persona tiene la intención de llevar a cabo la conducta en cuestión.

En el modelo identificado, se observó que las mujeres que informaron tener un menor control percibido sobre el estrés y la falta de tiempo presentaron una reducción del 70% en la probabilidad de realizar la lactancia exclusiva y no se encontró interacción entre la intención y el CCP. Por lo tanto, aunque la intención es un factor crucial en la realización de comportamientos específicos, el control percibido también juega un papel importante y puede afectar la probabilidad de llevar a cabo una conducta deseada.

El modelo también encontró que los problemas de salud que presentaba el bebé después del parto disminuyeron la probabilidad de amamantar hasta en un 85%. Este fue el único factor relacionado con el parto que mantuvo su significancia estadística en el modelo predictivo. Al respecto, en un estudio que buscó comparar las variaciones en los factores determinantes de la lactancia materna al momento del alta hospitalaria entre los años 1992/1993 y 2002/2003, se identificó que el factor predictor más relevante relacionado con la ausencia de lactancia materna exclusiva en el momento del alta hospitalaria en ambos periodos de evaluación fue la admisión del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos después del nacimiento (117).

Adicionalmente, se tiene evidencia que indica que la prevalencia de lactancia exclusiva a los 6 meses entre los bebés que recibieron cuidados intensivos asociados a un bajo peso al nacer o nacimiento prematuro es menor que la reportada para bebés nacidos a

término o con peso normal (118,119), por lo tanto podría suponerse que los problemas de salud de los bebés al momento del nacimiento están relacionados tanto con la dificultad para mantener el contacto piel a piel y el alojamiento conjunto, como por la mayor frecuencia en que se emplean otras alternativas de alimentación como la leche pasteurizada y enriquecida (tanto materna como bovina) y las fórmulas lácteas en las unidades de cuidados intensivos (120) ya que el inicio temprano de la lactancia exclusiva es un predictor importante de su mantenimiento (26).

Entre las variables sociodemográficas predictoras, el trabajo materno y tener entre 22 y 27 años se asoció con 77% y 57% menos posibilidades de amamantar exclusivamente. El trabajo materno ha sido ampliamente documentado como una de las principales barreras para el inicio, y mantenimiento de la lactancia exclusiva (50,51). Las mujeres que se desempeñan laboralmente fuera del hogar pueden enfrentar obstáculos que dificultan la práctica de la lactancia materna, tales como la escasez de tiempo, la falta de privacidad y la ausencia de apoyo en el entorno laboral. Adicionalmente, aquellas que regresan al trabajo antes de que sus bebés cumplan los seis meses de vida tienen menor probabilidad de amamantar exclusivamente (121).

Distintos estudios han investigado de manera independiente la relación entre la LME las variables de la teoría del comportamiento planificado, las variables sociodemográficas o las variables biofísicas o relacionadas con el embarazo, sin embargo, hay poca información sobre el efecto combinado de todas estas características decisión de las mujeres de amamantar exclusivamente en escenarios de atención primaria a la salud.

Una de las principales contribuciones de este estudio consistió en presentar pruebas empíricas acerca de cómo las variables personales influyen en la decisión de amamantar, en presencia de factores contextuales. Si bien, los resultados no mostraron interacciones

estadísticamente significativas entre las variables del modelo de predicción, los análisis de post estimación señalan que la probabilidad de amamantar exclusivamente es de hasta 68% cuando las madres no realizan trabajo remunerado y tienen alta intención comparadas el 37% entre las mujeres que realizan trabajo remunerado y que tienen baja intención, y en general, las mujeres no empleadas tienen mayor probabilidad de amamantar aun cuando perciben menor control de estrés y falta de tiempo y sus hijos tuvieron problemas de salud después del parto comparadas con las madres que realizan trabajo remunerado.

Lo anterior aporta evidencia respecto a que las actividades laborales de las madres no solo representan barreras ambientales para el éxito de la lactancia, sino que también afectan sus creencias. A pesar de esto, incluso cuando estas barreras están presentes, tener una alta intención para amamantar hace más probable la instrumentación de la conducta.

Al respecto, diversos estudios han evidenciado que las políticas sobre permisos de maternidad y flexibilidad laboral pueden favorecer el aumento de las tasas de lactancia materna exclusiva (50,122) e incluso, que las mujeres que disponen de trabajos de tiempo completo, con los correspondientes beneficios laborales y licencias de maternidad, presentan mayores posibilidades de amamantar exclusivamente cuando la intención de mantener la lactancia es alta, en comparación con aquellas que trabajan en empleos informales o a tiempo parcial (123,124), por lo que es importante que se implementen políticas y programas que apoyen a las mujeres que trabajan fuera de casa para que puedan continuar amamantando a sus bebés.

Respecto a los hallazgos relacionados con la edad materna, los análisis postestimación sugieren que las mujeres más jóvenes tienen una mayor probabilidad de amamantar incluso si tienen una baja intención, poca percepción de control conductual o si sus hijos presentan algún problema de salud después del parto en comparación con mujeres de edades mayores.

Sin embargo, en el modelo multivariado final, sólo se presentaron asociaciones marginalmente significativas ($p < 0.10$) en el grupo de mujeres de 22 a 27 años en el que se identificó un menor riesgo de amamantar exclusivamente.

Estos hallazgos son inconsistentes ya que en general, la información disponible proveniente de una revisión sistemática (125) ha sugerido que si bien la relación entre la edad de la madre y el cese temprano de la lactancia materna no está clara debido a la calidad metodológica de los estudios revisados, una menor edad materna se asocia con el cese temprano de la lactancia, por lo que el resultado obtenido en el presente estudio puede estar influenciado por la forma en que la edad fue clasificada, al elegir comparar la variable por terciles a fin de comparar principalmente a las mujeres de menor edad contra las de edades mayores en la muestra estudiada, por lo que dicha distribución puede no ser representativa a nivel poblacional. Sin embargo, los hallazgos indican que la edad materna puede tener una influencia significativa en la realización de la lactancia materna exclusiva

De manera general, los resultados apuntan a la importancia de abordar de forma diferenciada las necesidades de información y apoyo relacionadas con estos factores, dado que las variables personales se consideran como factores modificables para la lactancia, en contraposición a otros factores no modificables como la edad, los problemas de salud o el trabajo materno. Los hallazgos indican que las condiciones de vida, como el trabajo o la etapa del ciclo de vida en la que se encuentran las madres, influyen en las valoraciones personales (creencias) que preceden a la decisión de amamantar exclusivamente, por lo que la baja intención de las madres trabajadoras, por ejemplo, debe ser abordada de forma distinta que, en el caso de las madres no trabajadoras, dado que las condiciones de vida particulares generan distintos desafíos para una lactancia óptima.

En los análisis bivariados, en concordancia con la literatura publicada sobre el tema, las variables personales como algunas de las dimensiones de norma subjetiva y control conductual percibido, se asociaron con el tipo de lactancia empleado, lo cual es consistente con el modelo teórico propuesto, mientras que, la anticipación del afecto y la autoeficacia no presentaron asociaciones estadísticamente significativas.

Contrario a lo esperado, puntuaciones más altas en las escalas de actitudes positivas hacia los síntomas físicos y actitudes positivas hacia la naturalidad de la lactancia se asociaron negativamente con la posibilidad de ocurrencia de la LME. Se ha documentado que las actitudes positivas se relacionan con una mayor intención y probabilidad de amamantar (126). Una hipótesis respecto a los hallazgos de este estudio es que la promoción de la lactancia materna puede generar altas expectativas en las madres (127), lo que puede llevar a sentimientos de culpa y vergüenza en aquellas que no pueden amamantar (128,129). Es decir, las mujeres con actitudes más positivas hacia la lactancia materna pudieron tener expectativas poco realistas, lo que se refleja en una menor probabilidad de amamantar. No obstante, en los modelos multivariados las actitudes no se asociaron con la LM por lo que no fueron incluidas en el modelo final.

Numerosos estudios destacan el papel de las creencias evaluadas por el modelo de la TCP sobre la intención conductual y el establecimiento y mantenimiento de la lactancia exclusiva (66,93,130). Los resultados indican que, si bien el modelo de la TCP es útil en la predicción de la lactancia, no todas las variables son predictoras cuando se prueban en poblaciones con características sociodemográficas distintas.

De igual manera, se ha documentado la participación de la autoeficacia como uno de los principales predictores de la lactancia y su duración, resaltando que la autopercepción de confianza materna sobre la capacidad de amamantar permite a las mujeres instrumentar de

forma más exitosa la lactancia y sortear más eficientemente las dificultades experimentadas durante el proceso (65,131,132), sin embargo, en el presente estudio la autoeficacia no resultó ser un predictor significativo.

Estos resultados pueden ser explicados, por un lado, por las características del instrumento con el que fue evaluada la autoeficacia, ya que la escala está diseñada para evaluar la autoeficacia para amamantar en mujeres embarazadas, es decir, en mujeres que aún no tenían experiencia directa con la lactancia. Al respecto, algunos estudios indican que las expectativas de autoeficacia pueden ser poco realistas cuando las personas no han tenido experiencia con la tarea evaluada, y que la percepción de autoeficacia cambia de acuerdo con la experiencia en la implementación de la tarea (133,134)

En este sentido, el modelo del Proceso de Acción de Salud (HAPA, por sus siglas en inglés) (135), sugiere que para cada fase del cambio de comportamiento se requiere el dominio de diferentes tareas y habilidades, lo que requiere diferentes creencias de autoeficacia (autoeficacia de acción, autoeficacia de mantenimiento y autoeficacia de recuperación) por ejemplo, una persona puede sentirse segura de su capacidad de amamantar (alta autoeficacia de acción), pero su confianza puede modificarse al momento de regresar al trabajo, (baja autoeficacia de mantenimiento), por tanto es recomendable evaluar la autoeficacia en los diferentes momentos de la instrumentación del comportamiento.

En la muestra analizada, se observó una prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) del 53.4%, la cual resulta significativamente más elevada que las prevalencias nacionales reportadas en 2016 por la Encuesta Nacional de Nutrición Infantil (ENNIM) (30.8%) y en 2018 por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (28.6%). Además, la prevalencia encontrada es mayor que la de 22.7% reportada en la zona centro del país, a la que pertenecen los estados de Aguascalientes y Ciudad de México (5,41,101). Este

hallazgo puede ser explicado, al menos en parte, por las características sociodemográficas de las mujeres participantes, quienes mayoritariamente se identificaron como mujeres casadas, con una escolaridad de preparatoria o superior, edad mayor a 28 años, un nivel socioeconómico (NSE) percibido como bajo y usuarias de servicios de salud públicos.

Si bien el tamaño de muestra final obtenido en el presente estudio no alcanzó el número prospectado de manera inicial, la prevalencia de LME encontrada es parcialmente consistente con la literatura existente, en general, se ha observado una tendencia a nivel internacional en el aumento de la prevalencia de LME en países con ingresos medios y bajos, la cual está asociada con mayores niveles de educación y de ingresos (136–138). (139)

En el presente estudio se empleó el método gráfico para evaluar nivel socioeconómico percibido propuesto por Demakakos et al. (140). Estos investigadores encontraron que, aunque el nivel socioeconómico subjetivo no se correlacionaba con indicadores de riqueza, sí presentaba asociaciones con la educación y la clase ocupacional, lo que sugiere su utilidad como indicador del nivel socioeconómico en función de los logros económicos a lo largo de la vida y el estatus socioeconómico. Además, los autores observaron que el nivel socioeconómico percibido estaba positivamente relacionado con varios resultados de salud, tanto en hombres como en mujeres, incluso después de controlar por variables de confusión.

En este estudio, la población de estudio fue urbana y con escolaridad mayor a preparatoria, con NSE autoreportado bajo. Si bien el método de evaluación del NSE ha mostrado ser un indicador confiable, es importante tener en cuenta que las encuestas nacionales utilizan diferentes indicadores para clasificar el NSE, como las condiciones de vivienda y el acceso a servicios. Por ejemplo, Unar-Munguía (139) en México utilizó un índice que consideró el tipo y los materiales de las viviendas, el número de habitaciones y el acceso a servicios públicos como alcantarillado, agua potable y electricidad para clasificar el

NSE en terciles. En general, la población rural suele concentrarse en el tercil más bajo, no así la población urbana, por lo que es importante indicar que los resultados del presente estudio relacionados con el NSE, deben tomarse con cautela debido a las limitaciones metodológicas del presente estudio.

De igual manera se probó que algunas variables sociodemográficas como el nivel socioeconómico, la escolaridad y el trabajo materno durante el embarazo se asociaron bivariadamente con la LME, pero no en el modelo multivariado. Al respecto, la evidencia indica que los factores sociodemográficos son buenos predictores de la lactancia materna y su duración (124,136,137). Sin embargo, los estudios que evalúan la interacción de las variables personales sobre la lactancia materna, normalmente se utilizan las variables sociodemográficas como variables de ajuste para estandarizar las condiciones de comparación (65,67), por lo que, de acuerdo con los artículos de revisión, los resultados son bastante variables, lo que dificulta determinar cómo factores específicos afectan ciertas creencias y comportamientos de salud (63).

Destaca también que ninguna variable relacionada con el embarazo ni con el parto, a excepción de los problemas de salud del bebé después del nacimiento, fueron predictores significativos en el modelo multivariado, a pesar de que los resultados bivariados indican que existe asociación entre la lactancia inmediata, el alojamiento conjunto menor a dos horas y el nacimiento prematuro con la lactancia exclusiva.

Una explicación posible se debe a los efectos temporales de las variables sobre la lactancia, algunos estudios sugieren que la planeación del embarazo la asesoría prenatal, el alojamiento conjunto, la vía de nacimiento o el inicio temprano de la lactancia, posterior al nacimiento, por ejemplo, se asocian con el inicio de la lactancia, pero no con su mantenimiento (114,141–143). Esto podría explicar por qué en la evaluación de seguimiento

realizada seis meses después del parto, estas variables no mostraron valor predictivo con la LME. Otra posible explicación podría ser que el tamaño de la muestra final no fue suficiente para identificar los efectos de estas variables sobre la LME.

Adicionalmente, se sugiere que se realice una evaluación exhaustiva de las fuentes de apoyo social, incluyendo el tamaño de la red, ya que, aunque el autoreporte de la presencia de apoyo social no fue significativo, los resultados bivariados con relación a la norma subjetiva, en particular la influencia de la opinión materna y la opinión del médico, parecen indicar que las fuentes de apoyo social pueden ser importantes para lograr una lactancia materna óptima (47,48,144).

Esto es especialmente relevante en cuanto a la influencia de la opinión del médico, ya que se ha demostrado que una buena asesoría prenatal y capacitación adecuada sobre lactancia son factores clave para el éxito de la lactancia materna (42,145).

Es importante destacar que existen otros factores que influyen en la lactancia materna y su duración que no fueron incluidos en el presente estudio, lo que podría contribuir a una mejor comprensión de las condiciones en las que las mujeres toman decisiones. Por ejemplo, un estudio realizado en una cohorte de nacimiento en Sidney (146) identificó que entre otras variables el tabaquismo materno durante el embarazo se relacionó con una mayor probabilidad de interrumpir la lactancia materna exclusiva a los seis meses y cualquier lactancia materna a los 12 y 24 meses. Por otro lado, los factores que se asociaron positivamente con la lactancia materna a largo plazo incluyeron el apoyo de la pareja, el conocimiento sobre la lactancia materna y la ausencia de dolor en los pezones.

También, existe evidencia que indica que la hipogalactia constituye una de las principales causas de abandono de la lactancia reportada por las madres (147), sin embargo, la hipogalactia por causas fisiológicas constituye solo un pequeño porcentaje de la prevalencia

de las dificultades biológicas presentes en las madres lactantes (148) y es la percepción insuficiente de leche (149), frecuentemente debida a una mala técnica de lactancia (150) o la demora en el inicio de la lactancia (151,152), la causante real del abandono temprano de la lactancia. Estos hallazgos resaltan nuevamente el papel de las creencias personales en la toma de decisiones de las madres y la necesidad de generar estrategias de intervención que contrarresten las creencias poco realistas y habiliten a las madres para la identificación de señales objetivas relacionadas con la alimentación de sus infantes que favorezca el mantenimiento de la lactancia exclusiva.

6.1 Fortalezas y limitaciones del estudio

Una de las principales fortalezas de este estudio radica en la utilización de datos primarios recopilados mediante un diseño de investigación específicamente diseñado para este propósito, lo que permitió una evaluación comprehensiva de cómo las variables personales influyen en la decisión de amamantar en el contexto de los factores contextuales y proporciona una base sólida para analizar y comprender la dinámica compleja de la lactancia materna y su relación con las características individuales y contextuales de las madres.

En el estudio se identificaron también algunas limitaciones, entre ellas, la tasa de respuesta al seguimiento fue muy baja, ya que solo se logró recuperar el 26% de las observaciones de la evaluación inicial. Durante la evaluación basal, se obtuvieron los datos telefónicos de las participantes y/o el número de expediente del servicio de salud al que asistían, pero al realizar las llamadas para el seguimiento, se encontró que muchos números telefónicos, principalmente móviles, estaban fuera de servicio o no correspondían con las participantes registradas. También se intentó recuperar información de los expedientes

clínicos disponibles, pero se encontró información inconsistente o inexistente que impidió localizar a las participantes vía telefónica, adicionalmente, los recursos humanos y financieros disponibles no permitieron la incorporación de estrategias alternativas para la recuperación de respuestas.

Si bien las intervenciones telefónicas para promover la lactancia materna obtienen tasas de respuesta altas, por ejemplo, en el estudio de Fan (153) obtuvieron una tasa de respuesta de 87.6% en el grupo control y de 91.3% en el grupo intervención. O el estudio de McLardie-Hore (154) con una tasa de respuesta a los 6 meses de 72% el componente de intervención y/o asesoría facilita la adherencia y la permanencia de las participantes en los estudios, no así en los estudios de encuesta.

Se ha documentado en la literatura de atención primaria que las tasas de respuesta a las encuestas varían entre el 10.3% y el 61% (155), por lo que existe gran interés en mejorar las tasas de respuesta. Al respecto, un estudio de revisión que evaluó estrategias para mejorar las tasas de respuesta y la representatividad de los datos en encuestas de experiencia de pacientes, reportó tasas de respuesta superiores en la modalidad encuesta telefónica en comparación con la modalidad de encuesta por correo. Además, se observó que la administración por correo con seguimiento telefónico aumentó la tasa de respuesta en un 13% en comparación con el uso de sólo correo o sólo teléfono (156).

La tasa de respuesta en un estudio que empleó encuestas por correo mejoró hasta en un 5.4% cuando se incluyó una llamada telefónica a aquellos participantes que no respondieron al cuestionario postal (157) sin embargo, esta metodología fue empleada en un ensayo controlado aleatorizado financiado con fondos públicos en el Reino Unido.

Un metaanálisis examinó la tasa de respuesta en encuestas en línea en 1043 investigaciones relacionadas con la educación, encontrando una tasa media de respuesta del

44,1%. Además, se observó que los estudios con financiamiento reportaban una tasa de respuesta más alta (48%) comparados con los estudios sin financiamiento (43%) y que la tasa de respuesta era mayor para encuestas con muestras más pequeñas (72.7%), comparada con estudios con muestras de más de 2500 participantes (20.3%). También se identificó que el contacto previo con los posibles participantes, el uso de otros tipos de encuestas en línea y las llamadas telefónicas para recordar a los participantes la realización de la encuesta en línea aumentaron la tasa de respuesta, mientras que el uso de incentivos no tuvo un impacto significativo sobre las tasas de respuesta (158).

Adicionalmente, la administración de encuestas a través de teléfonos móviles ha sido un desafío debido a que tecnologías como los contestadores automáticos y el identificador de llamadas, han contribuido a reducir las tasas de respuesta y aumentar los costos de las encuestas telefónicas (159).

En resumen, la combinación de múltiples estrategias como las encuestas por correo, entrevistas telefónicas y cara a cara, encuestas en línea, en conjunto con la simplificación y extensión de las encuestas, podrían mejorar las tasas de respuesta y reducir el sesgo de representatividad asociado a la falta de respuesta; sin embargo, en un estudio donde se realizó un análisis secundario de 9,000 respuestas de participantes de 16 encuestas distintas se identificó que en general, las muestras con índices de respuesta más elevados (81%) presentaron niveles de sesgo de falta de respuesta similares a los de las muestras con índices de respuesta más bajos (68%) lo que sugiere no hay una relación significativa entre las tasas de respuesta de las encuestas y el sesgo de no respuesta y que la búsqueda de tasas de respuesta altas podría derivar en mayores costos humanos y económicos y la prolongación innecesaria del estudio (160), por lo que se enfatiza la atención a la calidad metodológica y el poder estadístico de las investigaciones.

Es evidente que la tasa de respuesta en este estudio tuvo un impacto en la capacidad estadística del modelo de empleado. Con un número mayor de participantes, habría sido posible aumentar la sensibilidad de las pruebas estadísticas para detectar asociaciones estadísticamente significativas, especialmente en las variables que comúnmente se informan como predictores de la lactancia materna exclusiva. Por lo tanto, se sugiere considerar la combinación de métodos para obtener respuestas, como encuestas en línea o el uso de aplicaciones móviles.

Sin embargo, es importante destacar que la prevalencia de lactancia materna exclusiva encontrada en este estudio fue del 53.4%, lo cual es significativamente más alto que las cifras nacionales reportadas en 2016 por la Encuesta Nacional de Nutrición Infantil (ENNIM) (30.8%) y en 2018 por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (28.6%). Esto indica que el poder estadístico calculado con las 189 participantes finales fue óptimo, ya que el tamaño de muestra requerido para identificar la prevalencia encontrada en nuestro estudio sería menor al inicialmente prospectado, en consecuencia, aunque la generalización de los resultados a partir de la muestra inicial debe abordarse con cautela, los resultados son aplicables a la muestra del estudio y cuentan con un sólido respaldo estadístico.

Se encontró también que al analizar las características sociodemográficas y del embarazo de las mujeres que tuvieron seguimiento y las que no, se encontraron diferencias en el nivel socioeconómico y educativo. En particular, se observó que las mujeres con seguimiento tenían un nivel socioeconómico más bajo y un nivel educativo superior al de preparatoria. Esta diferencia podría generar un sesgo de selección. Sin embargo, en el modelo predictivo, no se encontró asociación estadística entre estas variables y la lactancia materna exclusiva.

Otra limitación en el estudio fue la relacionada con la escasa variabilidad en las respuestas de las escalas de evaluación de las variables personales, lo que puede indicar un sesgo de deseabilidad social. Para abordar este posible sesgo negativo en las respuestas, se optó por categorizar las puntuaciones de las escalas en terciles con el fin de comparar las puntuaciones más bajas con las más altas. De esta manera, se trató de minimizar el impacto del sesgo en los resultados.

A pesar de las limitaciones, las asociaciones identificadas en el modelo de predicción mostraron una fuerte relación con la lactancia materna exclusiva, lo que sugiere que los resultados reflejan adecuadamente el fenómeno estudiado. Sin embargo, es importante tener en cuenta que estos resultados sólo son representativos de la muestra del estudio y no pueden ser generalizados a otros contextos o poblaciones.

Las implicaciones de los resultados encontrados señalan la importancia de considerar la intención de amamantar y otras variables personales como factores modificables para el logro de la lactancia materna exclusiva, y la generación de estrategias de intervención, idealmente, apoyadas en modelos de cambio de comportamiento (161–163) que atiendan también los factores contextuales en los que las mujeres viven para tratar puntualmente los retos específicos que las madres enfrentan.

7. Conclusiones

En un modelo de predicción para la lactancia materna exclusiva, se encontró que la intención de amamantar se asoció positivamente con una mayor probabilidad de amamantar, mientras que un menor control percibido sobre el estrés y la falta de tiempo los problemas de salud del infante después del parto, tener entre 22 y 27 años y el trabajo materno, se asociaron con una menor probabilidad de amamantar exclusivamente alrededor de los 6 meses de vida del infante.

La probabilidad de amamantar exclusivamente se modifica cuando se consideran en conjunto las variables contextuales no modificables y las variables personales modificables, sin embargo, aún en presencia de condiciones adversas del entorno, la intención de amamantar es un fuerte predictor de la lactancia exclusiva, estos hallazgos pueden emplearse para diseñar planes de intervención para apoyar la LME en madres que utilizan los servicios públicos de salud.

Referencias

1. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT 2018. Presentación de Resultados. 2018.
2. Organización Mundial de la Salud. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna: preguntas frecuentes (actualización de 2017). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2017.
3. OMS, UNICEF. Declaración de Innocenti. 1990 [citado el 26 de abril de 2021]. Declaración de Innocenti. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/1-declaracion_innocenti_1990.pdf
4. OMS, UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad [Internet]. Ginebra, Suiza; 1989 [citado el 26 de abril de 2023]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41246/9243561308_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nassu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados Nacionales [Internet]. Primera. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2020. 268 p. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/informes.php>
6. WHO [Internet]. World Health Organization; 2013 [citado el 8 de noviembre de 2018]. OMS | Lactancia materna exclusiva. Disponible en: https://apps.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/index.html
7. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). Indicators for assessing infant and young child feeding practices Definitions and

measurement methods [Internet]. Geneva; 2021 [citado el 11 de octubre de 2022].

Disponible en:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340706/9789240018389-eng.pdf?sequence=1>

8. Pérez-Escamilla R, Tomori C, Hernández-Cordero S, Baker P, Barros AJD, Bégin F, et al. Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *The Lancet*. febrero de 2023;401(10375):472–85.
9. Grey K, Gonzales GB, Abera M, Lelijveld N, Thompson D, Berhane M, et al. Severe malnutrition or famine exposure in childhood and cardiometabolic non-communicable disease later in life: a systematic review. *BMJ Glob Health*. el 10 de marzo de 2021;6(3):e003161.
10. Hansen K. Breastfeeding: a smart investment in people and in economies. *The Lancet*. enero de 2016;387(10017):416.
11. Grummer-Strawn LM, Rollins N. Summarising the health effects of breastfeeding. *Acta Paediatr*. diciembre de 2015;104:1–2.
12. Sanabria M, Coronel J, Díaz C, Salinas C, Sartori J. Perfil de la lactancia materna en cuatro servicios de referencia neonatal. *Rev Chil Pediatr*. octubre de 2005;76(5).
13. Aguilar Palafox MI, Fernández Ortega MA. Lactancia materna exclusiva. *Revista de La Facultad de Medicina*. 2007;50(4):174–9.
14. Mardani RAD, Wu W, Nhi VT, Huang H. Association of breastfeeding with undernutrition among children under 5 years of age in developing countries: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Nursing Scholarship* [Internet]. el 18 de noviembre de 2022;54(6):692–703. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnu.12799>

15. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* diciembre de 2015;104:14–9.
16. Kim JH, Lee SW, Lee JE, Ha EK, Han MY, Lee E. Breastmilk Feeding during the First 4 to 6 Months of Age and Childhood Disease Burden until 10 Years of Age. *Nutrients* [Internet]. el 17 de agosto de 2021;13(8):2825. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/8/2825>
17. Krol KM, Grossmann T. Psychological effects of breastfeeding on children and mothers. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* el 22 de agosto de 2018;61(8):977–85.
18. Binns C, Lee M, Low WY. The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding. *Asia Pacific Journal of Public Health.* el 20 de enero de 2016;28(1):7–14.
19. Tseng PT, Chen YW, Stubbs B, Carvalho AF, Whiteley P, Tang CH, et al. Maternal breastfeeding and autism spectrum disorder in children: A systematic review and meta-analysis. *Nutr Neurosci.* el 4 de mayo de 2019;22(5):354–62.
20. Allen J, Hector D. Benefits of breastfeeding. *N S W Public Health Bull.* 2005;16(3–4):42–6.
21. Lamberti LM, Fischer Walker CL, Noiman A, Victora C, Black RE. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC Public Health.* el 13 de diciembre de 2011;11(S3):S15.
22. Mosca F, Gianni ML. Human milk: composition and health benefits. *La Pediatria Medica e Chirurgica.* el 28 de junio de 2017;39(2):47–52.
23. Altobelli E, Angeletti PM, Verrotti A, Petrocelli R. The Impact of Human Milk on Necrotizing Enterocolitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients.* el 6 de mayo de 2020;12(5):1322.

24. Sandoval Jurado L, Jiménez Báez MV, Olivares Juárez S, de la Cruz Olvera T. Lactancia materna, alimentación complementaria y el riesgo de obesidad infantil. *Aten Primaria*. 2016;48(9):572–8.
25. North K, Gao M, Allen G, Lee AC. Breastfeeding in a Global Context: Epidemiology, Impact, and Future Directions. *Clin Ther*. febrero de 2022;44(2):228–44.
26. Koletzko B, Godfrey KM, Poston L, Szajewska H, van Goudoever JB, de Waard M, et al. Nutrition During Pregnancy, Lactation and Early Childhood and its Implications for Maternal and Long-Term Child Health: The Early Nutrition Project Recommendations. *Ann Nutr Metab*. 2019;74(2):93–106.
27. Qiao J, Dai LJ, Zhang Q, Ouyang YQ. A Meta-Analysis of the Association Between Breastfeeding and Early Childhood Obesity. *J Pediatr Nurs [Internet]*. julio de 2020;53:57–66. Disponible en:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0882596319305500>
28. Almutairi WM. Literature Review: Physiological Management for Preventing Postpartum Hemorrhage. *Healthcare*. el 31 de mayo de 2021;9(6):658.
29. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr [Internet]*. 2015;104(Suppl 467):96–113. Disponible en:
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc11&NEWS=N&AN=2015-51546-010>
30. Lambrinou CP, Karaglani E, Manios Y. Breastfeeding and postpartum weight loss. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. noviembre de 2019;22(6):413–7.

31. Rameez RM, Sadana D, Kaur S, Ahmed T, Patel J, Khan MS, et al. Association of Maternal Lactation With Diabetes and Hypertension: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open* [Internet]. el 2 de octubre de 2019 [citado el 16 de febrero de 2022];2(10):e1913401–e1913401. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2752994>
32. Tschiderer L, Seekircher L, Kunutsor SK, Peters SAE, O’Keeffe LM, Willeit P. Breastfeeding Is Associated With a Reduced Maternal Cardiovascular Risk: Systematic Review and Meta-Analysis Involving Data From 8 Studies and 1 192 700 Parous Women. *J Am Heart Assoc*. el 18 de enero de 2022;11(2).
33. Linde K, Lehnig F, Nagl M, Kersting A. The association between breastfeeding and attachment: A systematic review. *Midwifery*. febrero de 2020;81:102592.
34. Farías-Antúnez S, Santos IS, Matijasevich A, de Barros AJD. Maternal mood symptoms in pregnancy and postpartum depression: association with exclusive breastfeeding in a population-based birth cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. el 2 de mayo de 2020;55(5):635–43.
35. Peñacoba C, Catala P. Associations Between Breastfeeding and Mother–Infant Relationships: A Systematic Review. *Breastfeeding Medicine*. el 1 de noviembre de 2019;14(9):616–29.
36. Quesada JA, Méndez I, Martín-Gil R. The economic benefits of increasing breastfeeding rates in Spain. *Int Breastfeed J*. el 4 de diciembre de 2020;15(1):34.
37. Colchero MA, Contreras-Loya D, Lopez-Gatell H, González de Cosío T. The costs of inadequate breastfeeding of infants in Mexico. *Am J Clin Nutr* [Internet]. el 1 de marzo de 2015;101(3):579–86. Disponible en: <https://academic.oup.com/ajcn/article/101/3/579/4569412>

38. Unar-Munguía M, Stern D, Colchero MA, González de Cosío T. The burden of suboptimal breastfeeding in Mexico: Maternal health outcomes and costs. *Matern Child Nutr* [Internet]. el 23 de enero de 2019;15(1):1–10. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/mcn.12661>
39. Bhattacharjee N v., Schaeffer LE, Hay SI, Lu D, Schipp MF, Lazzar-Atwood A, et al. Mapping inequalities in exclusive breastfeeding in low- and middle-income countries, 2000–2018. *Nat Hum Behav* [Internet]. el 3 de junio de 2021; Disponible en: <http://www.nature.com/articles/s41562-021-01108-6>
40. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet* [Internet]. 2016;387(10017):475–90. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673615010247>
41. González-Castell LD, Unar-Munguía M, Quezada-Sánchez AD, Bonvecchio-Arenas A, Rivera-Dommarco J. Situación de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en México: resultados de la Ensanut 2018-19. *Salud Publica Mex.* 2020;62(6):704–13.
42. González de Cosío T, Ferré I, Mazariegos M, Pérez-Escamilla R. Scaling Up Breastfeeding Programs in Mexico: Lessons Learned from the Becoming Breastfeeding Friendly Initiative. *Curr Dev Nutr.* 2018;2(6):1–8.
43. Geddes DT, Gridneva Z, Perrella SL, Mitoulas LR, Kent JC, Stinson LF, et al. 25 Years of Research in Human Lactation: From Discovery to Translation. *Nutrients.* el 31 de agosto de 2021;13(9):3071.
44. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? [Internet].

Group LBS, Abrahams Adair, Adair, AlFaleh, Allers, Arpadi, Avery, Baker, Bandyopadhyay, Bar-Yam, Bartick, Bhutta, Brown, Carbonell-Estrany, Cattaneo, Coovadia, Correa, Coutoudis, Da Vanzo, Dabritz, Dearden, Dennis, DiGirolamo, Dornelles, Feldman-Winter, Francis, F A, editores. Vol. 387, The Lancet. Rollins, Nigel C.: Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health (MCA), WHO, Geneva, Switzerland, 1211, rollinsn@who.int: Lancet; 2016. p. 491–504.

Disponible en:

<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc12&NEWS=N&AN=2016-06466-038>

45. Rollins N, Piwoz E, Baker P, Kingston G, Mabaso KM, McCoy D, et al. Marketing of commercial milk formula: a system to capture parents, communities, science, and policy. *The Lancet* [Internet]. febrero de 2023;401(10375):486–502. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673622019316>
46. Smith PH. Social Justice at the Core of Breastfeeding Protection, Promotion and Support: A Conceptualization. *Journal of Human Lactation*. el 16 de mayo de 2018;34(2):220–5.
47. Llorente-Pulido S, Custodio E, López-Giménez MR, Sanz-Barbero B, Otero-García L. Barriers and Facilitators for Exclusive Breastfeeding in Women's Biopsychosocial Spheres According to Primary Care Midwives in Tenerife (Canary Islands, Spain). *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. el 6 de abril de 2021;18(7):3819. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/7/3819>
48. Ejie IL, Eleje GU, Chibuzor MT, Anetoh MU, Nduka IJ, Umeh IB, et al. A systematic review of qualitative research on barriers and facilitators to exclusive breastfeeding practice in sub-Saharan African countries. *Int Breastfeed J* [Internet].

el 5 de diciembre de 2021 [citado el 18 de marzo de 2022];16(1):44. Disponible en:
<https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-021-00380-6>

49. Swigart TM, Bonvecchio A, Théodore FL, Zamudio-Haas S, Villanueva-Borbolla MA, Thrasher JF. Breastfeeding practices, beliefs, and social norms in low-resource communities in Mexico: Insights for how to improve future promotion strategies. *PLoS One*. 2017;12(7):1–22.
50. Winegar R, Johnson A. Do workplace policies influence a woman’s decision to breastfeed? *Nurse Pract* [Internet]. el 16 de abril de 2017;42(4):34–9. Disponible en: <https://journals.lww.com/00006205-201704000-00008>
51. Gebrekidan K, Fooladi E, Plummer V, Hall H. Enablers and barriers of exclusive breastfeeding among employed women in low and lower middle-income countries. *Sexual & Reproductive Healthcare* [Internet]. octubre de 2020;25:100514. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1877575620301373>
52. Andres E, Baird S, Bingenheimer JB, Markus AR. Maternity Leave Access and Health: A Systematic Narrative Review and Conceptual Framework Development. *Matern Child Health J*. el 16 de junio de 2016;20(6):1178–92.
53. Solís-Ojeda LV. Barreras y facilitadores de la lactancia materna en madres trabajadoras: Un estudio fenomenológico. [México]: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM; 2023.
54. Gross RS, Mendelsohn AL, Arana MM, Messito MJ. Food Insecurity During Pregnancy and Breastfeeding by Low-Income Hispanic Mothers. *Pediatrics*. el 1 de junio de 2019;143(6).

55. Bellù R, Condò M. Breastfeeding promotion: evidence and problems. *La Pediatria Medica e Chirurgica*. el 28 de junio de 2017;39(2).
56. Giugliani ERJ. Growth in exclusively breastfed infants. *J Pediatr (Rio J)*. marzo de 2019;95:79–84.
57. Sayres S, Visentin L. Breastfeeding: uncovering barriers and offering solutions. *Curr Opin Pediatr*. agosto de 2018;30(4):591–6.
58. Chang YS, Li KMC, Li KYC, Beake S, Lok KYW, Bick D. Relatively speaking? Partners' and family members' views and experiences of supporting breastfeeding: a systematic review of qualitative evidence. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. el 21 de junio de 2021;376(1827):rstb.2020.0033.
59. Madero Nogueras M, Castro Menéndez A, Rodríguez Castilla F. Piel con piel en la primera hora de vida: reflejo de las nueve etapas instintivas. *Ene*. 2016;10(2).
60. Karimi FZ, Sadeghi R, Maleki-Saghooni N, Khadivzadeh T. The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Taiwan J Obstet Gynecol*. enero de 2019;58(1):1–9.
61. Colombo L, Crippa B, Consonni D, Bettinelli M, Agosti V, Mangino G, et al. Breastfeeding Determinants in Healthy Term Newborns. *Nutrients*. el 5 de enero de 2018;10(1):48.
62. Li L, Wan W, Zhu C. Breastfeeding after a cesarean section: A literature review. *Midwifery*. diciembre de 2021;103:103117.
63. Conner M, Norman P. Health behaviour: Current issues and challenges. *Psychol Health [Internet]*. 2017;32(8):895–906. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08870446.2017.1336240>

64. Conner M, Norman P. Predicting and changing health behaviour: a social cognition approach. En: Conner M, Norman P, editores. Predicting and Changing Health Behaviour Research and Practice with Social Cognition Models. Third. New York: Mc Graw Hill Education; 2015. p. 1–29.
65. Bartle NC, Harvey K. Explaining infant feeding: The role of previous personal and vicarious experience on attitudes, subjective norms, self-efficacy, and breastfeeding outcomes. *Br J Health Psychol* [Internet]. noviembre de 2017;22(4):763–85.
Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjhp.12254>
66. Guo JL, Wang TF, Liao JY, Huang CM. Efficacy of the theory of planned behavior in predicting breastfeeding: Meta-analysis and structural equation modeling. *Applied Nursing Research* [Internet]. febrero de 2016;29:37–42. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0897189715000828>
67. Hmone MP, Li M, Agho K, Alam A, Dibley MJ. Factors associated with intention to exclusive breastfeed in central women’s hospital, Yangon, Myanmar. *Int Breastfeed J*. 2017;12(1):1–12.
68. Lau CYK, Lok KYW, Tarrant M. Breastfeeding Duration and the Theory of Planned Behavior and Breastfeeding Self-Efficacy Framework: A Systematic Review of Observational Studies. *Matern Child Health J* [Internet]. 2018;22(3):327–42.
Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s10995-018-2453-x>
69. Meedya S, Fahy K, Kable A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women and Birth* [Internet]. 2010;23(4):135–45.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2010.02.002>

70. Chezem J, Friesen C, Boettcher J. Breastfeeding Knowledge, Breastfeeding Confidence, and Infant Feeding Plans: Effects on Actual Feeding Practices. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. enero de 2003;32(1):40–7.
71. Otsuka K, Dennis CL, Tatsuoka H, Jimba M. The Relationship Between Breastfeeding Self-Efficacy and Perceived Insufficient Milk Among Japanese Mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. septiembre de 2008;37(5):546–55.
72. Lawton R, Ashley L, Dawson S, Waiblinger D, Conner M. Employing an extended Theory of Planned Behaviour to predict breastfeeding intention, initiation, and maintenance in White British and South-Asian mothers living in Bradford. *Br J Health Psychol*. noviembre de 2012;17(4):854–71.
73. Flórez-Alarcón L, Vélez-Botero H, Rojas-Russell ME. Intervención motivacional en psicología de la salud: revisión de sus fundamentos conceptuales, definición, evolución y estado actual. *Psychologia: avances de la disciplina [Internet]*. 2014;8(2):49–71. Disponible en:
<http://revistas.usb.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/1221>
74. Balogun O, O’Sullivan E, Mcfadden A, Ota E, Gavine A, Garner C, et al. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;(11).
75. Ismail TAT, Muda WMW, Bakar MI. Intention of pregnant women to exclusively breastfeed their infants: The role of beliefs in the theory of planned behaviour. *J Child Health Care*. junio de 2014;18(2):123–32.

76. Bai Y, Middlestadt SE, Peng CYJ, Fly AD. Predictors of Continuation of Exclusive Breastfeeding for the First Six Months of Life. *Journal of Human Lactation*. el 12 de febrero de 2010;26(1):26–34.
77. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav*. 2004;31(2):143–64.
78. de Jager E, Broadbent J, Fuller-Tyszkiewicz M, Nagle C, McPhie S, Skouteris H. A longitudinal study of the effect of psychosocial factors on exclusive breastfeeding duration. *Midwifery*. enero de 2015;31(1):103–11.
79. Donnan PT, Dalzell J, Symon A, Rauchhaus P, Monteith-Hodge E, Kellett G, et al. Prediction of initiation and cessation of breastfeeding from late pregnancy to 16 weeks: the Feeding Your Baby (FYB) cohort study. *BMJ Open*. el 1 de julio de 2013;3(8).
80. Swanson V, Power KG. Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behaviour. *J Adv Nurs [Internet]*. mayo de 2005;50(3):272–82. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2005.03390.x>
81. Joshi A, Amadi C, Meza J, Aguire T, Wilhelm S. Evaluation of a computer-based bilingual breastfeeding educational program on breastfeeding knowledge, self-efficacy and intent to breastfeed among rural Hispanic women. *Int J Med Inform*. julio de 2016;91:10–9.
82. Mitra AK, Khoury AJ, Hinton AW, Carothers C. Predictors of breastfeeding intention among low-income women. *Matern Child Health J*. junio de 2004;8(2):65–70.

83. Grano C, Fernandes M, Conner M. Predicting intention and maintenance of breastfeeding up to 2-years after birth in primiparous and multiparous women. *Psychol Health*. el 10 de enero de 2022;1–17.
84. Brown A. Breastfeeding as a public health responsibility: a review of the evidence. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* [Internet]. diciembre de 2017;30(6):759–70. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jhn.12496>
85. Spiro A. The public health benefits of breastfeeding. *Perspect Public Health*. 2017;137(6):307–8.
86. Vilar-Compte M, Pérez-Escamilla R, Ruano AL. Interventions and policy approaches to promote equity in breastfeeding. *Int J Equity Health*. el 10 de diciembre de 2022;21(1):63.
87. Vieira GO, de Oliveira Vieira T, da Cruz Martins C, de Santana Xavier Ramos M, Giugliani ERJ. Risk factors for and protective factors against breastfeeding interruption before 2 years: a birth cohort study. *BMC Pediatr* [Internet]. el 9 de diciembre de 2021;21(1):310. Disponible en: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-021-02777-y>
88. Cohen SS, Alexander DD, Krebs NF, Young BE, Cabana MD, Erdmann P, et al. Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Continuation: A Meta-Analysis. *Journal of Pediatrics* [Internet]. 2018;203:190-196.e21. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.08.008>
89. Santana GS, Giugliani ERJ, Vieira T de O, Vieira GO. Factors associated with breastfeeding maintenance for 12 months or more: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2018;94(2):104–22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2017.06.013>

90. Saffari M, Pakpour AH, Chen H. Factors influencing exclusive breastfeeding among Iranian mothers: A longitudinal population-based study. *Health Promot Perspect* [Internet]. 2017;7(1):34–41. Disponible en: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=prem2&NEWS=N&AN=28058240>
91. Callaghan S, Geraghty AA, Moore RL, McAuliffe FM. Exploration of factors associated with intention, initiation and duration of breastfeeding. *Ir Med J*. 2020;113(7):1–8.
92. Horta BL. Breastfeeding: Investing in the Future. *Breastfeeding Medicine*. el 1 de abril de 2019;14(S1):S11–2.
93. Bajoulvand R, González-Jiménez E, Imani-Nasab MH, Ebrahimzadeh F. Predicting exclusive breastfeeding among iranian mothers: Application of the theory of planned behavior using structural equation modeling. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2019;24(5):323–9.
94. Ismail TAT, Muda WAMW, Bakar MI. The extended theory of planned behavior in explaining exclusive breastfeeding intention and behavior among women in Kelantan, Malaysia. *Nutr Res Pract*. 2016;10(1):49–55.
95. Tengku Ismail TA, Wan Muda WAM, Bakar MI. The extended Theory of Planned Behavior in explaining exclusive breastfeeding intention and behavior among women in Kelantan, Malaysia. *Nutr Res Pract*. febrero de 2016;10(1):49–55.
96. Johnson-Young EA. Predicting Intentions to Breastfeed for Three Months, Six Months, and One Year Using the Theory of Planned Behavior and Body Satisfaction. *Health Commun* [Internet]. 2019;34(7):789–800. Disponible en:

[http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=pem&NEWS=N
&AN=29485299](http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=pem&NEWS=N&AN=29485299)

97. Fernandes RC, Höfelmann DA. Intention to breastfeed among pregnant women: association with work, smoking, and previous breastfeeding experience. *Cien Saude Colet* [Internet]. marzo de 2020;25(3):1061–72. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32159674>
98. Gutierrez-de-Terán-Moreno G, Ruiz-Litago F, Ariz U, Fernández-Atutxa A, Mulas-Martín MJ, Benito-Fernández E, et al. Successful breastfeeding among women with intention to breastfeed: From physiology to socio-cultural factors. *Early Hum Dev* [Internet]. enero de 2022;164:105518. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378378221002176>
99. Anggraeni MD, Punthmatharith B, Petpichetchian W. A causal model of breastfeeding duration among working muslim mothers in semarang city, central java province, indonesia. *Walailak J Sci Technol*. 2020;17(9):1010–23.
100. Consejo de Evaluación del Desarrollo Social de la Ciudad de México. Ciudad de México 2020 Un diagnóstico de la desigualdad socio territorial [Internet]. México; 2020 [citado el 15 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.evalua.cdmx.gob.mx/estudios-e-investigaciones/ciudad-de-mexico-2020-un-diagnostico-de-la-desigualdad-socio-territorial>
101. Instituto Nacional de Salud Pública, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia U. Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015. México: INSP, UNICEF; 2016. 30 p.
102. Organización Panamericana de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y

- otras ciencias de la salud. Organización Mundial de la Salud, editor. Whashington, DC.: Organización Mundial de la Salud; 2010. 1–109 p.
103. Ajzen I. Explaining intentions and behavior. En: Ajzen I, editor. Attitudes, personality and behavior. Second. Berkshire, UK: Open University Press.; 2005. p. 117–40.
104. Gómez-García JA, Rojas-Russell ME, Serrano-Alvarado K, Juárez-Castelán MA, Huerta-Ibáñez A, Ramírez-Aguilar M. Intención de Lactar exclusivamente con Leche Materna: Un Estudio Basado en la Teoría de la Conducta Planeada. Clin Salud [Internet]. el 29 de enero de 2020;31(1):13–20. Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/clysa2019a20>
105. Fishbein M., Ajzen I. Formation of Intentions. En: Fishbein M, Ajze I, editores. Belief, AAttitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Reading, MA: Addison-Wesley.; 1975. p. 288–344.
106. Ajzen I, Sheikh S. Action versus inaction: anticipated affect in the theory of planned behavior. J Appl Soc Psychol. enero de 2013;43(1):155–62.
107. Bandura A. Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. Annu Rev Psychol. febrero de 2001;52(1):1–26.
108. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros [Internet]. 2023 [citado el 8 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
109. Gómez-García JA, Rojas-Russell ME. Actitudes hacia la lactancia materna exclusiva en mujeres embarazadas de la Ciudad de México. En: XXXVI Congreso Interamericano de Psicología. Mérida, Yucatán México; 2017.

110. Alva Anaya LJ. Medición del control conductual percibido relacionado con la lactancia materna: diseño y validación de una escala para mujeres embarazadas de la Ciudad de México [Licenciatura]. [Ciudad de México]: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM; 2017.
111. Gómez-García JA, Rojas-Russell ME, Serrano-Alvarado K, Juárez-Castelán MA. Norma subjetiva y lactancia materna: un estudio instrumental en mujeres embarazadas de la CDMX. En: XXV Congreso Mexicano de Psicología. Puerto Vallarta, Jalisco México; 2017.
112. Juárez-Castelán MA, Rojas-Russell ME, Gómez-García JA, Serrano-Alvarado K. Construcción y validación de un instrumento para medir anticipación del afecto en lactancia materna exclusiva. En: XXXVI Congreso Interamericano de Psicología. Mérida, Yucatán México; 2017.
113. Juárez-Castelán MA, Rojas-Russell ME, Serrano-Alvarado K, Gómez-García JA, Huerta-Ibáñez A, Ramírez-Aguilar M. Diseño y validación de un instrumento para medir la autoeficacia para lactar de mujeres embarazadas mexicanas. *Psychologia* [Internet]. el 4 de septiembre de 2018;12(1):25–34. Disponible en: <https://190.131.242.67/index.php/Psychologia/article/view/3344>
114. Tsai TI, Huang SH, Lee SYD. Maternal and Hospital Factors Associated with First-Time Mothers' Breastfeeding Practice: A Prospective Study. *Breastfeeding Medicine*. julio de 2015;10(6):334–40.
115. Thaithae S, Yimyam S, Polprasarn P. Prevalence and Predictive Factors for Exclusive Breastfeeding at Six Months among Thai Adolescent Mothers. *Children*. el 4 de abril de 2023;10(4):682.

116. Ajzen I. Martin Fishbein's Legacy. *Ann Am Acad Pol Soc Sci.* el 10 de marzo de 2012;640(1):11–27.
117. Scott JA, Binns CW, Graham KI, Oddy WH. Temporal Changes in the Determinants of Breastfeeding Initiation. *Birth.* el 24 de febrero de 2006;33(1):37–45.
118. Parker MG, Stellwagen LM, Noble L, Kim JH, Poindexter BB, Puopolo KM. Promoting Human Milk and Breastfeeding for the Very Low Birth Weight Infant. *Pediatrics.* el 1 de noviembre de 2021;148(5).
119. Wang Y, Briere CE, Xu W, Cong X. Factors Affecting Breastfeeding Outcomes at Six Months in Preterm Infants. *Journal of Human Lactation.* el 3 de febrero de 2019;35(1):80–9.
120. D'Costa R, Fucile S, Dickson B, Gallipoli A, Dow KE. Benefits of a Standardized Enteral Feeding Protocol on the Nutrition and Health Outcomes of Very Low Birth Weight Preterm Infants. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research.* el 1 de septiembre de 2022;83(3):147–50.
121. Sandhi A, Lee GT, Chipojola R, Huda MH, Kuo SY. The relationship between perceived milk supply and exclusive breastfeeding during the first six months postpartum: a cross-sectional study. *Int Breastfeed J.* el 17 de diciembre de 2020;15(1):65.
122. Steurer LM. Maternity Leave Length and Workplace Policies' Impact on the Sustainment of Breastfeeding: Global Perspectives. *Public Health Nurs [Internet].* mayo de 2017;34(3):286–94. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28295576>

123. Solís Ojeda LV. Barreras y facilitadores de la lactancia materna en madres trabajadoras: un estudio fenomenológico. [México]: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza; 2023.
124. Magnano San Lio R, Maugeri A, La Rosa MC, Cianci A, Panella M, Giunta G, et al. The Impact of Socio-Demographic Factors on Breastfeeding: Findings from the “Mamma & Bambino” Cohort. *Medicina (B Aires)* [Internet]. el 24 de enero de 2021;57(2):103. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1648-9144/57/2/103>
125. Mangrio E, Persson K, Bramhagen AC. Sociodemographic, physical, mental and social factors in the cessation of breastfeeding before 6 months: a systematic review. *Scand J Caring Sci.* junio de 2018;32(2):451–65.
126. Wu Q, Tang N, Wacharasin C. Factors influencing exclusive breastfeeding for 6 months postpartum: A systematic review. *Int J Nurs Knowl.* el 28 de octubre de 2022;33(4):290–303.
127. Fallon VM, Harrold JA, Chisholm A. The impact of the UK Baby Friendly Initiative on maternal and infant health outcomes: A mixed-methods systematic review. *Matern Child Nutr.* el 12 de julio de 2019;15(3).
128. Bresnahan M, Zhuang J, Goldbort J, Bogdan-Lovis E, Park SY, Hitt R. Made to Feel Like Less of a Woman: The Experience of Stigma for Mothers Who Do Not Breastfeed. *Breastfeeding Medicine.* el 1 de enero de 2020;15(1):35–40.
129. Fallon V, Komninou S, Bennett KM, Halford JCG, Harrold JA. The emotional and practical experiences of formula-feeding mothers. *Matern Child Nutr.* el 14 de octubre de 2017;13(4).

130. McEachan RRC, Conner M, Taylor NJ, Lawton RJ. Prospective prediction of health-related behaviours with the theory of planned behaviour: A meta-analysis. En: *Health Psychology Review*. 2011. p. 97–144.
131. Franco-Antonio C, Santano-Mogena E, Sánchez-García P, Chimento-Díaz S, Cordovilla-Guardia S. Effect of a brief motivational intervention in the immediate postpartum period on breastfeeding self-efficacy: Randomized controlled trial. *Res Nurs Health*. el 1 de abril de 2021;44(2):295–307.
132. Awaliyah SN, Rachmawati IN, Rahmah H. Breastfeeding self-efficacy as a dominant factor affecting maternal breastfeeding satisfaction. *BMC Nurs*. 2019;18(Suppl 1):1–7.
133. Hernández-Martínez A, Quirós-García JM, García-Sánchez FJ, Puebla-Martín MÁ, Rodríguez-Almagro D, Rodríguez-Almagro J. Expectations and Experiences of Spanish Primiparous Women Who Decide to Breastfeed Their Infants and Strategies for Change in 2020—A Qualitative Study. *Nurs Rep*. el 2 de marzo de 2022;12(1):175–87.
134. Santacruz-Salas E, Aranda-Reneo I, Segura-Fragoso A, Cobo-Cuenca AI, Laredo-Aguilera JA, Carmona-Torres JM. Mothers' Expectations and Factors Influencing Exclusive Breastfeeding during the First 6 Months. *Int J Environ Res Public Health*. el 20 de diciembre de 2019;17(1):77.
135. Schwarzer R. Health Action Process Approach (HAPA) as a Theoretical Framework to Understand Behavior Change. *Actualidades en Psicología*. el 5 de diciembre de 2016;30(121):119.

136. Baumgartner T, Bhamidipalli SS, Guise D, Daggy J, Parker CB, Westermann M, et al. Psychosocial and Sociodemographic Contributors to Breastfeeding Intention in First-Time Mothers. *Matern Child Health J.* el 25 de agosto de 2020;24(8):1047–56.
137. Salarvand S, Ghazvineh S, Mousivand F, Ahmadi Gharaei H, Bitaraf S. Health literacy and its related factors as predictors for the breastfeeding self-efficacy in a western province in Iran. *BMC Public Health.* el 30 de marzo de 2023;23(1):593.
138. Neves PAR, Barros AJD, Gatica-Domínguez G, Vaz JS, Baker P, Lutter CK. Maternal education and equity in breastfeeding: trends and patterns in 81 low- and middle-income countries between 2000 and 2019. *Int J Equity Health.* el 7 de diciembre de 2021;20(1):20.
139. Unar-Munguía M, Lozada-Tequeanes AL, González-Castell D, Cervantes-Armenta MA, Bonvecchio A. Breastfeeding practices in Mexico: Results from the National Demographic Dynamic Survey 2006–2018. *Matern Child Nutr [Internet].* el 15 de abril de 2021;17(2):e13119. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/mcn.13119>
140. Demakakos P, Nazroo J, Breeze E, Marmot M. Socioeconomic status and health: The role of subjective social status. *Soc Sci Med.* julio de 2008;67(2):330–40.
141. Asimaki E, Dagla M, Sarantaki A, Iliadou M. Main Biopsychosocial Factors Influencing Breastfeeding: a Systematic Review. *Maedica (Bucur).* diciembre de 2022;17(4):955–62.
142. Vázquez-Osorio IM, Vega-Sánchez R, Maas-Mendoza E, Heller Rouassant S, Flores-Quijano ME. Exclusive Breastfeeding and Factors Influencing Its Abandonment During the 1st Month Postpartum Among Women From Semi-rural Communities in Southeast Mexico. *Front Pediatr.* el 18 de febrero de 2022;10.

143. Santacruz-Salas E, Segura-Fragoso A, Cobo-Cuenca AI, Carmona-Torres JM, Pozuelo-Carrascosa DP, Laredo-Aguilera JA. Factors Associated with the Abandonment of Exclusive Breastfeeding before Three Months. *Children*. el 16 de diciembre de 2020;7(12):298.
144. Mueffelmann RE, Racine EF, Warren-Findlow J, Coffman MJ. Perceived Infant Feeding Preferences of Significant Family Members and Mothers' Intentions to Exclusively Breastfeed. *J Hum Lact*. agosto de 2015;31(3):479–89.
145. Dinour LM, Szaro JM. Employer-Based Programs to Support Breastfeeding Among Working Mothers: A Systematic Review. *Breastfeeding Medicine* [Internet]. abril de 2017;12(3):131–41. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28394659>
146. Chimoriya R, Scott JA, John JR, Bhole S, Hayen A, Kolt GS, et al. Determinants of Full Breastfeeding at 6 Months and Any Breastfeeding at 12 and 24 Months among Women in Sydney: Findings from the HSHK Birth Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health*. el 27 de julio de 2020;17(15):5384.
147. Vila-Candel R, Soriano-Vidal FJ, Murillo-Llorente M, Pérez-Bermejo M, Castro-Sánchez E. Mantenimiento de la lactancia materna exclusiva a los 3 meses posparto: experiencia en un departamento de salud de la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria*. febrero de 2019;51(2):91–8.
148. Geddes DT, Gridneva Z, Perrella SL, Mitoulas LR, Kent JC, Stinson LF, et al. 25 Years of Research in Human Lactation: From Discovery to Translation. *Nutrients*. el 31 de agosto de 2021;13(9):3071.
149. Huang Y, Liu Y, Yu X, Zeng T. The rates and factors of perceived insufficient milk supply: A systematic review. *Matern Child Nutr*. el 12 de enero de 2022;18(1).

150. Yilak G, Gebretsadik W, Tadesse H, Debalkie M, Bante A. Prevalence of ineffective breastfeeding technique and associated factors among lactating mothers attending public health facilities of South Ari district, Southern Ethiopia. *PLoS One*. el 11 de febrero de 2020;15(2):e0228863.
151. Segura-Pérez S, Richter L, Rhodes EC, Hromi-Fiedler A, Vilar-Compte M, Adnew M, et al. Risk factors for self-reported insufficient milk during the first 6 months of life: A systematic review. *Matern Child Nutr*. el 28 de mayo de 2022;18(S3).
152. Fok D, Aris I, Ho J, Chan Y, Rauff M, Lui J, et al. Early initiation and regular breast milk expression reduces risk of lactogenesis II delay in at-risk Singaporean mothers in a randomised trial. *Singapore Med J*. febrero de 2019;60(2):80–8.
153. Fan WQ, Chan C, Paterson S, Foster K, Morrow M, Bourne D, et al. Weekly Proactive Telephone Breastfeeding Standard Care by Lactation Consultants in the First Month Postpartum Prolongs Breastfeeding for Up to 6 Months. *Nutrients*. el 25 de abril de 2023;15(9):2075.
154. McLardie-Hore FE, McLachlan HL, Shafiei T, Forster DA. Proactive telephone-based peer support for breastfeeding: a cross-sectional survey of women's experiences of receiving support in the RUBY randomised controlled trial. *BMJ Open*. el 30 de octubre de 2020;10(10):e040412.
155. Booker QS, Austin JD, Balasubramanian BA. Survey strategies to increase participant response rates in primary care research studies. *Fam Pract*. el 25 de septiembre de 2021;38(5):699–702.
156. Anhang Price R, Quigley DD, Hargraves JL, Sorra J, Becerra-Ornelas AU, Hays RD, et al. A Systematic Review of Strategies to Enhance Response Rates and

- Representativeness of Patient Experience Surveys. *Med Care*. diciembre de 2022;60(12):910–8.
157. MacLennan G, McDonald A, McPherson G, Treweek S, Avenell A. Advance telephone calls ahead of reminder questionnaires increase response rate in non-responders compared to questionnaire reminders only: The RECORD phone trial. *Trials*. el 8 de diciembre de 2014;15(1):13.
158. Wu MJ, Zhao K, Fils-Aime F. Response rates of online surveys in published research: A meta-analysis. *Computers in Human Behavior Reports*. agosto de 2022;7:100206.
159. Kempf AM, Remington PL. New Challenges for Telephone Survey Research in the Twenty-First Century. *Annu Rev Public Health*. el 1 de abril de 2007;28(1):113–26.
160. Hendra R, Hill A. Rethinking Response Rates: New Evidence of Little Relationship Between Survey Response Rates and Nonresponse Bias. *Eval Rev*. el 23 de octubre de 2019;43(5):307–30.
161. Bai YK, Lee S, Overgaard K. Critical Review of Theory Use in Breastfeeding Interventions. *J Hum Lact [Internet]*. 2019;35(3):478–500. Disponible en: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=31100027>
162. Gu Y, Zhu Y, Zhang Z, Wan H. Effectiveness of a theory-based breastfeeding promotion intervention on exclusive breastfeeding in China: A randomised controlled trial. *Midwifery [Internet]*. 2016;42:93–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.09.010>
163. Zhu Y, Zhang Z, Ling Y, Wan H. Impact of intervention on breastfeeding outcomes and determinants based on theory of planned behavior. *Women Birth [Internet]*.

2017;30(2):146–52. Disponible en:

<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med14&NEWS=>

[N&AN=27773609](http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med14&NEWS=N&AN=27773609)



Anexo 1. Consentimiento informado



PROYECTO PAPIIT IN307916

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

Esta investigación tiene como objetivos:

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

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

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

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

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

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

He leído y comprendo la información relativa al estudio y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Entiendo que puedo retirarme del estudio en el momento en que lo desee. Por favor, indique si está de acuerdo en que la información contenida en su expediente clínico, que se encuentra a resguardo del Centro de Salud “Dr. Manuel Pesqueira” sea utilizada para fines de la presente investigación.

Estoy de acuerdo () No estoy de acuerdo ()

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento

Firma del participante y/o de la persona responsable

Fecha

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

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

Firma del investigador

Fecha

Cualquier pregunta o duda que usted tenga sobre el estudio puede consultarla directamente con el responsable del mismo:

Dr. Mario Rojas Russell. Tel. 56230603 Correo electrónico: mr1811@gmail.com

Anexo 2. Operacionalización de las covariables de estudio

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Codificación de valores	Etapas de recolección de información
Variabes sociodemográficas				
Edad	Número de años cumplidos desde el nacimiento.	Nominal politómica	≤21 años= 0 22 a 27 años= 1 ≥ 28 años = 2	Evaluación inicial
Escolaridad	Último nivel académico reportado al momento del estudio	Nominal dicotómica	Secundaria o menos = 0 Bachillerato o más = 1	Evaluación inicial
Nivel socioeconómico autorreportado	Nivel reportado por las participantes, en una escala visual representada por una escalera en la que el peldaño más alto representa las personas con mayores ingresos y el más bajo a las personas más pobres (mediana como punto de corte)	Nominal dicotómica	Bajo= 0 Alto= 1	Evaluación inicial
Estado civil	Situación determinada por la relación de matrimonio o parentesco con la que se identifican las participantes.	Nominal dicotómica	Soltera= 0 Casada/unión libre = 1	Evaluación inicial
Variabes relacionadas con el embarazo				
Asesoría en LM	Haber asistido a pláticas o asesorías sobre LM durante el embarazo	Nominal dicotómica	No = 0 Si = 1	Evaluación inicial
Planeación del embarazo	Haber planeado el embarazo actual	Nominal dicotómica	No = 0 Si = 1	Evaluación inicial
Paridad	Indicar si el actual es el primer embarazo	Nominal dicotómica	Primípara = 0 Multípara = 1	Evaluación inicial
Experiencia previa con la LME	Reporte del tipo de alimentación empleada	Nominal dicotómica	No = 0 Si = 1	Evaluación inicial

con el primer hijo (sólo multíparas)				
Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Codificación de valores	Etapas de recolección de información
Variables relacionadas con el parto y puerperio				
Vía de nacimiento	Forma de nacimiento del bebé	Nominal dicotómica	Parto = 0 Cesárea = 1	Evaluación de seguimiento
Prematurez	Reporte de prematuridad de acuerdo con la semana de gestación en la que ocurrió el nacimiento	Nominal dicotómica	A término (>37SDG) = 0 Prematuro (≤37SDG) = 1	Evaluación de seguimiento
Alojamiento conjunto	Reporte del tiempo transcurrido entre el parto y la estancia conjunta entre madre-hijo	Nominal politómica	No = 0 < 2 horas = 1 >2 horas = 2	Evaluación de seguimiento
Problemas de salud hijo	Reporte de la presencia de problemas de salud del bebé después del parto	Nominal dicotómica	No = 0 Si = 1	Evaluación de seguimiento
Variables sociales				
Apoyo social de la pareja	Reporte del apoyo para amamantar proporcionado por la pareja	Nominal politómica	No = 0 Si = 1 No aplica = 3	Evaluación de seguimiento
Condición laboral actual Trabajo remunerado	Reporte de la condición laboral de la madre al momento de la entrevista de seguimiento	Nominal dicotómica	No = 0 Si = 1	Evaluación de seguimiento

Anexo 3. Cuadernillo de evaluación inicial

Decisión de la alimentación del niño al nacimiento.

De las afirmaciones que aparecen en el cuadro de abajo, elija la que mejor describa la forma en que piensa alimentar a su bebé cuando nazca. La opción que elija es correcta en tanto se refiere a lo que usted ha decidido o piensa hacer.

Lea con cuidado cada una de las oraciones, elija sólo una de ellas y márquela con una “X” en el espacio de la derecha de su elección.

Cuando mi hijo nazca...

Estoy decidida a alimentarlo únicamente con fórmula láctea	
Estoy decidida a alimentarlo con leche materna y también con fórmula láctea	
Quizá lo alimente únicamente con leche materna, tres meses o menos	
Quizá lo alimente sólo con leche materna tres meses o más	
Estoy decidida a alimentarlo únicamente con leche materna sólo hasta los tres meses	
Estoy decidida a alimentarlo sólo con leche materna al menos hasta los 6 meses.	

¡Gracias!

CUESTIONARIO LACTANCIA MATERNA

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

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

PARTE I

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

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

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

2. ¿Cuántas veces al día tiene la intención de amamantar a su hijo(a)?

- a) ...ninguna
- b) ...de 3 a 5 veces al día
- c) ...de 6 a 8 veces al día
- d) ...9 veces o más
- e) ...las veces que él lo pida

PARTE II

Marque con una "x" la opción que mejor represente lo que **usted cree respecto a alimentar a su hijo con leche materna**.

No hay respuestas buenas ni malas, por lo que le pedimos que responda con la mayor sinceridad posible.

No escriba en la parte sombreada

Alimentar a mi hijo (a) con leche materna...	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo	
1... es un tiempo para tener al bebé en mis brazos	0	1	2	3	1. []
2... me permite acariciarlo mientras lo alimento	0	1	2	3	2. []
3... le ayuda a su crecimiento	0	1	2	3	3. []
4... me permite estimularlo	0	1	2	3	4. []
5... causa dolor físico	0	1	2	3	5. []
6... me provoca ardor/irritación en los pechos	0	1	2	3	6. []
7... Produce bolitas en los pechos	0	1	2	3	7. []
8... causa inflamación de las venas	0	1	2	3	8. []
9... hace que mis senos se vuelvan flácidos	0	1	2	3	9. []
10... me hace los pechos sensibles	0	1	2	3	10. []

11... hace que mis senos crezcan	0	1	2	3	11. []
12... es formar un vínculo muy bonito con el bebé	0	1	2	3	12. []
13... me produce dolor en los pechos	0	1	2	3	13. []
14... es doloroso porque las encías de mi bebé me lastiman	0	1	2	3	14. []
15...me produce grietas en los pezones	0	1	2	3	15. []
16... le genera seguridad al bebé	0	1	2	3	16. []
17... es nutritivo	0	1	2	3	17. []
18... es bueno para mi salud, porque reduce el riesgo de tener cáncer de mama	0	1	2	3	18. []
19... es una manera de darle protección	0	1	2	3	19. []
20... es ayudarlo a crecer	0	1	2	3	20. []
21... es ayudarlo a su desarrollo mental	0	1	2	3	21. []
22... es el mejor alimento que le puedo dar	0	1	2	3	22. []
23... favorece a que se enferme menos	0	1	2	3	23. []
24... lo relaja	0	1	2	3	24. []
25... le ayuda a desarrollarse psicológicamente	0	1	2	3	25. []
26... le ayuda a desarrollar su personalidad	0	1	2	3	26. []

PARTE III

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

Ejemplo

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

Enérgico | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | **X** | 9 | 10 | Cansado

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

Enérgico | **X** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Cansado

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

Enérgico | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | **X** | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Cansado

Alimentar a mi hijo con leche materna es:													
1.Feo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bonito	1.[]
2. Amoroso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Odioso	2.[]
3. Protector	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dañino	3.[]
4. Irresponsable	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Responsable	4.[]

5. Divertido	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aburrido	5.[]
6. Caro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Barato	6.[]
7. Insatisfactorio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Satisfactorio	7.[]
8. Maravilloso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Horrible	8.[]
9. Importante	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Irrelevante	9.[]
10. Necesario	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Innecesario	10.[]
11. Sencillo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Complicado	11.[]
12. Natural	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Vergonzoso/penoso	12.[]
13. Incómodo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Cómodo	13.[]
14. Doloroso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Placentero	14.[]
15. Estresante/irritante	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Relajante	15.[]
16. Equivocado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Adecuado/correcto	16.[]

PARTE IV

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

No marcar la parte sombreada

	No/Nunca/ Rara vez	A veces	Con frecuencia	Si/Siempre	No aplica	
1. En mi familia alimentaron a sus hijos con leche materna y por eso me dicen que yo también lo haga	0	1	2	3	4	1.[]
2. Considero importante la opinión de mi familia para lactar a mi bebé	0	1	2	3	4	2.[]
3. Mi pareja piensa que debo amamantar a nuestro bebé	0	1	2	3	4	3.[]
4. Para mi es importante la opinión de mi pareja respecto a lactar a mi bebé	0	1	2	3	4	4.[]
5. Mi mamá piensa que debo alimentar a mi bebé exclusivamente con leche materna	0	1	2	3	4	5.[]

6. Es importante la opinión de mi mamá para amamantar a mi bebé	0	1	2	3	4	6.[]
7. Mis cuñadas creen que es bueno alimentar con leche materna a mi bebé	0	1	2	3	4	7.[]
8. Me importa la opinión de mis cuñadas respecto a la lactancia materna	0	1	2	3	4	8.[]
9. Mi suegra me recomienda alimentar a mi bebé con leche materna	0	1	2	3	4	9.[]
10. Es importante la opinión de mi suegra para lactar a mi bebé	0	1	2	3	4	10.[]
11. Mi médico dice que alimente a mi bebé con leche materna	0	1	2	3	4	11.[]
12. Considero importante la opinión de mi médico para lactar a mi bebé	0	1	2	3	4	12.[]

PARTE V

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

No marcar la parte sombreada

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

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

No marcar la parte sombreada

Me dificultará amamantar a mi hijo(a) si	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo	
12. ...estoy enfrente de mis suegros	0	1	2	3	12.[]
13. ...se quita la sábana con la que me cubro	0	1	2	3	13.[]
14. ...no tengo tiempo	0	1	2	3	14.[]
15. ...tuviera que trabajar	0	1	2	3	15.[]
16. ...me siento cansada	0	1	2	3	16.[]
17. ...estoy enferma	0	1	2	3	17.[]
18. ...estoy en público	0	1	2	3	18.[]
19. ...tengo que hacer otras actividades	0	1	2	3	19.[]
20. ...estoy en transporte público	0	1	2	3	20.[]
21. ...estoy en la calle	0	1	2	3	21.[]
22. ...me siento estresada	0	1	2	3	22.[]
23. ...estoy de mal humor	0	1	2	3	23.[]
24. ...mi bebé rechaza mi pecho	0	1	2	3	24.[]

PARTE VI

En esta parte se le presentarán algunas emociones que **pueden estar presentes en el momento de llevar a cabo la lactancia materna**. Le pedimos que en cada oración **marque con una “x” la opción que mejor represente lo que usted podría sentir** si alimenta a su bebé con pecho. No existen respuesta buenas o malas, por lo tanto, se le pide que conteste con sinceridad, ya que la información que usted nos aporte será de gran valor.

No marcar la parte sombreada

Si tomo la decisión de amamantar a mi hijo me sentiré...	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo	
1. ...orgullosa de mí misma	0	1	2	3	1.[]
2. ...estresada	0	1	2	3	2.[]
3. ...angustiaada	0	1	2	3	3.[]
4. ...arrepentida	0	1	2	3	4.[]
5. ...triste	0	1	2	3	5.[]
6. ...frustrada	0	1	2	3	6.[]
7. ...enojada	0	1	2	3	7.[]
8. ...culpable	0	1	2	3	8.[]
9. ...feliz	0	1	2	3	9.[]
10. ...tranquila	0	1	2	3	10.[]
11. ...preocupada	0	1	2	3	11.[]
12. ...fracasada	0	1	2	3	12.[]
13. ...satisfecha	0	1	2	3	13.[]

PARTE VII

A continuación se le presentan una serie de frases que describen las situaciones en las cuales las mujeres pueden encontrar dificultades para amamantar. Por favor, lea cada una de ellas y marque con una “x” la opción que mejor describa su respuesta. Esto no es un examen, así que no hay respuestas correctas o incorrectas, por lo que se le pide que conteste con la mayor sinceridad posible.

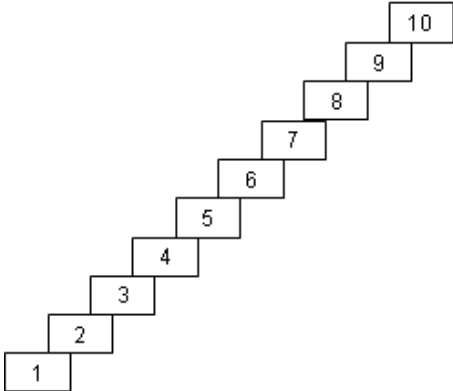
No marcar la parte sombreada

Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque...	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Completamente segura	
1. ...esté en público	0	1	2	3	1.[]
2. ...atraviere por problemas personales	0	1	2	3	2.[]
3. ...las personas en la calle estén en desacuerdo	0	1	2	3	3.[]
4. ...personas significativas (pareja, padres, hijos) estén en desacuerdo	0	1	2	3	4.[]
5. ...trabaje	0	1	2	3	5.[]
6. ...esté cansada	0	1	2	3	6.[]
7. ...esté enferma	0	1	2	3	7.[]
8. ...no quiera hacerlo	0	1	2	3	8.[]
9. ...me sienta estresada	0	1	2	3	9.[]
10. ...me sienta triste o desanimada	0	1	2	3	10.[]
11. ...tenga quehacer	0	1	2	3	11.[]
12. ...esté en una fiesta	0	1	2	3	12.[]
13. ...no perciba los beneficios	0	1	2	3	13.[]
14. ...tenga grietas en los pezones	0	1	2	3	14.[]
15. ...me produzca dolor en los senos	0	1	2	3	15.[]
16. ...se me escurra la leche	0	1	2	3	16.[]

PARTE VIII

En esta parte se muestran preguntas relacionadas con datos generales. Por favor, no deje ninguna respuesta sin contestar (excepto a partir de la pregunta 12 si no se aplica a usted). ¡Gracias!

No. Expediente: _____				
Folio: _____				
1. Nombre completo: _____				
2. Fecha actual: ____/____/____ (día) (mes) (año)				
3. Teléfono(s): local: _____ celular: _____				
4. Edad: ____ (años cumplidos)				4. []
5. Estado civil: Soltera (0) Casada, Unión libre (1) Otro (2)				5. []
6. Escolaridad: (0) Primaria o menos (1) Secundaria completa (3) Licenciatura completa (2) Bachillerato o equivalente completo (4) Posgrado				6. []
7. Ocupación: (0) Profesional o técnica especializada, jefa y/o directiva de empresa o institución (1) Comerciante, trabajadora administrativa, pequeña empresaria (2) Trabajadora manual no calificada, obrera, trabajadora por cuenta propia (3) Ama de casa (4) Estudiante (5) Desempleada, jubilada o pensionada				7. []

<p>PARTE IX</p> <p>8.- Nivel socioeconómico:</p> <p>Imagine que esta escalera representa la posición social de las personas. En la parte más alta (escalón 10) se ubicarían los más ricos, las personas con los mejores empleos, los mejores sueldos y un gran número de recursos sociales y materiales. En la parte más baja (escalón 1) estarían las personas más pobres, sin trabajo, sin dinero, sin escolaridad y con muchas limitaciones sociales y económicas. Entre más alto se ubique más cerca se encuentra de las personas más ricas. Entre más bajo se ubique más cerca se encuentra de las personas más pobres. Por favor, marque con una cruz el escalón en el que usted crea que se encuentra usted y su familia.</p>		<p>8. []</p>
---	--	---------------

PARTE X

No marcar la parte sombreada

1. ¿Su embarazo fue planeado?

Sí (1)

No (0)

2. ¿Cuánto pesaba antes del embarazo? _____ Kg

3. Peso actual _____ Kg

4. Estatura _____ m.

5. Semana de embarazo/gestación: _____ semanas _____ días

6. Fecha probable de parto: _____ día _____ mes _____ año

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

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

a) En el centro de salud _____

b) En consulta privada _____

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

Sí (1) No (0)

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

Sí (1) No (0)

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

a) Centro de Salud

b) Consulta privada con un Médico General

- c) Consulta privada con un Pediatra
- d) ISSSTE O IMSS
- e) Ninguno

12. ¿Es su primer embarazo?

Sí (1) **HA TERMINADO EL CUESTIONARIO, GRACIAS**

No (0) *CONTINÚE CON LA PREGUNTA 13*

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

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

15 ¿De qué forma alimentó a su primer hijo?

Lactancia materna exclusiva (0) Alimentación mixta (1) Solo fórmula láctea (2)

a) ¿Durante cuánto tiempo? _____

16 ¿De qué forma alimentó a su segundo hijo?

Lactancia materna exclusiva (0) Alimentación mixta (1) Solo fórmula láctea (2)

a) ¿Durante cuánto tiempo? _____

17. ¿De qué forma alimentó a su tercer hijo

Lactancia materna exclusiva (0) Alimentación mixta (1) Solo fórmula láctea (2)

a) ¿Durante cuánto tiempo? _____

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Anexo 4. Cuadernillo de evaluación de seguimiento

CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO LACTANCIA MATERNA

PARTE I			
<p>Instrucciones: Las siguientes preguntas tienen como finalidad dar seguimiento al cuestionario que contestó mientras usted estaba embarazada. Por favor responda todas las preguntas que se le solicita de forma honesta, recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, su participación es muy importante para nosotros.</p>			
Capturista cuestionario base _____		Capturista seguimiento _____	
No. Expediente: _____		Folio: _____	
Número adicional: _____		Correo electrónico: _____	
1. Nombre completo:			
2. Fecha actual: ____/____/____ (día) (mes) (año)			
3. Edad: ____ (años cumplidos)			3. []
4. Estado civil:	Soltera (0)	Casada, Unión libre (1)	Otro (2)
			4. []

PARTE II			
INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS DE LA MADRE			
(Esta sección será resuelta por el encuestador, por favor, no escriba dentro de este recuadro)			
1. Peso corporal antes del embarazo _____kg	1. []	4. Estatura _____cm	4.[]
2. Peso máximo durante el embarazo _____kg	2. []		
3. Peso actual _____kg	3. []		
INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS DEL BEBÉ (REPORTE DE LA MADRE)			
5. Peso al nacer _____kg	5. []	7. Estatura al nacer _____cm	7.[]
6. Peso actual _____kg	6. []	8. Estatura actual _____cm	8.[]

PARTE III	
1. ¿Fecha de nacimiento de su hijo? ____/____/____ (día) (mes) (año)	1. []
2. ¿Fue nacimiento prematuro? No (0) Si (1)	2. []
3. En qué semana de gestación nació su hijo/a? _____	3. []
4. El nacimiento fue atendido en: Casa (0) Hospital privado (1) Hospital público (2)	4. []
5. ¿De qué forma nació su hijo(a)? Parto (0) Cesárea (1)	5. []
6. ¿Usted tuvo algún problema de salud durante el embarazo? No (0) PASE A LA PREGUNTA 8 Si (1)	6. [] 7. []
7. ¿Cuál? _____	8. []
8. ¿Su hijo(a) tuvo alguna complicación durante el parto? No (0) PASE A LA PREGUNTA 11 Si (1)	9. []
9. ¿Cuál? _____	10. []
10. ¿Esta complicación impidió que alimentara a su hijo con leche materna? No (0) Sí (1)	11. []
11. ¿Usted presentó alguna complicación médica después del parto? No (0) PASE A LA PREGUNTA 15 Si (1)	12. []
12. ¿Cuál? _____	
13. ¿Estuvo hospitalizada? No (0) Sí (1)	13. [] 14. []
14. ¿Durante cuánto tiempo? a)3 a 5 días (0) b)6 a 10 días (1) c)Más de 15 días (2)	15. []
15. ¿Su hijo(a) presentó alguna complicación médica después del parto? No (0) PASE A LA PREGUNTA 17 Si (1)	16. []
16. ¿Cuál? _____	17. []
17. ¿Su hijo(a) estuvo hospitalizado(a) por alguna complicación médica? No (0) PASE A LA PREGUNTA 1, PARTE IV Sí (1)	18. []
18. ¿Durante cuánto tiempo? a)3 a 5 días (0) b)6 a 10 días (1) c)Más de 15 días (2) otra (3)	19. []
19. ¿Cómo alimentó a su hijo durante este tiempo? a) Únicamente leche materna (0) b) Únicamente fórmula láctea (1) c) Leche materna y fórmula láctea (2)	

<p>PARTE IV</p> <p>1. ¿Cuánto tiempo después del parto usted y su hijo(a) estuvieron juntos en la misma habitación?</p> <p>a) Inmediatamente (0) b) 1 o 2 horas después (1) c) Más de 2 horas después (2) d) No estuvo en la misma habitación (3) e) Sólo estuvimos juntos para alimentarlo (4)</p> <p>2. ¿Cuál fue el primer alimento que recibió su bebé?</p> <p>a) Lo alimenté con leche materna (0) b) Formula láctea (1) c) El personal de salud le proporciono leche materna (2) d) Otra (3) ¿Cuál? _____</p> <p>3. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que nació su hijo(a) hasta la primera vez que lo alimentó con leche materna?</p> <p>a) Menos de 30 minutos (0) b) De 30 a 60 minutos (1) c) Más de 60 minutos (2) d) No lo alimente con leche materna (3)</p> <p>4. ¿El personal de salud le administró formula láctea a su bebé?</p> <p>No (0) Si (1) Sí, pero sin mi consentimiento (2)</p> <p>5. ¿De qué manera alimento a su bebé desde el nacimiento hasta que salió del hospital?</p> <p>a) Únicamente leche materna (0) b) Únicamente fórmula láctea (1) c) Leche materna y fórmula láctea (2)</p>	<p>1. []</p> <p>2. []</p> <p>3. []</p> <p>4. []</p> <p>5. []</p>
<p>PARTE V</p> <p>1. ¿De qué manera ha alimentado a su hijo(a) desde que salió del hospital hasta el día de hoy?</p> <p>a) Únicamente leche materna (0) b) Únicamente fórmula láctea (1) c) Leche materna y fórmula láctea (2)</p> <p>2. ¿Con qué frecuencia alimenta a su hijo(a) de esta manera?</p> <p>a) A libre demanda (las veces que él quiera) (0) b) 3 a 5 veces al día (1) c) 6 a 8 veces al día (2) d) 9 veces o más (3)</p> <p>3. ¿Cuánto tiempo dura cada toma?</p> <p>a) 1 a 10 minutos (0) b) 11 a 20 minutos (1) c) 21 a 30 minutos (2) d) Más de 30 minutos (3)</p> <p>4. ¿Su bebé y usted duermen en la misma cama?</p> <p>No (0) Si (1)</p> <p>5. ¿Cómo alimenta a su bebé durante la noche?</p> <p>a) Solamente leche materna (0) PASE A LA PREGUNTA 1, PARTE VII b) Formula láctea (1) c) Otra: _____ (2) PASE A LA PREGUNTA 1, PARTE VII</p>	<p>1. []</p> <p>2. []</p> <p>3. []</p> <p>4. []</p> <p>5. []</p>

<p>PARTE VI Contestar únicamente si alimenta a su hijo con fórmula láctea</p> <p>1. ¿Quién le indicó administrar fórmula láctea? Médico (0) Pediatra (1) Enfermeras (2) Familiar (3) Amistad (4) Nadie me lo indicó, yo tomé la decisión (5)</p> <p>2. ¿Desde cuándo comenzó a alimentar a su hijo con formula láctea? Nacimineto (0) 1 mes (1) 2 meses (2) 3 meses (3) 4 meses (4) 5 meses (5)</p> <p>3. ¿Cuál de las siguientes situaciones se relaciona con su decisión de dejar la lactancia materna?</p> <p>3a) Mi bebé tuvo problemas para engancharse al pecho No (0) Si (1)</p> <p>3b) Mi bebé perdió el interés en la leche materna No (0) Si (1)</p> <p>3c) No me salía leche No (0) Si (1)</p> <p>3d) La leche que producía no era suficiente No (0) Si (1)</p> <p>3e) Motivos estéticos (flacidez, estrías, etc) No (0) Si (1)</p> <p>3f) Mis pezones dolían, estaban agrietados o sangrando No (0) Si (1)</p> <p>3g) Quería fumar o consumir alcohol No (0) Si (1)</p> <p>3h) Regrese a la escuela o al trabajo No (0) Si (1)</p> <p>4. ¿Qué apoyos o recursos podrían haber sido útiles o necesarios para que amamantara? Más información (0) tener más leche (1) Que el bebé se llenara con su leche (2) Que no se hubiera enfermado la mamá y el bebé (3)</p>	<p>1. []</p> <p>2. []</p> <p>3a. []</p> <p>3b. []</p> <p>3c. []</p> <p>3d. []</p> <p>3e. []</p> <p>3f. []</p> <p>3g. []</p> <p>3h. []</p> <p>4. []</p>
<p>PARTE VII</p> <p>1. Después de alimentar a su hijo(a) ¿cómo lo percibe?</p> <p>1a) Inquieto No (0) Si (1)</p> <p>1b) Relajado No (0) Si (1)</p> <p>1c) Irritable No (0) Si (1)</p> <p>1d) Feliz No (0) Si (1)</p> <p>2. Usualmente después de alimentar a su hijo(a), él/ella...</p> <p>2a) Se duerme No (0) Si (1)</p> <p>2b) Llora No (0) Si (1)</p> <p>2c) Se ríe No (0) Si (1)</p> <p>2d) Juega No (0) Si (1)</p> <p>2e) Otro: _____</p> <p>3. ¿Con qué frecuencia le da chupón a su hijo(a)? Nunca (0)→PASE A LA PREGUNTA 1, PARTE VIII Rara vez (1) Algunas veces (2) Frecuentemente (3) Siempre (4)</p> <p>4. ¿Qué edad tenía su hijo(a) la primera vez que utilizo el chupón? _____</p> <p>5. ¿Actualmente su hijo usa chupón? No (0) Si (1)</p>	<p>1a. []</p> <p>1b. []</p> <p>1c. []</p> <p>1d. []</p> <p>2a. []</p> <p>2b. []</p> <p>2c. []</p> <p>2d. []</p> <p>2e. []</p> <p>3. [] 4. []</p> <p>5. []</p>

PARTE VIII

Si usted **NO** alimenta a su hijo con leche materna pase a la PARTE IX

1. ¿Cuándo amamanta a su hijo(a) cree que queda satisfecho(a)? No (0) Sí (1)	1. [] 2. []
2. ¿Considera que su leche es suficiente para calmar el apetito de su hijo? No (0) Sí (1)	3. []
3. ¿Cree producir suficiente leche? No (0) Sí (1)	4. []
4. ¿Considera que su leche es de buena calidad? No (0) Sí (1)	5. []
5. ¿Piensa que su hijo(a) ha ganado peso suficiente debido a la leche materna? No (0) Sí (1)	7. []
6. ¿Recibió asesoría sobre lactancia materna? No recibí (0) → PASE A LA PREGUNTA 9 Antes del parto (1) Después del parto (2) Antes y después del parto (3)	8. [] 9. [] 10. []
7. ¿Quién le brindó la asesoría sobre lactancia materna? 7a) Enfermeras No (0) Si (1) 7b) Médico No (0) Si (1) 7c) Pediatra No (0) Si (1) 7d) Trabajadora social No (0) Si (1) 7e) Familiar No (0) Si (1) 7f) Nadie No (0) Si (1) 7g) Otro _____	11. [] 12. [] 13. [] 14. [] 15. []
8. ¿Dónde recibió asesoría sobre lactancia materna? Centro de salud (0) Grupo de ayuda mutua (1) Clínicas del IMSS, ISSSTE (2) Clínica privada (3) Internet (4) Otro: _____	
9. ¿Conoce las técnicas de extracción de leche materna? No (0) Si (1)	
10. ¿Conserva su leche materna? No (0) Si (1)	
11. ¿Su pareja la apoyó en la decisión de amamantar? No (0) Si (1) No aplica (2) PASE A LA PREGUNTA 13	
12. ¿Su pareja la apoya con labores cotidianas para que usted pueda amamantar a su hijo(a)? No (0) Si (1) No aplica (2)	
13. ¿Alguien más la apoya con las labores cotidianas para que usted pueda amamantar a su hijo (a)? No (0) PASE A LA PREGUNTA 15 Si (1)	
14. ¿Quién? 14a) Mamá No (0) Si (1) 14b) Papá No (0) Si (1) 14c) Hermanos No (0) Si (1) 14d) Abuelos No (0) Si (1) 14e) Suegros No (0) Si (1) 15f) Hijos Mayores No (0) Si (1)	
15. ¿Qué podría dificultar que continuara amantando a su bebé? 15a) Buscar trabajo No (0) Si (1) 15b) Que no le salga leche No (0) Si (1) 15c) Que el bebé ya no se llene No (0) Si (1)	

<p>PARTE IX</p> <p>1. ¿Ha tenido que amamantar fuera de casa? No (0) Pase a la PARTE X Si (1)</p> <p>2. ¿Dónde?</p> <p>2a) Trabajo. No (0) Si (1)</p> <p>2b) Transporte No (0) Si (1)</p> <p>2c) Hospitales/Clínicas No (0) Si (1)</p> <p>2d) Comercios/Tiendas de autoservicio No (0) Si (1)</p> <p>2e) Lugares recreativos (parques, cine, etc.) No (0) Si (1)</p> <p>2f) Iglesia No (0) Si (1)</p> <p>2g) Reunión No (0) Si (1)</p> <p>2h) Otros: _____</p> <p>3. ¿Mientras lactaba en público sintió que alguien la miraba con morbo o desaprobación?</p> <p>No (0) Pase a la PARTE X Morbo (1) Desaprobación (2) Ambas (3) Otros: _____</p> <p>4. ¿Cómo se sintió con esta situación?</p> <p>4a) Estresada No (0) Si (1)</p> <p>4b) Intimidada No (0) Si (1)</p> <p>4c) Apenada No (0) Si (1)</p> <p>4d) Enojada No (0) Si (1)</p> <p>4e) Indiferente No (0) Si (1)</p> <p>4f) Otra: _____</p> <p>5. ¿Qué hizo?</p> <p>5a) Ignorar a la persona. No (0) Si (1)</p> <p>5b) Pedir ayuda No (0) Si (1)</p> <p>5c) Retirarse del lugar No (0) Si (1)</p> <p>5d) Dejó de alimentar a su bebé No (0) Si (1)</p> <p>5e) Otra: _____ No (0) Si (1)</p>	<p>1. []</p> <p>2. []</p> <p>2a. []</p> <p>2b. []</p> <p>2c. []</p> <p>2d. []</p> <p>2e. []</p> <p>2f. []</p> <p>2g. []</p> <p>2h. []</p> <p>3. []</p> <p>4a. []</p> <p>4b. []</p> <p>4c. []</p> <p>4d. []</p> <p>4e. []</p> <p>4f. []</p> <p>4g. []</p> <p>5a. []</p> <p>5b. []</p> <p>5c. []</p> <p>5d. []</p> <p>5e. []</p>
<p>PARTE X</p> <p>1. ¿Tuvo que abandonar su trabajo o sus estudios debido al embarazo? No (0) Trabajo (1) Escuela (2) Ambos (3)</p> <p>2. ¿Actualmente se encuentra trabajando? No (0) Si (1)</p> <p>3. ¿En qué trabaja? _____</p> <p>4. ¿Extrae su leche? No (0) Si (1)</p> <p>5. ¿De cuánto tiempo dispone en su trabajo para la extracción y conservación de su leche? _____</p> <p>6. ¿Quién cuida de su hijo(a) mientras trabaja? _____</p> <p>7. ¿Cómo alimentan a su hijo cuando usted sale de casa?</p>	<p>1. []</p> <p>2. []</p> <p>3. []</p> <p>4. []</p> <p>5. []</p> <p>6. []</p> <p>7. []</p>

Únicamente leche materna (0) Únicamente fórmula láctea (1) Leche materna y fórmula láctea (2) otra (4)_____	
<p>PARTE XI</p> <p>1. ¿Ha acudido a consultas médicas para la atención de su salud después del nacimiento de su bebé? No (0) Si (1)</p> <p>2. ¿Durante el primer mes de la lactancia presentó alguna de estas molestias en sus pechos?</p> <p>2a) Inflamación No (0) Si (1)</p> <p>2b) Dolor No (0) Si (1)</p> <p>2c) Grietas No (0) Si (1)</p> <p>2d) Ampollas No (0) Si (1)</p> <p>2e) Abscesos No (0) Si (1)</p> <p>2f) Ninguna No (0) Si (1)</p> <p>2g) Otras: _____</p> <p>3. ¿Debido a algunos de estos síntomas interrumpió la lactancia? No (0) Si la interrumpí, pero la retomé (1) La interrumpí definitivamente (2)</p> <p>4. ¿Actualmente consume algún medicamento que contraindique la lactancia? No (0) PASE A LA PREGUNTA 6 Si (1)</p> <p>5. ¿Cuál? _____</p> <p>6. Sí alimenta o alimentó a su hijo(a) con leche materna ¿cuál de las siguientes situaciones se han presentado a partir del nacimiento de su hijo(a)?</p> <p>6a). Ninguna No (0) PASE A LA PARTE XII Si (1)</p> <p>6b) He disminuido de peso No (0) Si (1)</p> <p>6c) He aumento de peso No (0) Si (1)</p> <p>6d) Mi periodo se ha presentado de manera irregular No (0) Si (1)</p> <p>6e) No he tenido mi periodo No (0) Si (1)</p> <p>6f) Gasto menos dinero en la alimentacion y salud de mi hijo. No (0) Si (1)</p>	<p>1. []</p> <p>2. []</p> <p>3. []</p> <p>5. []</p> <p>6a. []</p> <p>6b. []</p> <p>6c. []</p> <p>6d. []</p> <p>6e. []</p> <p>6f. []</p>
<p>PARTE XII</p> <p>1. ¿Desde que nació cuántas veces ha llevado a su hijo(a) a atención médica? Ninguna (0) 1-3 veces (1) 4-6 veces (2) 7-9 veces (3) 10 o más (4)</p> <p>2. ¿Desde que nació su bebé, hasta el día de hoy, su hijo(a) presentó alguna de los siguientes síntomas o enfermedades?</p> <p>2a) Ninguna No (0) PASE A LA PARTE XIII Si (1)</p> <p>2b) Diarrea. No (0) Si (1)</p> <p>2c) Estreñimiento No (0) Si (1)</p>	<p>1. []</p> <p>2a. []</p> <p>2b. []</p>

2d) Reflujo	No (0) Si (1)	2c. []
2e) Infecciones en el oído.	No (0) Si (1)	2d. []
2f) Infecciones respiratorias	No (0) Si (1)	2e. []
2g) Fiebre	No (0) Si (1)	2f. []
2h) Problemas en la piel.	No (0) Si (1)	2g. []
2i) Otras: _____		2h. []
3. ¿Cuántas veces? _____		2i. []
4. ¿Su hijo(a) consume o consumió algún medicamento debido a estos síntomas o enfermedades?		3. []
No (0) Si (1) No aplica (2)		4. []

PARTE XIII

1. Alimentar a mi hijo con leche materna ha sido...		
1a) Satisfactorio	No (0) Si (1)	1. []
1b) Estresante	No (0) Si (1)	
1c) Relajante	No (0) Si (1)	
1d) Cansado	No (0) Si (1)	
1e) Agradable	No (0) Si (1)	
1f) Incómodo	No (0) Si (1)	

¡Gracias por su participación!