



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA DF NORTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 "EL ROSARIO"
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

**FACTORES MATERNOS ASOCIADOS AL ABANDONO TEMPRANO DE LA LACTANCIA
MATERNA EN MUJERES DE LA UMF 33**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ESTEFANIA CASTRONOVO LUNA

**MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR**

ASESORA:

DRA. DANIELA ABIGAIL HERNANDEZ CAMARILLO

**MÉDICO FAMILIAR Y PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR**

Azcapotzalco, CDMX

Diciembre del 2022


**JEFATURA DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN
EN SALUD U.M.F. 33**





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



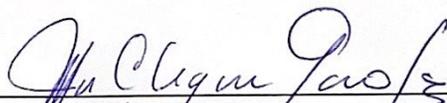
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

2. AUTORIZACIONES



DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACION E INVETIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"



DRA. MÓNICA CATALINA OSORIO GRANJERO
MÉDICO FAMILIAR Y PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR



DRA. DANIELA ABIGAIL HERNÁNDEZ CAMARILLO
MÉDICO FAMILIAR E INVETIGADOR RESPONSABLE ASESORA DE TESIS

Agradecimientos

A mis padres, hermana, Lucía, familia y amigos.

A ti, mamá, que con sólo tu recuerdo sigues motivándome, sigues confortándome. Gracias por dejarme una imagen de tu persona que es tan cálida y amorosa. Este logro, como otros, está dedicado a tu memoria. En este momento, atisbo lo que tu amor es capaz de lograr. Te amo.

A mi papá, gracias por sacar a tú familia adelante no ha sido sencillo y por eso admiro más tú fortaleza y determinación. Aunque suene a un discurso repetitivo, nunca me cansaré de decirte lo mucho que te amo y lo orgullosa que estoy del hombre que tengo frente a mí.

Gracias por no dejarme sola en este camino.

A mi hermana por estar siempre para escucharme y ayudarme a no darme por vencida, es uno de los pilares de mi vida, además de ser mi hermana ha sido una amiga que esta ahí por si quiero rendirme.

Lucía, gracias por llegar a mi vida e impulsarme día a día cuando el cansancio y los malos ratos. Eres mi mayor tesoro y también mi mayor motivación; por eso quiero agradecerte cada momento de felicidad con el que colmas mi vida. Te doy las gracias, hija mía, por darle sentido a mi vida y permitirme ser cada día mejor madre junto a ti. Te amo.

Familia y amigos gracias por creer en mí, por su apoyo y palabras en los momentos difíciles.

A la doctora Moni y Ely ustedes han sido muy especiales para mí, dejado huellas en mi vida y conocimiento. Por eso hoy le quiero agradecerles su pasión por enseñar desde el alma. Ustedes formaron parte importante de esta historia con sus aportes profesionales. Muchas gracias por sus múltiples palabras de aliento, cuando más las necesite; por estar allí en los peores días, son mi gran fuente de inspiración y ejemplo. Simplemente gracias.

A mi tutora doctora Daniela sin usted y sus virtudes, paciencia y constancia este trabajo no lo hubiese logrado. Sus consejos fueron siempre útiles cuando no salían de mi pensamiento las ideas para escribir lo que hoy he logrado.

A todos los doctores y profesores que formaron parte de mi formación como residente sus palabras fueron sabias, sus conocimientos rigurosos y precisos, a ustedes les debo mis conocimientos. Donde quiera que vaya, los llevaré conmigo en mí transitar profesional. Gracias por su paciencia, por compartir sus conocimientos de manera profesional e invaluable, por su dedicación perseverancia y tolerancia.

A mis compañeros y amigos de viaje hoy culminan esta maravillosa aventura y no puedo dejar de recordar cuantas tardes y horas de trabajo nos juntamos a lo largo de nuestra formación. Hoy nos toca cerrar un capítulo maravilloso en esta historia de vida y no puedo dejar de agradecerles por su apoyo y constancia, al estar en las horas más difíciles, por compartir horas de estudio. Gracias por estar siempre allí.

Índice

Autorizaciones	2
Agradecimientos	3
Resumen	5
Introducción	7
Antecedentes	19
Planteamiento del problema	20
Objetivos	22
Sujetos, material y métodos.	23
Resultados	24
Discusión	49
Conclusiones	52
Bibliografía	53
Anexos	58

Resumen

Factores maternos asociados al abandono temprano de la lactancia materna en mujeres de la UMF 33

Hernández Camarillo Daniela Abigail¹ , Castronovo Luna Estefania²

La lactancia materna aporta múltiples beneficios tanto a la madre como al bebé, el abandono de la lactancia materna impacta de manera importante en la salud de la madre y del lactante e indirectamente a la sociedad y a las instituciones de salud.

Aun así, conociendo los múltiples beneficios que tiene la lactancia materna, en México la duración aproximada es de 9 meses, cuando la OMS hace la recomendación que sea mínimo hasta los 2 años de edad. **Objetivos:** Determinar los factores maternos asociados al abandono temprano de la lactancia materna en mujeres de la UMF 33.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional, transversal, descriptivo, comparativo, retrospectivo, prolectivo que se realizará en mujeres de 18-40 años. El grupo de casos estará conformado por 113 mujeres que hayan abandonado la lactancia materna antes de los dos años y que tengan hijos de 0-5 años adscritas a la UMF 33. El grupo de controles estará conformado por 113 mujeres de 18-40 años que hayan completado 2 años de lactancia materna y que tengan hijos de 2-5 años adscritas a la UMF 33. Previa autorización del consentimiento informado se aplicará un cuestionario ad hoc para identificar los factores maternos asociados en el abandono temprano de la lactancia materna, así como variables sociodemográficas. El análisis de datos se realizará a través de estadística inferencial. Los resultados se esquematizarán en graficas (columnas, circular y barras). El estudio se llevará apegándose a los aspectos éticos y lineamientos que modulan la investigación biomédica. **Resultados:** La edad materna fue inferior para las mujeres del grupo de casos (28.73 ± 5.32 vs 30.86 ± 5.56 , $p=0.004$), la escolaridad de posgrado predominó en el grupo de controles (14.2% vs 3.5%, $p=0.005$), el estado civil de separada predominó en el grupo de controles (7.1% vs 0.0%, $p=0.004$), la ocupación de ama de casa fue más frecuente en el grupo de controle (43.4% vs 30.1%, $p=0.038$), la ocupación de estudiante fue más frecuente en el grupo de controles (12.4% vs 3.5%, $p=0.014$), la ocupación de empleada más frecuente en el grupo de casos (52.2% vs 36.3%,

p=0.016), la vía de nacimiento de parto fue más frecuente en el grupo de casos (50.4% vs 32.7%, p=0.007), la hipertensión pregestacional fue más frecuente en el grupo de controles (3.5% vs 0.0%, p=0.044), la preeclampsia fue más frecuente en el grupo de controles (10.6% vs 1.8%, p=0.006), el tiempo de lactancia materna de 0 a 5 meses predominó en el grupo de casos (30.1% vs 0.0%, p<0.0001), la recomendación de dar fórmula infantil por enfermera predominó en el grupo de casos (4.4% vs 0.0%, p=0.024), las mujeres con leche materna suficiente fueron más frecuentes en el grupo de controles (89.4% vs 63.7%, p<0.0001), el motivo para dejar de lactar de falta de tiempo/trabajo fue más prevalente en el grupo de casos (37.2% vs 14.2%, p<0.0001), bebé con hambre fue más prevalente en el grupo de casos (9.7% vs 0.0%, p=0.001).

. **Conclusiones:** Los factores asociados al abandono temprano de la lactancia materna en mujeres de a UMF 3 fueron: edad menor de 30 años, ocupación de empleada, nacimiento por parto, tiempo de lactancia menor a 6 meses, recomendación de dar fórmula infantil por enfermera, pena al lactar, leche materna no suficiente, falta de tiempo/trabajo, bebé con hambre, no tener suficiente leche.

.

Palabras clave: lactancia materna, abandono temprano, factores maternos.

¹Médico Familiar de la UMF No. 33

² Médico Residente de primer año del CEMF de la UMF No. 33

Introducción

La anatomía de la mama lactante constituye la base para una consideración detallada de la fisiología de la lactancia humana. El desarrollo histórico del conocimiento actual de los mecanismos involucrados en la síntesis y secreción de la leche se considera en un contexto funcional. El abandono de la lactancia materna en los siglos XIX y XX parece haber estado asociado con el desarrollo de la leche de vaca condensada en 1853 y la leche de vaca evaporada en 1885. (1)

Cooper estudió la anatomía bruta de la mama lactante, incluyendo el sistema conducto, los vasos sanguíneos, el sistema linfático, el tejido graso y la suspensoria del ligamento. Estas suspensorias de ligamentos ahora se conocen comúnmente como "ligamentos de Cooper" en reconocimiento a su contribución a la comprensión de la anatomía de la mama lactante y por ser el primero en proporcionar una descripción detallada de estos ligamentos. Los ligamentos de Cooper sostienen el pecho en su posición normal. Cooper señaló que sin el apoyo interno proporcionado por estos ligamentos el tejido mamario (que es más pesado que la grasa circundante) se hundiría bajo su propio peso, perdiendo su forma normal y contorno. (1)

El lactógeno placentario humano secretado de la placenta tiene una acción similar a la hormona de crecimiento. El aumento en el crecimiento de las mamas durante el embarazo está estrechamente relacionado con el aumento de esta hormona, que desaparece dentro de unas pocas horas posparto. Por otro lado, el aumento de la concentración de prolactina en la sangre materna durante el embarazo está estrechamente relacionado con el aumento de la cantidad de lactosa excretada en la orina. La barrera de la leche en la sangre no se forma completamente durante el embarazo, lo que permite que la lactosa se difunda en la sangre materna. La lactosa no se metaboliza en la sangre, sino que se excreta a través de la orina; esto significa que la excreción de lactosa en orina durante un período de 24 horas se puede utilizar como una medida de síntesis de lactosa durante el embarazo. (1)

Ahora sabemos que el inicio de la lactancia ocurre en dos etapas. La primera etapa (diferenciación secretora) comienza durante el embarazo cuando la mama desarrolla la capacidad de sintetizar componentes de leche únicos, como lactosa y proteínas

específicas de la leche. En este momento las células madre dentro de la mama se han convertido en células progenitoras que a su vez se han diferenciado en lactocitos. Esta transición se denomina diferenciación secretora (anteriormente llamado lactogénesis). Debido a los altos niveles de progesterona en las mujeres, la tasa de secreción de leche (calostro) es baja; en promedio alrededor de 30mL por día. Diferenciación secretora ocurre a las 20-25 semanas de gestación y está muy cerca del tiempo de parto prematuro viable. Por lo tanto, es posible que la maduración incompleta de la diferenciación secretora podría ser uno de los factores que limitan el desarrollo exitoso de la lactancia en las madres prematuros. (1)

La activación secretora (anteriormente llamado lactogénesis II) es la segunda etapa en el inicio de la lactancia y se produce durante los primeros 3 días después del nacimiento. La activación secretora se caracteriza por el inicio de la producción de leche y es sin duda la fase más importante del ciclo de lactancia. La activación secretora tiene que estar estrechamente acoplada a la hora del nacimiento, para que el recién nacido pueda hacer una transición perfecta del ambiente protector del útero y la alimentación continua desde la vena umbilical hasta el suministro intermitente de protección y nutrición de la leche materna. (1)

En algunas mujeres, los cambios en el seno (por ejemplo, sensibilidad relacionada con el crecimiento) pueden proporcionar la primera indicación de concepción y el comienzo del ciclo de lactancia con un aumento progresivo en el volumen mamario. La areola contiene glándulas sebáceas grandes (glándulas de Montgomery) que se hipertrofian y forman papilas durante el embarazo. Las secreciones de las glándulas Montgomery lubrican y protegen el pezón. La ramificación ductal y la formación lobular (desarrollo alveolar) excede el crecimiento premenstrual normal en 3-4 semanas de gestación. Un complejo lactogénico de hormonas reproductivas (progesterona, estrógeno y prolactina) y hormonas metabólicas (hormona de crecimiento, glucocorticoides, proteína relacionada con la hormona paratiroidea e insulina) influyen en el desarrollo alveolar en mujeres durante el embarazo. (1)

En la literatura, la descripción de Cooper del sistema ductal prevaleció y fue representada como un grupo de alvéolos unidos a pequeños conductos que se

expandieron para formar conductos más grandes que drenan los lóbulos. A continuación, los conductos más grandes se funden en un conducto de leche para cada lóbulo. Estos conductos luego se abren a través de un poro a la superficie del pezón Cooper declaró que la areola 'forma una superficie que es abrazada por el niño, y recibida en su boca, de modo que los grandes tubos lactíferos detrás de la areola se vacían por la presión de los labios del bebé. (1)

La leche materna humana es el alimento ideal para los niños, pues tiene propiedades inmunológicas y nutricionales que no se encuentran en ninguno de sus sucedáneos. Este es un fluido vivo, cambiante, desarrollado a través de millones de años de evolución que se adapta en función de las necesidades de cada etapa de la vida de los lactantes, por lo que protege su salud y estimula su óptimo desarrollo físico y mental. (2)

La leche de transición es un compuesto muy cambiante en relación con la del calostro, debido a que disminuye su concentración de inmunoglobulinas y proteínas e incrementa el nivel de lactosa y grasas, con una duración desde el sexto día hasta el final de la segunda semana posparto. La leche madura inicia a partir de la tercera semana posparto, en esta tercera fase, la leche tiene más proteínas, ácido siálico, vitaminas liposolubles E, A, K y carotenos; también es superior el contenido de minerales, sodio, zinc, hierro, azufre, potasio, selenio y manganeso. (3)

Las mujeres que inician lactancia materna de forma temprana presentan también un menor riesgo de anemia posparto, al succionar el pezón inmediatamente después del parto, se produce una liberación de oxitocina de la madre, esta hormona favorece el desprendimiento de la placenta y provoca no solo que el útero recobre su tamaño natural, sino que haya una menor pérdida de sangre posterior al parto. (3)

Con respecto a la reducción en el riesgo de cáncer de mama por la lactancia materna diversos autores Aguilar et al. (2010) y Brahma & Valdés (2017), evidenciaron que las mujeres que amamantan a sus hijos presentan un menor riesgo de padecer cáncer de mama y ovarios que las que no lo hacen. (3,4,5)

Cualquier volumen de lactancia materna es protectora, esta se asocia a un 64% de reducción de la incidencia de infecciones gastrointestinales inespecíficas y además existe un efecto protector residual hasta dos meses después de suspendida la lactancia; en relación a las infecciones respiratorias, comparado con aquellos niños con lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, los niños no amamantados presentan casi quince veces más mortalidad por neumonía y los niños entre los 6 y 23 meses alimentados con fórmula complementada presenta en doble de mortalidad por neumonía que aquellos que mantuvieron la lactancia complementada hasta los dos años de vida. (5)

Existe un 15% a 30% de reducción del riesgo de obesidad durante la adolescencia y adultez si existe alimentación con lactancia materna durante la infancia, comparado con aquellos no amamantados. La duración de la lactancia materna está inversamente relacionada con el riesgo de sobrepeso cada mes extra de lactancia se asocia con un 4% de disminución del riesgo. (5)

En relación con la diabetes se ha reportado hasta un 30% de reducción en la incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en quienes recibieron lactancia materna exclusiva al menos 3 meses además de la incidencia de diabetes mellitus tipo 2, posiblemente en relación al efecto positivo a largo plazo del control de peso y autocontrol de alimentación. (5)

La lactancia materna por 6 meses o más estaba asociada a un 19% de disminución del riesgo de desarrollar leucemia durante la infancia. (5)

La lactancia materna, desde el inicio de la vida del niño, promueve una fuerte relación madre-hijo, fortaleciendo una conexión afectiva, así como también ayuda al desarrollo psicomotor y el crecimiento normal del cerebro del infante, existen innumerables beneficios que la lactancia materna, siendo uno de los más importantes el fortalecimiento del sistema inmunológico, que provee protección contra una gran cantidad de enfermedades comunes en la infancia como lo son infecciones respiratorias, diarrea y alergias; además tiene importante influencia en el adecuado desarrollo ponderal y estatura del niño. (6)

Respecto a los beneficios de la leche materna, autores como González-Castell et al. (2016) determinan que protege de forma activa y pasiva al lactante, gracias a su riqueza en inmunoglobulinas, lactoferrina, lisozima, citoquinas y otros numerosos factores inmunológicos, como leucocitos maternos, que proporcionan inmunidad activa y promueven el desarrollo de la inmunocompetencia del bebé. (7)

También se pueden observar efectos positivos en la salud de las mujeres, uno de los más inmediatos es la reducción del riesgo de hemorragia posparto, ya que la succión del bebé estimula la producción de oxitocina, que actúa provocando la salida de la leche y la contracción del útero. (7)

El aporte de la leche materna beneficia no solo a los infantes en su salud física, sino que contribuye a la relación madre-hijo. (8)

Los beneficios económicos de la lactancia materna para Estados Unidos muestran que existe un ahorro por una disminución del gasto del estado de fórmulas lácteas, al igual se observa una sustentabilidad medioambiental también se ve afectada por el uso de mamaderas y fórmulas lácteas, la lactancia materna es un alimento natural y renovable medio ambiental amigable y seguro el cual es producido y entregado directamente al consumidor sin contaminación empaque o basura asociada (5)

En otras investigaciones realizadas por Marín-Arias et al., 2018 y Ryabenko et al., 2014, plantearon que los factores más frecuentes de la suspensión de la lactancia materna fueron la causa laboral (31,1%%), seguida de la hipogalactia ,como problemas de lactancia, sin embargo, otras variables asociadas con un mayor riesgo de abandono en el periodo temprano fueron que la madre no hubiera decidido antes del parto, el tipo de lactancia que iba a seguir, el pertenecer a una clase social baja y que la madre fuera primigesta . En un estudio realizado por Rivera et al., 2017, se detectó que las madres que estudian, en ocasiones, se ven forzadas a abandonar la lactancia materna exclusiva para no perder el año docente que se encuentran cursando. (3)

En un estudio realizado por JI Perales Martínez et al (2017) Se ha realizado la encuesta a 35 madres con una edad media de $34,59 \pm 8,41$ años (rango: 27-48 años). El número de hijos medio ha resultado $1,8 \pm 0,93$. La mediana de edad del hijo sobre el que se refería la encuesta ha sido 32,5 meses, rango Inter cuartil 14-72.(9)

Los aspectos perinatales más relevantes son: la tasa de cesárea se sitúa en el 31,4%, con un 58,3% de partos eutócicos. El 85,7% resultaron gestaciones a término (> 37 semanas). Únicamente apareció sufrimiento fetal en el 8,5% de los casos y ninguno precisó reanimación avanzada. El inicio de LM ha sido del 80% en las primeras tres horas (el 54% en la primera hora de vida). También se valoran aspectos relevantes como el contacto piel con piel (CPP) al nacimiento, la alimentación con LM exclusiva durante los primeros seis meses, así como la práctica habitual del colecho en las primeras semanas de vida, obteniendo porcentajes del 91,4, 97,1 y 54,3% respectivamente. (9)

Es importante destacar que en el 50% de las madres encuestadas, el mantenimiento de la LM por encima de los 12 meses resulta habitual en su entorno. El nivel de satisfacción con esta experiencia es muy elevado ($4,37 \pm 0,51$ puntos, máximo 5), pero hasta el 48,6% indican algún grado de rechazo social. El 51,4% han tenido algún obstáculo, siendo familia y amigos los más frecuentes. Además, el 45,7% indica haberla tenido que ocultar en algún momento, sobre todo ante familiares o compañeros de trabajo. (9)

Considerando los factores sociodemográficos y su asociación con el cese de la lactancia materna antes de 6 meses, se encontró poca evidencia para la asociación con respecto a la corta edad de la madre, bajo nivel de educación y regresar al trabajo dentro de las 12 semanas posteriores al nacimiento. La evidencia fue baja teniendo en cuenta los efectos de factores físicos como un parto por cesárea, sobrepeso / obesidad y suministro inadecuado de leche y su asociación con el cese de la lactancia materna antes de los 6 meses. En cuanto a los factores mentales, la evidencia fue muy baja sobre la depresión en las madres y su asociación con el cese de la lactancia. (10)

Se observó que factores sociodemográficos han provocado el cese de la lactancia materna en algunos de los artículos incluidos, y un se debe centrar la atención en cómo mejorar el conocimiento. De los profesionales sanitarios, ya que es evidente que los factores sociodemográficos influyen en el comportamiento de salud. Los factores físicos, mentales y sociales podrían verse más como un resultado de la salud y el comportamiento que se ve afectado por los factores sociodemográficos. Estos factores deben tenerse en cuenta mediante intervenciones específicas centradas en las madres que corren el riesgo de dejar de amamantar antes del tiempo recomendado. El enfoque debe estar en identificar tanto madres que están en riesgo debido a factores conocidos y comportamiento que se puede prevenir. Para prolongar el período de lactancia, debe dirigirse una atención específica y las intervenciones adecuadas a las madres que están en riesgo de cese temprano de la lactancia materna. (10)

En otro estudio de cohorte retrospectivo en donde participaron 817 mujeres de Minnesota de 18 años o más mientras estaban hospitalizadas por el parto. Los criterios de selección incluyeron madres empleadas de habla inglesa con un parto único sano. Estas mujeres fueron seguidas mediante entrevistas telefónicas a las 6 semanas, 12 semanas y 6 meses después del parto los resultados del estudio mostraron que el riesgo de dejar de amamantar durante los primeros 6 meses después del parto fue mayor para las mujeres que regresaron al trabajo en cualquier momento durante los 6 meses posteriores al parto en comparación con las que no regresaron. (11)

Según la investigación de Flórez-Salazar et al., (2018) las dificultades para lactar al hijo fueron: dolor en los senos (24,4%), poca cantidad de leche (19,5 %), problemas del pezón (17 %), mastitis (14,6 %), rechazo del niño(a) (7,3 %), enfermedad del niño(a) (4,9 %), enfermedad de la madre (4,9 %), situación laboral (4,9 %) y desconocimiento de la técnica (2,4 %) (21). De acuerdo con Gil et al. 2017, los factores relacionados con la experiencia de lactancia de la madre que se asocian con la duración de la lactancia: haber visto amamantar, amamantar a un hijo previo y haber sido ella amamantada, pertenecen al ámbito cultural de la madre, donde la familia y su entorno tiene mayor aceptación. Otro factor que contribuye al abandono de la lactancia materna son los dolores relacionados a este proceso, como es el dolor de

los pezones debido a la succión. De acuerdo con un estudio realizado por Martínez Plascencia et al. 2017, el dolor asociado a la lactancia materna fue identificado como una experiencia que desalienta la continuidad de la lactancia, esto se presenta con mayor incidencia en las mujeres primíparas. (12, 13, 3)

En este estudio observacional prospectivo se inscribieron a 792 madres, 552 completaron el estudio. Alrededor del 70,3% de las madres experimentaron dificultades para amamantar, reportando pezones agrietados, percepción de cantidad insuficiente de leche, dolor y fatiga. La mayoría de las madres (63%) reportaron la aparición de dificultades dentro del primer mes después del parto, mientras que, en el segundo y tercer mes después del parto, las dificultades fueron experimentadas solo por el 9% y el 10% de las madres inscritas, respectivamente. Un total de 189 (48,7%) madres entre las que han tenido dificultades para amamantar informaron que fueron apoyadas con éxito por profesionales de la salud, mientras que 78 (20,1%) madres resolvieron las dificultades por sí mismas y 45 (11,6%) madres con el apoyo de amigos. o parientes. Las dificultades no se resolvieron en el 19,6% de los casos; sin embargo, el 7% de estas últimas madres siguieron amamantando. (14)

En otro estudio el 40% de las madres habían experimentado problemas de lactancia temprana. Los problemas estaban asociados con la madre, el bebé y la falta de apoyo de los profesionales de la salud. Los problemas más prominentes fueron la incapacidad del bebé para agarrarse (40%) y las madres que tenían pezones doloridos, heridos y agrietados (38%). El dolor a menudo se presenta al experimentar problemas de lactancia. Los factores asociados con los problemas fueron primiparidad, menor autoeficacia y menor conocimiento auto percibido sobre la lactancia materna. Las madres sin educación o con poca educación informaron de problemas de lactancia con menos frecuencia. (15)

En este estudio, confirmamos que la aplicación de calostro orofaríngeo es segura y práctica en los bebés con bajo peso al nacer y encontramos que la implementación de un protocolo de calostro orofaríngeo se asocia con el aumento de las tasas de lactancia materna a las 6 semanas, y a través del alta. Dados los innegables beneficios de la leche materna para los bebés con bajo peso al nacer, o puede servir como

catalizador para aumentar las tasas de lactancia materna y la duración entre los bebés prematuros. (16)

La frenotomía redujo el dolor en el pezón de las madres que amamantaban a corto plazo. Los investigadores no encontraron un efecto positivo constante sobre la lactancia materna. Los investigadores no informaron complicaciones graves, pero el número total de bebés estudiados fue pequeño. El pequeño número de ensayos junto con las deficiencias metodológicas limita la certeza de estos hallazgos. (17)

En otro estudio realizado la razón más común para buscar una frenotomía fue la dificultad para prenderse (38%). Las consultoras privadas de lactancia fueron las principales personas que recomendaron una frenotomía (31%). Las tasas de lactancia materna exclusiva se mantuvieron similares antes y después de la frenotomía (58% versus 58%), aunque las tasas de alimentación con fórmula aumentaron dos veces durante el seguimiento. La capacidad de los bebés para extender la lengua hasta el labio inferior después de la frenotomía aumentó significativamente ($p < 0,0001$). Casi todos los participantes (91%) informaron una mejora general en la lactancia materna después de la frenotomía. El dolor durante la lactancia se redujo significativamente después de la frenotomía (DM 2,90; IC del 95%: 3,75 a 2,05) y las puntuaciones generales de la escala LATCH aumentaron significativamente (DM -0,50; IC del 95%: -0,67 a -0,33). (18).

En un estudio transversal realizado en México con 218 madres de clase alta seleccionadas según su lugar de residencia por ubicación geográfica, nivel socioeconómico y costo de las consultas pediátricas. Eran mayores de 18 años y con hijos de 6 a 24 meses. La edad media de la madre fue de 31,4 años (DE 4,4) y la mayoría de los participantes tenía estudios universitarios, estaban casados y trabajaban fuera del hogar. La prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses fue del 28%. Las madres trabajadoras de clase alta tienen menos probabilidades de continuar amamantando. Hubo una asociación negativa con el empleo (AOR 13,69; IC del 95%: 1,59, 111,11), el uso del biberón en los primeros 6 meses (AOR 7,93; IC del 95%: 3,07, 20,48) y un bajo nivel de conocimiento (AOR

2,18; 95% CI 1,04, 4,56). Después de 6 meses, solo 61 madres (28%) mantuvieron la lactancia materna exclusiva. (19)

En un estudio cualitativo histórico donde participaron 3 países Suecia, Irlanda y Estados Unidos a principios de la década de 1970, las tasas de lactancia materna en todos estos países de altos ingresos eran muy bajas, pero a mediados de la década de 2000, los resultados de la lactancia materna variaban ampliamente en los tres países. Los regímenes de políticas diferenciales han llevado al desarrollo diferencial de los resultados de la lactancia materna. En Suecia, la lactancia materna aumentó rápidamente debido a las políticas que apoyan el trabajo productivo y reproductivo de las mujeres, valoran el trabajo de cuidados como un bien público y apoyan las iniciativas internacionales de salud pública como apoyo público a los cuidados. En Irlanda, el cuidado todavía se considera dominio de las mujeres, y hay menos apoyo público para la atención. Esta falta de reconocimiento del trabajo de cuidados como un bien público valioso ha provocado un retraso en la adherencia a las iniciativas internacionales de salud pública dirigidas a la lactancia materna. En combinación con las limitaciones que enfrentan las mujeres en Irlanda debido al modelo de “un sostén de familia y medio”, las tasas de lactancia materna se han mantenido estancadas. Los resultados de este análisis sugieren varias implicaciones teóricas tanto en la teoría del estado de bienestar de género como en la literatura sobre salud pública. En primer lugar, Suecia, como país pionero en adoptar las recomendaciones internacionales, tiene las tasas de lactancia más altas. Sin embargo, el cumplimiento de las iniciativas de la OMS / UNICEF depende de las políticas del régimen de bienestar y del apoyo general a las mujeres en el trabajo productivo y reproductivo. Por ejemplo, Suecia fue uno de los primeros en adoptar la Iniciativa de hospitales amigos del niño y muchas partes de la Declaración de Innocenti. Suecia también tiene políticas que reconocen a las mujeres como contribuyentes al mercado laboral y como proveedoras valiosas del trabajo de cuidados. En los países de bienestar socialdemócratas, las mujeres adquieren sus derechos y posiciones en la sociedad a través tanto el trabajo productivo y reproductivo, y el trabajo de cuidados se apoya como un bien público valorado y en segundo lugar, los resultados sugieren que la Iniciativa de hospitales amigos del niño puede tener un efecto sobre las tasas de lactancia materna. Por ejemplo, Suecia, que tiene el 97% de sus hospitales certificados como Amigos del

Niño, no se ha mantenido al día con el control institucionalizado de su Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño desde 2004, y muchos de sus hospitales no logran obtener la recertificación. Desde 2004, la duración de la lactancia materna en Suecia también ha disminuido de un máximo del 72,4% de las mujeres que amamantan a los seis meses en 2003 a solo el 65% en 2009. Irlanda, por otro lado, aumentó su participación en la Iniciativa de hospitales amigos de los niños a lo largo de la 2000, y el inicio de la lactancia materna en Irlanda ha aumentado del 38% en 2000 al 54,1% en 2010. (20)

En un estudio cualitativo realizado en Ghana los resultados muestran que los conceptos erróneos sobre las madres y las abuelas y algunas prácticas culturales según lo informado por los trabajadores sanitarios continúan obstaculizando las prácticas de LME en el área de estudio. Los hallazgos revelan que las normas culturales de larga data que alientan a las madres a dar agua a sus bebés y otros brebajes de hierbas, incluso inmediatamente después del nacimiento, aún persisten en el área de estudio. Generalmente, según lo informado por los trabajadores sanitarios, las abuelas no apoyaban la LME e influían en las prácticas de lactancia materna de sus hijas. También existe una brecha en los niveles de conocimiento de las madres con respecto a la idoneidad de solo la leche materna para satisfacer las necesidades de hambre y sed de los bebés durante los primeros seis meses de vida. Los hallazgos también tienen implicaciones para la necesidad de involucrar a las abuelas. (21)

En este estudio se realizó una búsqueda en Scopus, MEDLINE, CINAHL y PsychINFO para recuperar estudios desde enero de 2000 hasta octubre de 2015, se incluyeron 48 artículos en la revisión final. Se identificaron dieciséis barreras agrupadas de acuerdo a tres categorías: (i) Barreras prenatales; (ii) barreras al parto y durante el primer día de vida; y (iii) barreras en los primeros 6 meses de vida. La barrera informada con más frecuencia fue el 'empleo materno' (n 23) y la menos informada fue la duración planificada de la LME' (n2), las barreras relacionadas con el embarazo para la lactancia materna exclusiva fueron falta de atención prenatal o asistencia tardía, pocos conocimientos de la madre sobre la lactancia materna, salud materna y falta de intención de practicar la lactancia materna, las barreras relacionadas para la lactancia materna: primer día de vida fueron parto fuera de un centro de salud, parto

por cesárea, momento de inicio de lactancia materna precoz contra demorado, alimentación pre-lactea; las barreras para mantener la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida fueron, empleo materno, percepciones de mala conducta infantil, salud y señales de problema de alimentación, percepción de leche materna insuficiente, nutrición materna inadecuada percibida , problemas de lactancia (mastitis, congestión mamaria y pezones agrietados), falta de asesoramiento en lactancia, apoyo familiar y comunitario para la lactancia materna exclusiva.(22)

Se agregaron algunos ítems del instrumento CAP, extraído del proyecto de investigación “Propuesta de intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva en adolescentes embarazadas de santo Tomás Ajusco” con un alfa de Cronbach del 0.8, correspondiente de la pregunta numero 1 a la 25 del instrumento utilizado en este proyecto de investigación. (23)

Antecedentes

El abandono precoz de la lactancia materna es un problema de interés social y científico, ya que aporta múltiples beneficios a la madre, lactante, sociedad e instituciones de salud.

Si se ve desde el punto de vista de salud el amamantar es un factor protector para el desarrollo de cáncer mamario, diabetes, enfermedades cardíacas y depresión postparto, de igual forma favorece a la contracción del útero previniendo hemorragias durante el puerperio, también ayudará a la madre a regularizar su presión, reduce estrés y problemas de anemia entre otros beneficios.

Para el lactante aporta grandes beneficios a su sistema inmune, ya que proporciona una gran cantidad de inmunoglobulinas que ayudan a la prevención de distintas infecciones respiratorias y digestivas, reduce el riesgo de asma y alergias, también ayudará a reducir problemas de obesidad, enfermedades crónico-degenerativas y cáncer.

También contribuirá al vínculo entre madre y bebe favoreciendo el apego y dándole al niño una buena estabilidad emocional.

La lactancia materna también auxilia a reducir grandes costos en el sistema de salud, ya que los gastos para la compra de sucedáneos de la leche son elevados afecta la economía familiar y en el caso del IMSS los recursos de la institución, como ya se mencionó anteriormente los múltiples beneficios preventivos que tiene, ayudará a reducir a largo plazo el mantenimiento de enfermedades crónicas-degenerativas y cáncer, estas patologías implican un gran gasto al sistema de salud mexicano.

Con la realización de esta investigación, se verá beneficiada, la población adulta e infantil, el instituto y el personal de salud de la unidad. De igual manera, con la difusión de los resultados, se podrá conocer cuáles son las fallas que se están teniendo en el primer nivel de atención para que las madres no lleven la lactancia al menos en los primeros dos años de vida del lactante.

Cabe mencionar, que la presente investigación es susceptible de ser realizada, ya que se cuenta con el apoyo de las autoridades de la UMF No. 33, los recursos necesarios para llevar a cabo la investigación, así como la formación y experiencia del investigador responsable.

Planteamiento del problema

La lactancia materna aporta múltiples beneficios tanto a la madre como al lactante, la OMS recomienda que se lleve a cabo hasta los 2 años del lactante, los primeros 6 meses de manera exclusiva y a partir de los 6 meses introduciendo la alimentación complementaria.

A pesar de contar con esta información en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018, en México la duración media de la lactancia materna es de 9.7 meses a nivel nacional, por entidad federativa los estados de Oaxaca, Guerrero y Estado de México son los que cuentan con porcentajes más altos de lactancia materna por el contrario los estados de Tamaulipas, Coahuila y Chihuahua tienen el porcentaje más bajo.

Se tiene conciencia y existen múltiples estudios donde mencionan diferentes factores que influyen en el abandono de la lactancia materna, los factores van desde lo social, cultural, económico, de salud hasta la desinformación de las madres a pesar de que se les dan pláticas informativas acerca del tema.

Aun teniendo conocimiento de esto sigue existiendo una alta prevalencia de abandono precoz de la lactancia materna, es de suma importancia determinar cuáles son las fallas tanto del personal de salud como de la madre para que no se lleve a cabo según las recomendaciones de la OMS.

De acuerdo con un estudio publicado en España se encontró que la prevalencia de lactancia materna exclusiva y lactancia materna fue del 77,6 y del 88%, respectivamente; la lactancia materna exclusiva a los 6 meses fue del 25,4%, y la lactancia materna a los 2 años, del 7,7%. Las razones principales de finalización de la lactancia fueron la producción insuficiente de leche (36%) y la incorporación al trabajo (25,9%). Las variables asociadas con el inicio o mantenimiento de la lactancia materna exclusiva fueron: madre de más de 35 años, estatus económico medio-alto, extranjera con menos de 10 años de residencia en España y haber participado en taller de lactancia tras el parto. (24)

Por otro lado, Méndez et al. (2015) en un estudio descriptivo, prospectivo, observacional y transversal, en el Hospital de La Mujer en Morelia Michoacán, el grupo de edad de mujeres más jóvenes (15-25 años) son las que presentan porcentajes

mayores en cuanto a el tiempo de lactancia materna insuficiente con 19.1%(n=17),las mujeres de zona urbana son aquellas que tienen un porcentaje mayor en cuanto a tiempo de lactancia materna insuficiente con 16.9% (n=15),el grado de escolaridad que determinó un tiempo de LME insuficiente con mayor porcentaje fue preparatoria y secundaria terminada con 9% (n=8).en cuanto a la ocupación se mostró que las mujeres que menos tiempo de lactancia dan son las que se dedican al hogar con un 23.6% (n=21)) y el grupo de mujeres en unión libre se relaciona con mayores porcentajes en tiempo de LME insuficiente con 15.7% (n=14).(25)

Según cifras de la UNICEF solo uno de cada 3 lactantes recibe leche materna exclusiva durante los primeros 6 meses.

Con base en lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores maternos asociados al abandono temprano de la lactancia materna en mujeres de la UMF 33?

Objetivos

Objetivo general

- Determinar los factores maternos asociados al abandono temprano de la lactancia materna en mujeres de la UMF 33.

Objetivos específicos

- Describir los factores sociodemográficos asociados al abandono temprano de la lactancia materna en mujeres de la UMF 33.
- Describir los factores biológicos maternos asociados al abandono temprano de la lactancia materna en mujeres de la UMF 33.
- Describir los factores sociales y culturales asociados al abandono temprano de la lactancia materna en mujeres de la UMF 33.

Sujetos, material y métodos.

Características del lugar donde se realizará el Estudio.

El estudio se realizará en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” del Instituto Mexicano del Seguro Social, la cual es una unidad de primer nivel de atención. La Unidad de Medicina Familiar pertenece al órgano de operación administrativa desconcentrada D.F norte del I.M.S.S., ubicada en la zona noreste del distrito Federal entre las Avenidas Aquiles Serdán, Avenida de las Culturas y Avenida Renacimiento S/N, Colonia El Rosario, Azcapotzalco.

Cuenta con una infraestructura constituida por: Dirección, Administración, Jefatura de Trabajo Social, Jefatura de Enseñanza e Investigación, Departamento de Salud en el Trabajo, Archivo Clínico, Departamento de Medicina Preventiva, Servicio de Curaciones, Servicio de Radiología, Laboratorio Clínico, Almacén, Servicios Básicos, Comedor, Departamento de Mantenimiento, CEyE, Módulos de Trabajo Social, Aulas, Auditorio, Consultorios de Medicina Familiar, Consultorio de EMF, Consultorios de Servicio Dental, Farmacia y Módulo de Información y Orientación.

Áreas de Influencia.

Se divide en cuatro sectores, los cuales están constituidos de la siguiente manera:

Sector 1: Naucalpan, constituido por las colonias: La Florida, Los Pastores, Diez de Abril, Echegaray, Rincón del Bosque Echegaray, Hacienda de Cristo, Jardines de la Florida, Satélite, Zona Poniente, Santa María Nativitas.

Sector 2: Tlalnepantla, constituido por las colonias. Puente de Vigas, San Pedro Xalpa, Bella Vista Rancho San José, Vista Hermosa, Industrial las Armas, Plazas de la Colina, Residencial del Parque, Unidad Habitacional C.R.O.C III, El Rosario Infonavit, Xocoyahualco.

Sector 3: Distrito federal, constituido por las colonias: Tierra Nueva, Prados del Rosario, Hacienda del Rosario, Unidad PEMEX Azcapotzalco, Rosario CTM, San Martín Xochinahuac, Unidad Francisco Villa, Rosario Infonavit, Unidad Habitacional C.R.O.C I y II, Unidad Habitacional Manuel Rivera.

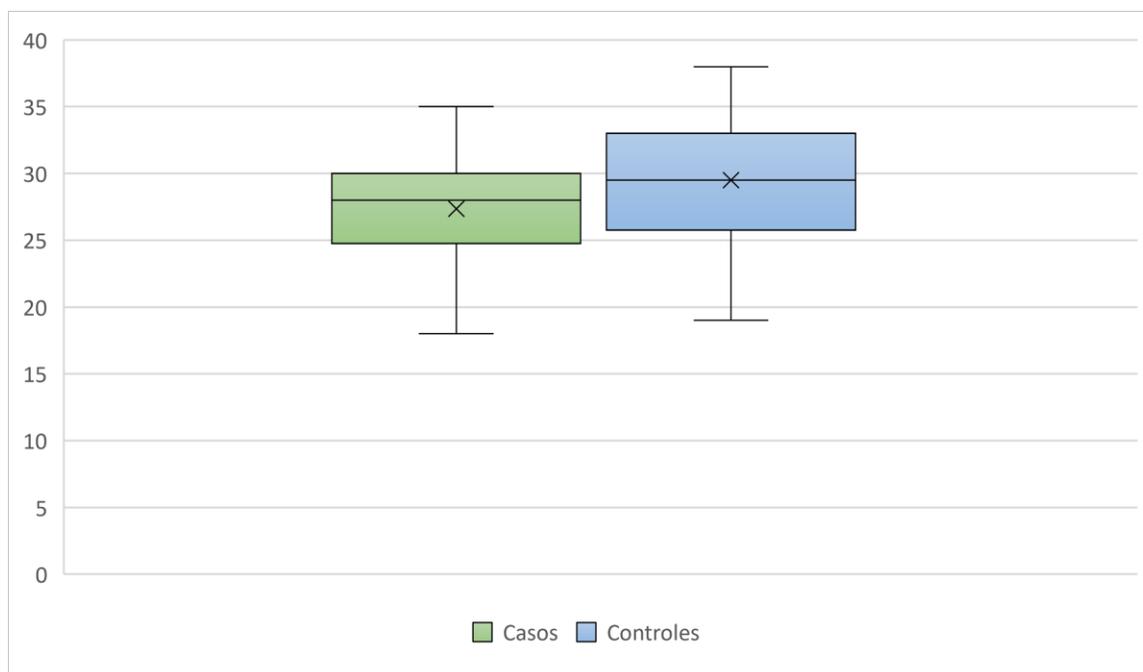
Sector 4: Distrito Federal, constituido por las colonias: Ahuizotla DF, Providencia, San Pedro Xalpa, Ejido San Pedro Xalpa y Pueblo Santiago Ahuizotla.

Resultados

Cuadro 1: Comparativo de edad de la madre por grupo de estudio

	Grupo				Valor p
	Casos		Controles		
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	
Edad madre	28.73	5.32	30.86	5.56	0.004

Gráfico 1: Comparativo de edad de la madre por grupo de estudio

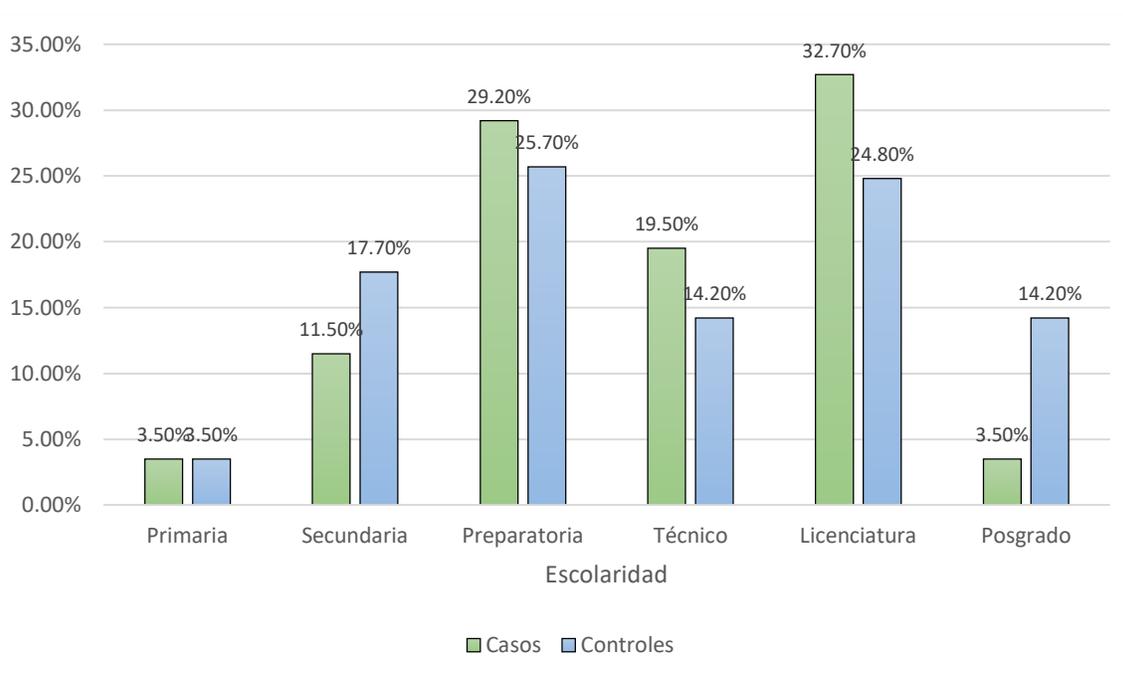


La edad materna presentó una media inferior para las mujeres del grupo de casos (28.73 ± 5.32 vs 30.86 ± 5.56) que se mostró significativa ($p=0.004$). Por lo que se asume que la edad menor de la madre es un factor que se asocia a abandono temprano de la lactancia materna

Cuadro 2: Comparativo de escolaridad de la madre por grupo de estudio

Grupo	Casos		Controles		Valor p
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Primaria	4	3.5%	4	3.5%	1.000
Secundaria	13	11.5%	20	17.7%	0.187
Preparatoria	33	29.2%	29	25.7%	0.551
Técnico	22	19.5%	16	14.2%	0.286
Licenciatura	37	32.7%	28	24.8%	0.186
Posgrado	4	3.5%	16	14.2%	0.005
Total	113	100.0%	113	100.0%	

Gráfico 2: Comparativo de escolaridad de la madre por grupo de estudio

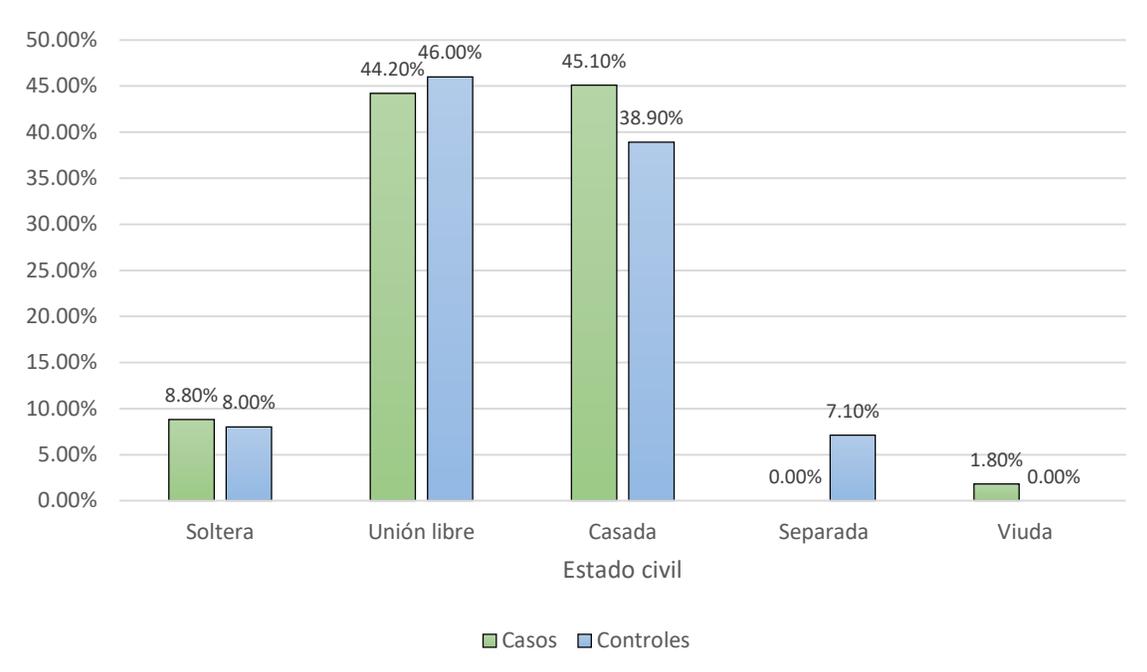


La escolaridad de primaria se presentó igual en ambos grupos (100.0% vs 100.0%). La escolaridad de secundaria predominó en el grupo de controles (17.7% vs 11.5%) sin mostrarse significativo ($p=0.187$). La escolaridad de preparatoria predominó en el grupo de casos (29.2% vs 25.7%) sin mostrarse significativo ($p=0.551$). La escolaridad de técnico predominó en el grupo de casos (19.5% vs 14.2%) sin mostrarse significativo ($p=0.286$). La escolaridad de licenciatura predominó en el grupo de casos (32.7% vs 24.8%) sin mostrarse significativo ($p=0.186$). La escolaridad de posgrado predominó en el grupo de controles (14.2% vs 3.5%) presentándose significativo ($p=0.005$).

Cuadro 3: Comparativo de estado civil de la madre por grupo de estudio

	Casos		Controles		Valor p
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Soltera	10	8.8%	9	8.0%	0.811
Unión libre	50	44.2%	52	46.0%	0.789
Casada	51	45.1%	44	38.9%	0.346
Separada	0	0.0%	8	7.1%	0.004
Viuda	2	1.8%	0	0.0%	0.155
Total	113	100.0%	113	100.0%	

Gráfico 3: Comparativo de estado civil de la madre por grupo de estudio

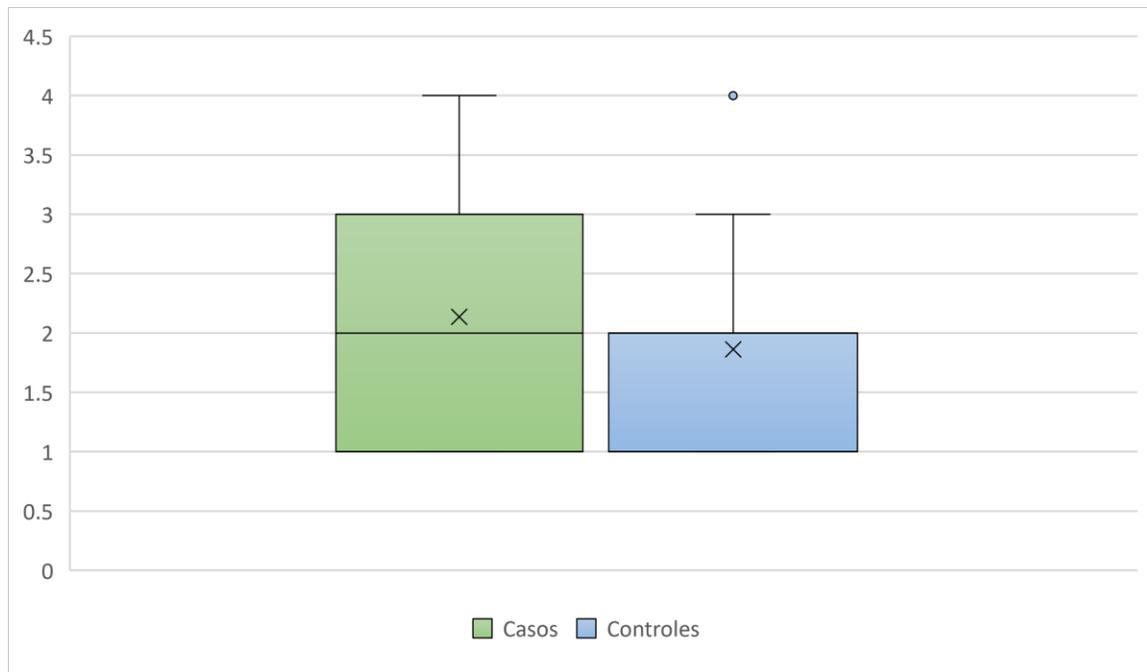


El estado civil de soltera predominó en el grupo de casos (8.8% vs 8.0%) sin mostrarse significativo ($p=0.811$). El estado civil de unión libre predominó en el grupo de controles (46.0% vs 44.2%) sin mostrarse significativo ($p=0.789$). El estado civil de casada predominó en el grupo de casos (45.1% vs 38.9%) sin mostrarse significativo ($p=0.346$). El estado civil de separada predominó en el grupo de controles (7.1% vs 0.0%) mostrándose significativo ($p=0.004$). El estado civil de viuda predominó en el grupo de casos (1.8% vs 0.0%) sin mostrarse significativo ($p=0.155$).

Cuadro 4: Comparativo del número de hijos por grupo de estudio

	Grupo				Valor p
	Casos		Controles		
Número de hijos	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	
	1.99	0.90	1.88	0.78	0.344

Gráfico 4: Comparativo del número de hijos por grupo de estudio

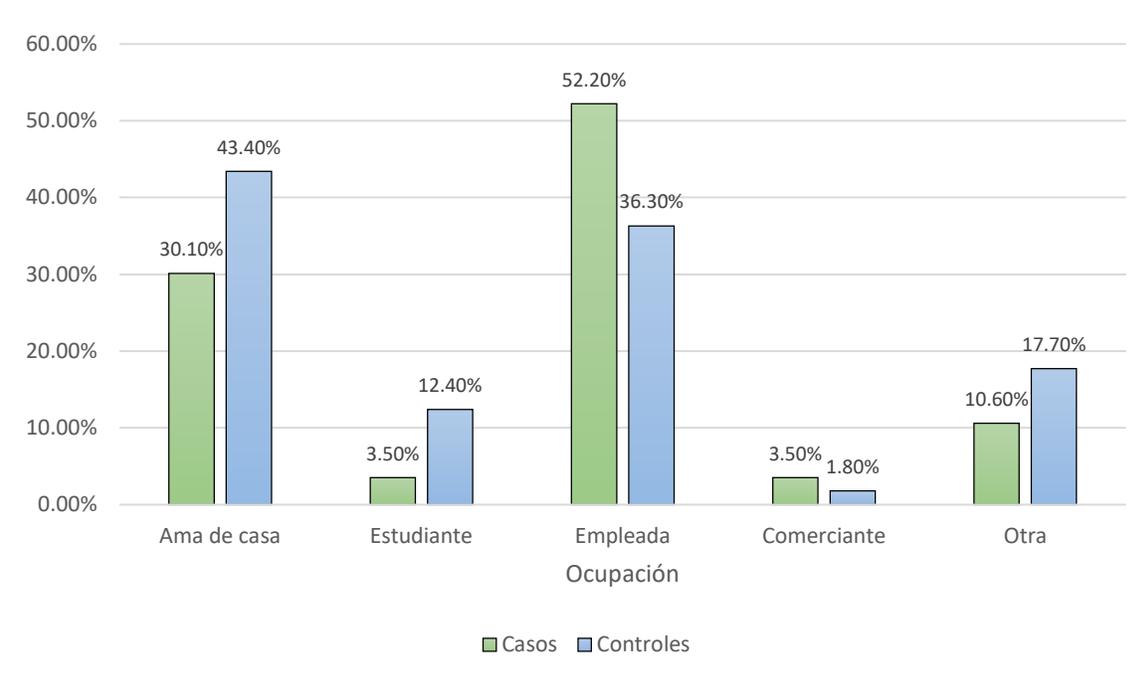


El número de hijos tuvo una media mayor para el grupo de casos (1.99 ± 0.90 vs 1.88 ± 0.78) sin mostrarse significativo ($p=0.344$).

Cuadro 5: Comparativo de la ocupación de la madre por grupo de estudio

	Grupo				Valor p
	Casos		Controles		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Ama de casa	34	30.1%	49	43.4%	0.038
Estudiante	4	3.5%	14	12.4%	0.014
Empleada	59	52.2%	41	36.3%	0.016
Comerciante	4	3.5%	2	1.8%	0.408
Otra	12	10.6%	20	17.7%	0.127
Total	113	100.0%	113	100.0%	

Gráfico 5: Comparativo de la ocupación de la madre por grupo de estudio

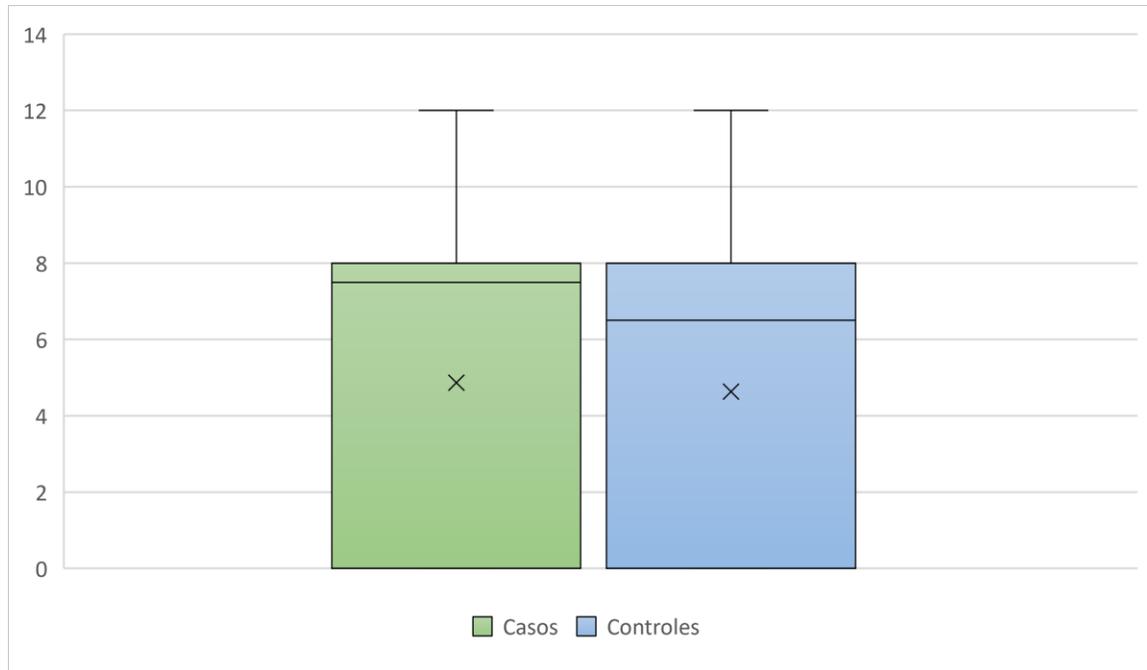


La ocupación de ama de casa fue más frecuente en el grupo de control (43.4% vs 30.1%) mostrándose significativo ($p=0.038$). La ocupación de estudiante fue más frecuente en el grupo de control (12.4% vs 3.5%) mostrándose significativo ($p=0.014$). La ocupación de empleada más frecuente en el grupo de casos (52.2% vs 36.3%) mostrándose significativo ($p=0.016$). La ocupación de comerciante fue más frecuente en el grupo de casos (3.5% vs 1.8%) sin mostrarse significativo ($p=0.408$). La ocupación de otra fue más frecuente en el grupo de controles (17.7% vs 10.6%) sin mostrarse significativo ($p=0.127$).

Cuadro 6: Comparativo de horas laboradas de la madre por grupo de estudio

	Grupo				Valor p
	Casos		Controles		
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	
Horas laboradas	5.64	4.10	5.13	4.73	0.393

Gráfico 6: Comparativo de horas laboradas de la madre por grupo de estudio

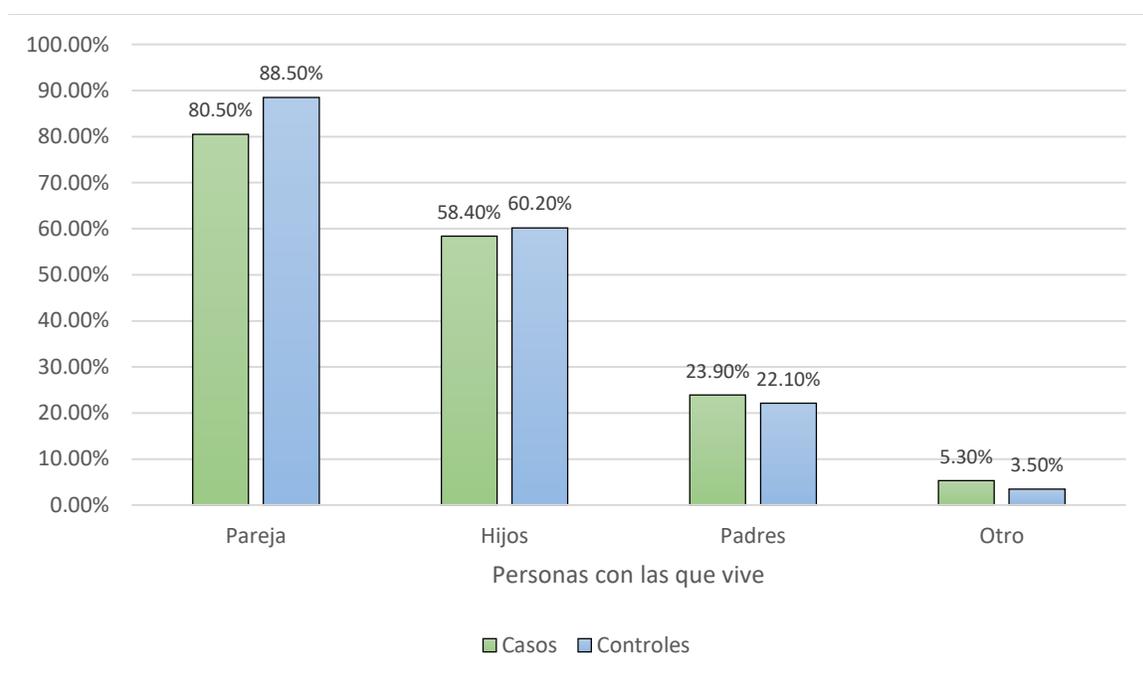


El número de horas laboradas fuera de casa tuvo una media mayor para el grupo de casos (5.64 ± 4.10 vs 5.13 ± 4.73) sin mostrarse significativo ($p=0.393$).

Cuadro 7: Comparativo de convivencia de la madre por grupo de estudio

	Casos		Controles		Valor p
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Pareja	91	80.5%	100	88.5%	0.098
Hijos	66	58.4%	68	60.2%	0.787
Padres	27	23.9%	25	22.1%	0.752
Otro	6	5.3%	4	3.5%	0.518
Total	113	100.0%	113	100.0%	

Gráfico 7: Comparativo de convivencia de la madre por grupo de estudio

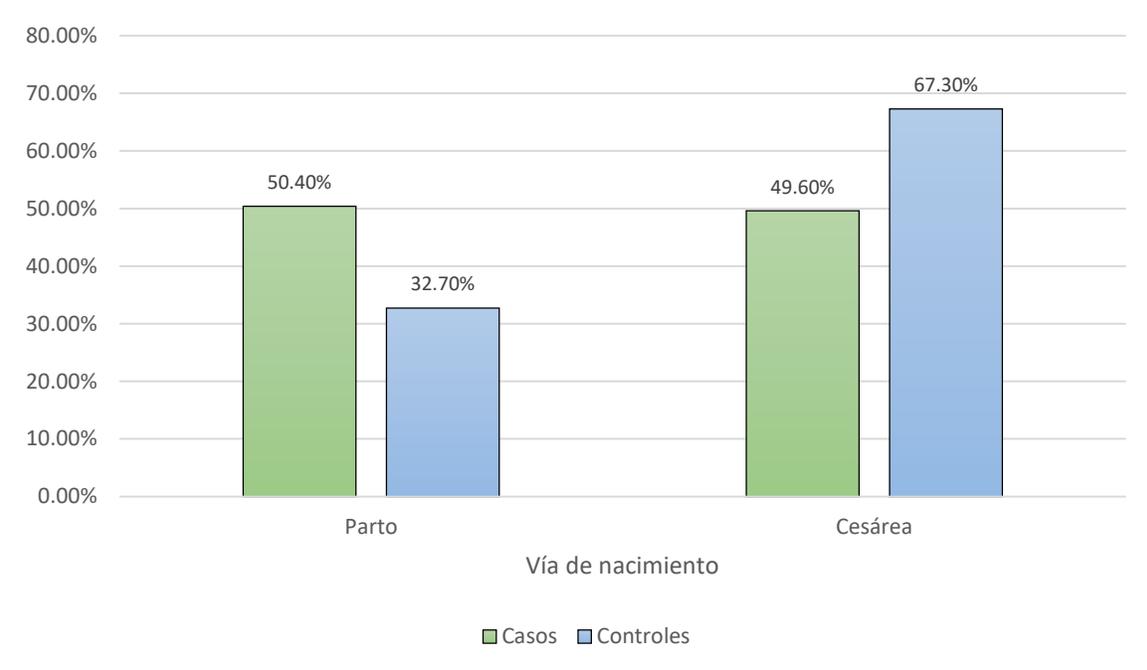


La convivencia con pareja fue más frecuente en el grupo de controles (88.5% vs 80.5%) sin mostrarse significativo ($p=0.098$). La convivencia con hijos fue más frecuente en el grupo de controles (60.2% vs 58.4%) sin mostrarse significativo ($p=0.787$). La convivencia con padres fue más frecuente en el grupo de casos (23.9% vs 22.1%) sin mostrarse significativo ($p=0.752$). La convivencia con otros fue más frecuente en el grupo de casos (5.3% vs 3.5%) sin mostrarse significativo ($p=0.518$).

Cuadro 8: Comparativo de vía de nacimiento por grupo de estudio

	Casos		Controles		Valor p
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Parto	57	50.4%	37	32.7%	0.007
Cesárea	56	49.6%	76	67.3%	
Total	113	100.0%	113	100.0%	

Gráfico 8: Comparativo de vía de nacimiento por grupo de estudio

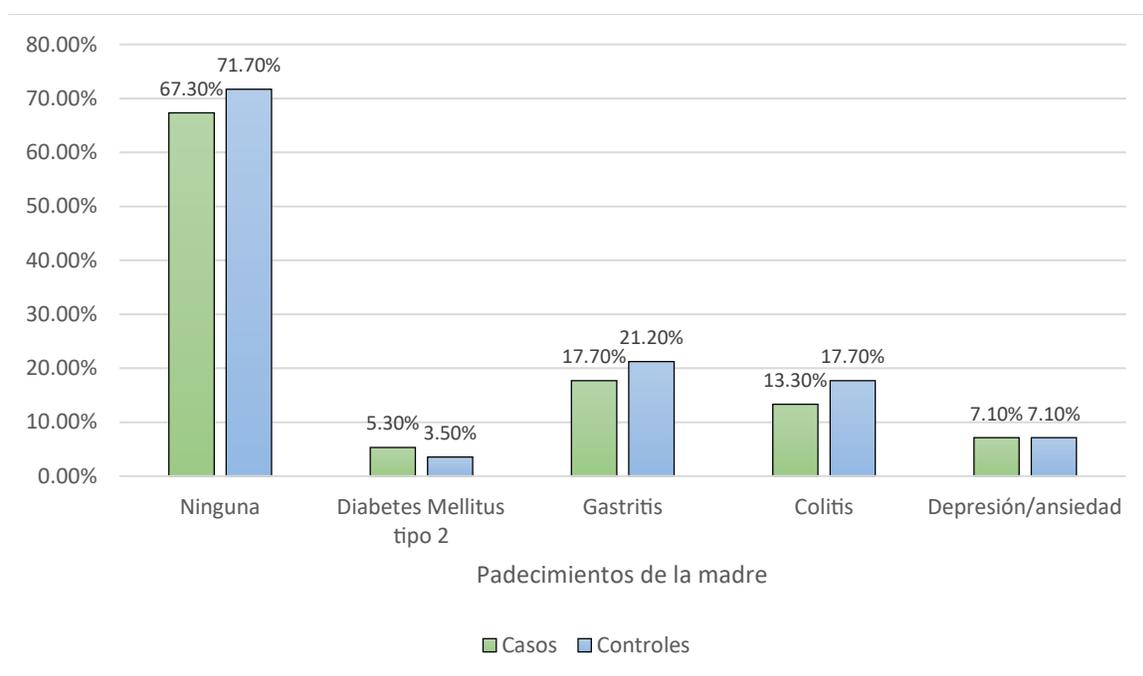


La vía de nacimiento de parto fue más frecuente en el grupo de casos (50.4% vs 32.7%) mostrándose significativo ($p=0.007$). La vía de nacimiento de cesárea fue más frecuente en el grupo de controles (67.3% vs 49.6%) mostrándose significativo ($p=0.007$).

Cuadro 9: Comparativo de padecimientos de la madre por grupo de estudio

	Grupo				Valor p
	Casos		Controles		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Ninguna	76	67.3%	81	71.7%	0.470
Diabetes Mellitus tipo 2	6	5.3%	4	3.5%	0.518
Gastritis	20	17.7%	24	21.2%	0.502
Colitis	15	13.3%	20	17.7%	0.358
Depresión/ansiedad	8	7.1%	8	7.1%	1.000

Gráfico 9: Comparativo de padecimientos de la madre por grupo de estudio

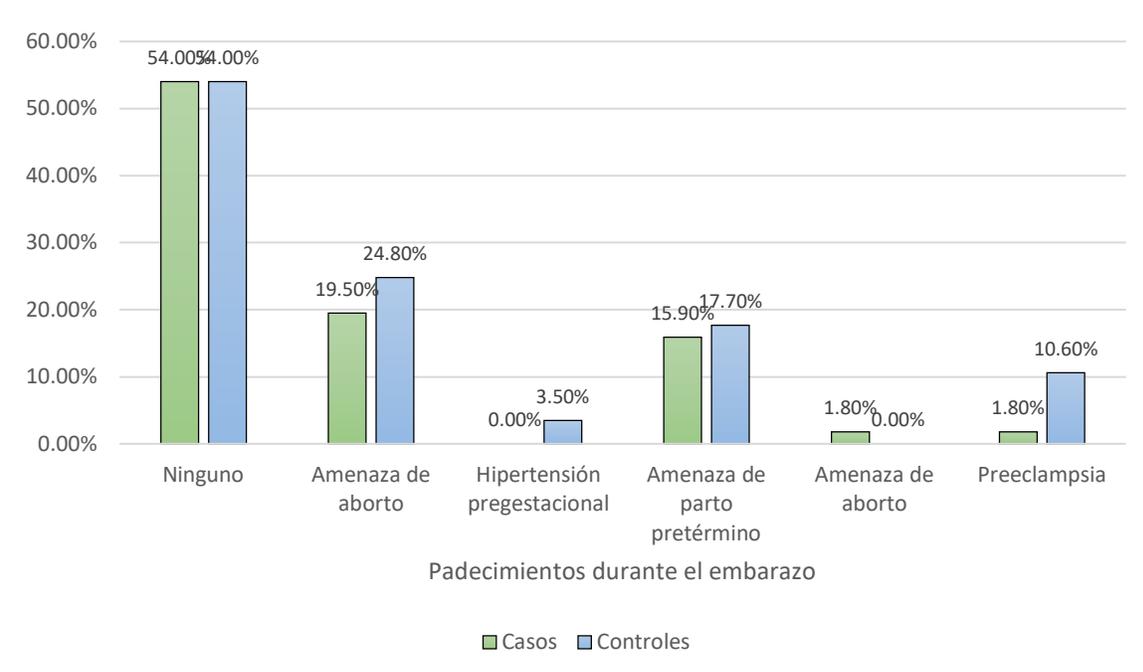


La ausencia de padecimientos fue más prevalente en el grupo de casos (67.3% vs 71.7%) sin mostrarse significativo ($p=0.470$). La diabetes mellitus tipo 2 fue más prevalente en el grupo de casos (5.3% vs 3.5%) sin mostrarse significativo ($p=0.518$). La gastritis fue más prevalente en el grupo de controles (21.2% vs 17.7%) sin mostrarse significativo ($p=0.502$). La colitis fue más prevalente en el grupo de controles (17.7% vs 13.3%) sin mostrarse significativo ($p=0.358$). La depresión/ansiedad se presentó igual en ambos grupos (100.0% vs 100.0%).

Cuadro 10: Comparativo de padecimientos en el embarazo por grupo de estudio

Grupo	Casos		Controles		Valor p
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Ninguno	61	54.0%	61	54.0%	1.000
Amenaza de aborto	22	19.5%	28	24.8%	0.336
Hipertensión pregestacional	0	0.0%	4	3.5%	0.044
Amenaza de parto pretérmino	18	15.9%	20	17.7%	0.722
Amenaza de aborto	2	1.8%	0	0.0%	0.155
Preeclampsia	2	1.8%	12	10.6%	0.006

Gráfico 10: Comparativo de padecimientos en el embarazo por grupo de estudio



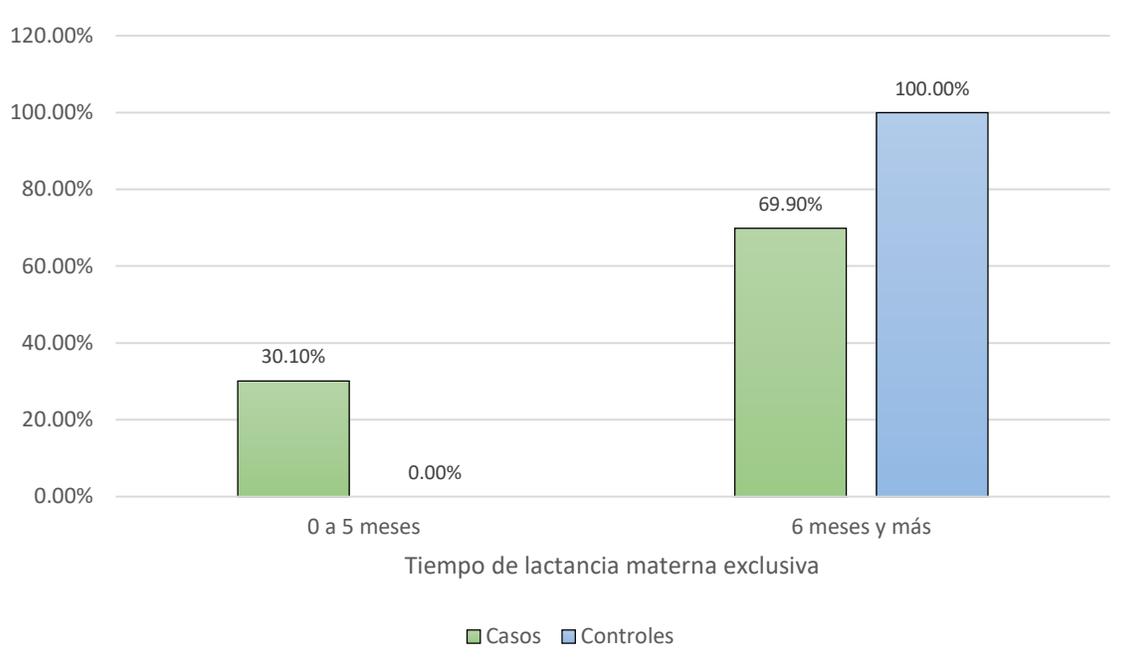
La ausencia de padecimientos durante el embarazo se presentó igual entre grupos (54.0% vs 54.0%). La amenaza de aborto fue más frecuente en el grupo de controles (24.8% vs 19.5%) sin mostrarse significativo ($p=0.336$). La hipertensión pregestacional fue más frecuente en el grupo de controles (3.5% vs 0.0%) mostrándose significativo ($p=0.044$). La amenaza de parto pretérmino fue más frecuente en el grupo de controles (17.7% vs 15.9%) sin mostrarse significativo ($p=0.722$). La amenaza de aborto fue más frecuente en el grupo de casos (1.8% vs 0.0%) sin mostrarse significativo

($p=0.155$). La preeclampsia fue más frecuente en el grupo de controles (10.6% vs 1.8%) mostrándose significativo ($p=0.006$).

Cuadro 11: Comparativo de tiempo de lactancia materna por grupo de estudio

	Grupo				Valor p
	Casos		Controles		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
0 a 5 meses	34	30.1%	0	0.0%	<0.0001
6 meses y más	79	69.9%	113	100.0%	
Total	113	100.0%	113	100.0%	

Gráfico 11: Comparativo de tiempo de lactancia materna por grupo de estudio

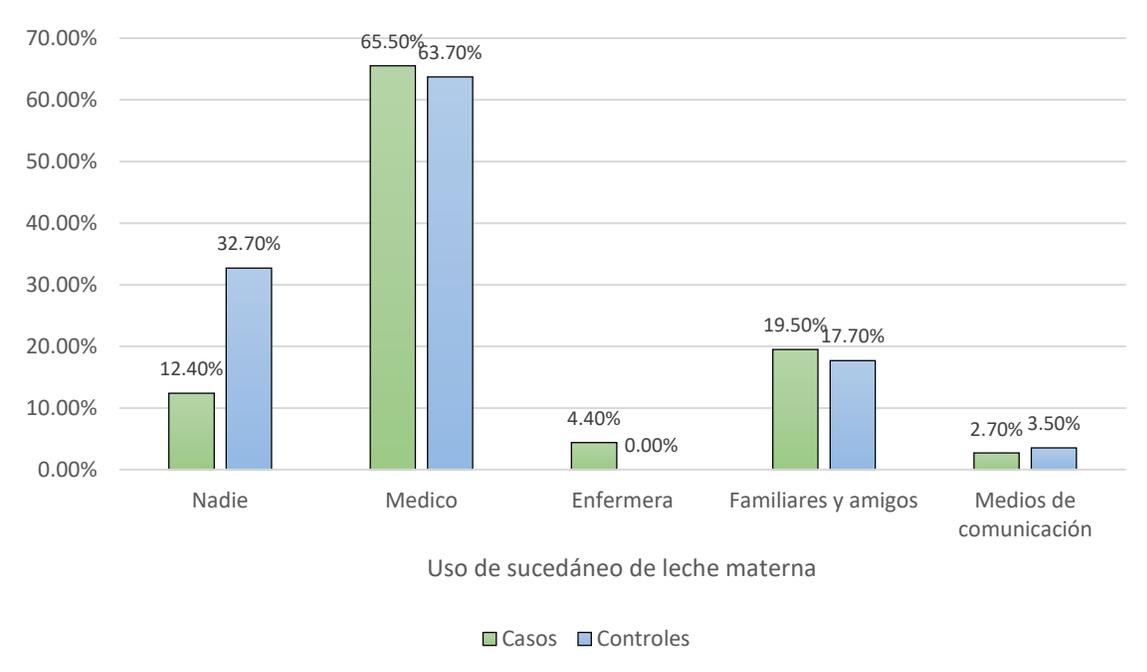


El tiempo de lactancia materna de 0 a 5 meses predominó en el grupo de casos (30.1% vs 0.0%) mostrándose significativo ($p < 0.0001$). El tiempo de lactancia materna de 6 meses y más predominó en el grupo de controles (100.0% vs 69.9%) mostrándose significativo ($p < 0.0001$).

Cuadro 12: Comparativo de recomendaciones de dar sucedáneos de leche materna por grupo de estudio

	Grupo				Valor p
	Casos		Controles		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Nadie	14	12.4%	37	32.7%	<0.0001
Medico	74	65.5%	72	63.7%	0.781
Enfermera	5	4.4%	0	0.0%	0.024
Familiares y amigos	22	19.5%	20	17.7%	0.732
Medios de comunicación	3	2.7%	4	3.5%	0.701

Gráfico 12: Comparativo de recomendaciones de dar sucedáneos de leche materna por grupo de estudio



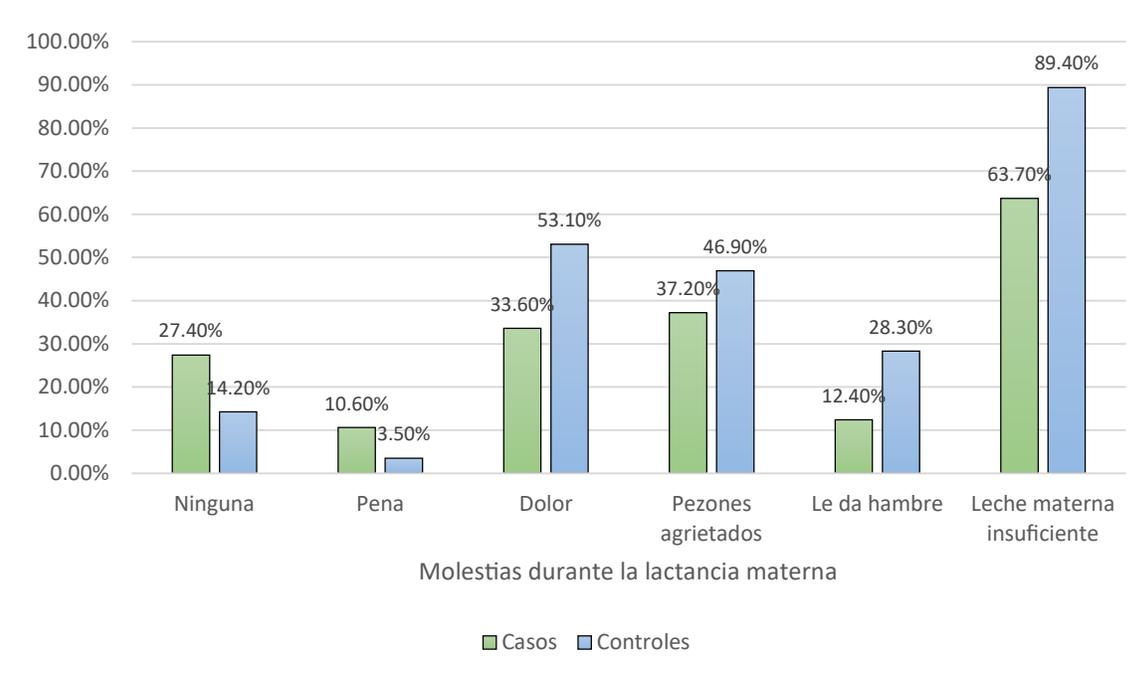
La recomendación de dar fórmula infantil por nadie predominó en el grupo de controles (32.7% vs 12.4%) mostrándose significativo ($p < 0.0001$). La recomendación de dar fórmula infantil por médico predominó en el grupo de casos (65.5% vs 63.7%) sin presentarse significativo ($p = 0.781$). La recomendación de dar fórmula infantil por enfermera predominó en el grupo de casos (4.4% vs 0.0%) mostrándose significativo ($p = 0.024$). La recomendación de dar fórmula infantil por familiares y amigos predominó en el grupo de casos (19.5% vs 17.7%) sin presentarse significativo ($p = 0.732$). La

recomendación de dar fórmula infantil por medios de comunicación predominó en el grupo de controles (3.5% vs 2.7%) sin presentarse significativo ($p=0.701$).

Cuadro 13: Comparativo de molestias al dar lactancia por grupo de estudio

	Casos		Controles		Valor p
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Ninguna	31	27.4%	16	14.2%	0.014
Pena	12	10.6%	4	3.5%	0.038
Dolor	38	33.6%	60	53.1%	0.003
Pezones agrietados	42	37.2%	53	46.9%	0.138
Le da hambre	14	12.4%	32	28.3%	0.003
Leche materna insuficiente	72	63.7%	101	89.4%	<0.0001

Gráfico 13: Comparativo de molestias al dar lactancia por grupo de estudio



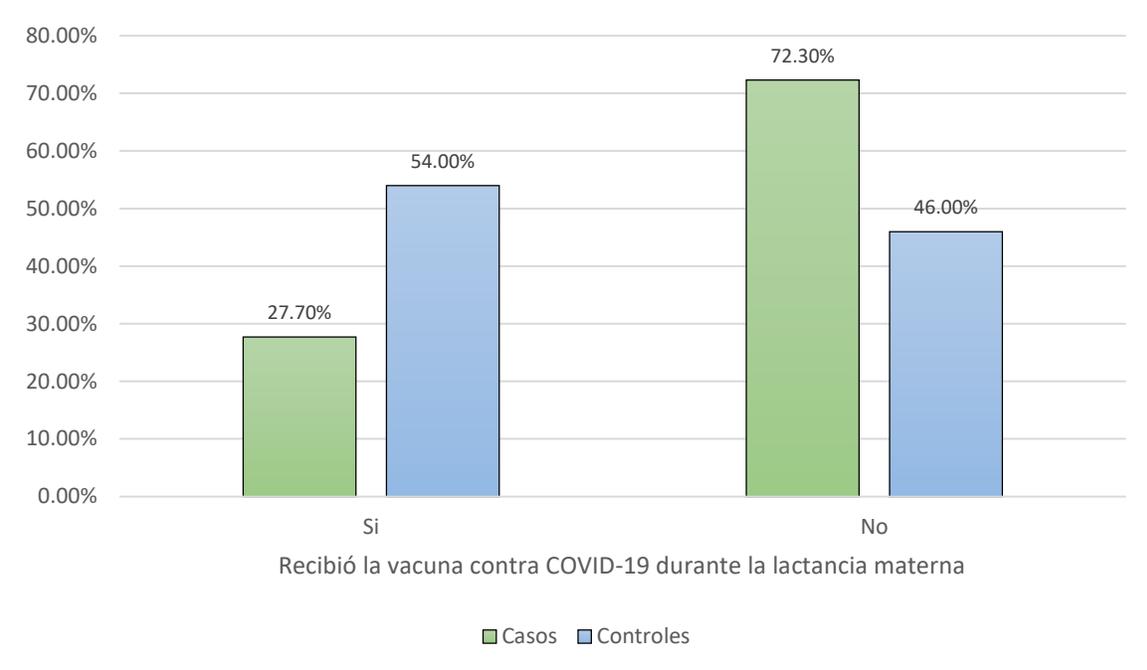
La ausencia de molestias durante la lactancia materna fue más frecuente en el grupo de casos (27.4% vs 14.2%) mostrándose significativo ($p=0.014$). La pena fue más frecuente en el grupo de casos (10.6% vs 3.5%) mostrándose significativo ($p=0.038$). El dolor fue más frecuente en el grupo de controles (53.1% vs 33.6%) mostrándose significativo ($p=0.003$). La presencia de pezones agrietados fue más frecuente en el grupo de controles (46.9% vs 37.2%) sin mostrarse significativo ($p=0.138$). La referencia de que da más hambre fue más frecuente en el grupo de controles (28.3% vs 12.4%) mostrándose significativo ($p=0.003$). La referencia de leche materna

insuficiente fue más frecuente en el grupo de controles (89.4% vs 63.7%) mostrándose significativo ($p < 0.0001$).

Cuadro 14: Comparativo de leche materna suficiente por grupo de estudio

	Casos		Controles		Valor p
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Si	72	63.7%	101	89.4%	<0.0001
No	41	36.3%	12	10.6%	
Total	113	100.0%	113	100.0%	

Gráfico 14: Comparativo de leche materna suficiente por grupo de estudio

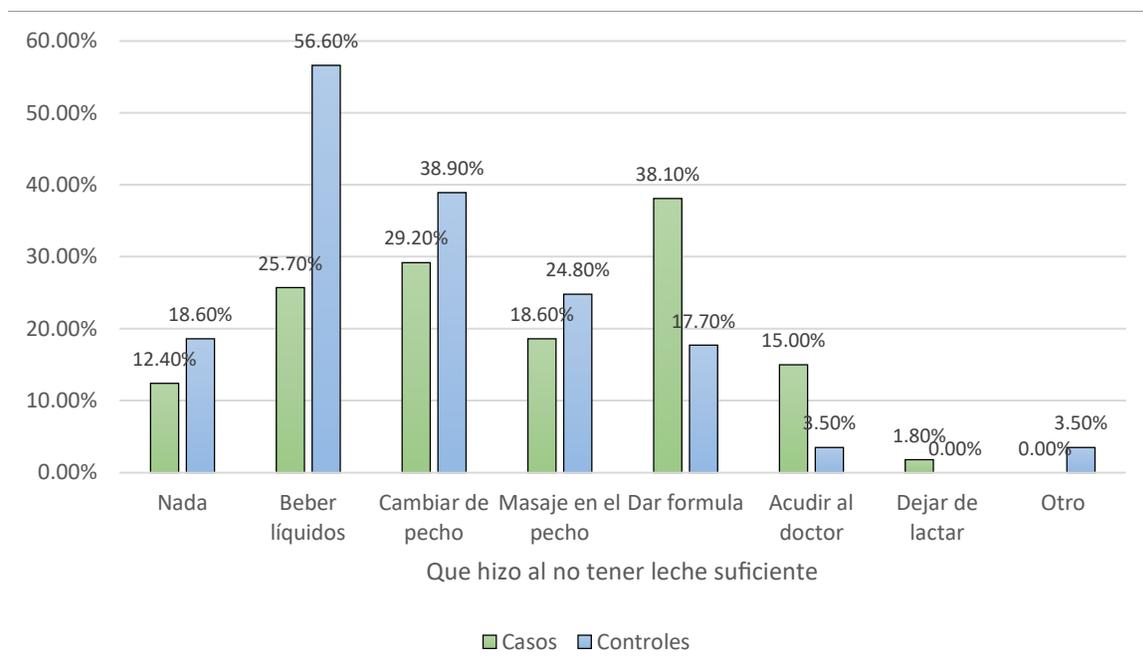


Las mujeres con leche materna suficiente fueron más frecuentes en el grupo de controles (89.4% vs 63.7%) mostrándose significativo ($p < 0.0001$).

Cuadro 15: Comparativo de acción al no tener leche suficiente por grupo de estudio

	Casos		Controles		Valor p
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Nada	14	12.4%	21	18.6%	0.198
Beber líquidos	29	25.7%	64	56.6%	<0.0001
Cambiar de pecho	33	29.2%	44	38.9%	0.123
Masaje en el pecho	21	18.6%	28	24.8%	0.258
Dar formula	43	38.1%	20	17.7%	0.001
Acudir al doctor	17	15.0%	4	3.5%	0.003
Dejar de lactar	2	1.8%	0	0.0%	0.155
Otro	0	0.0%	4	3.5%	0.044

Gráfico 15: Comparativo de acción al no tener leche suficiente por grupo de estudio



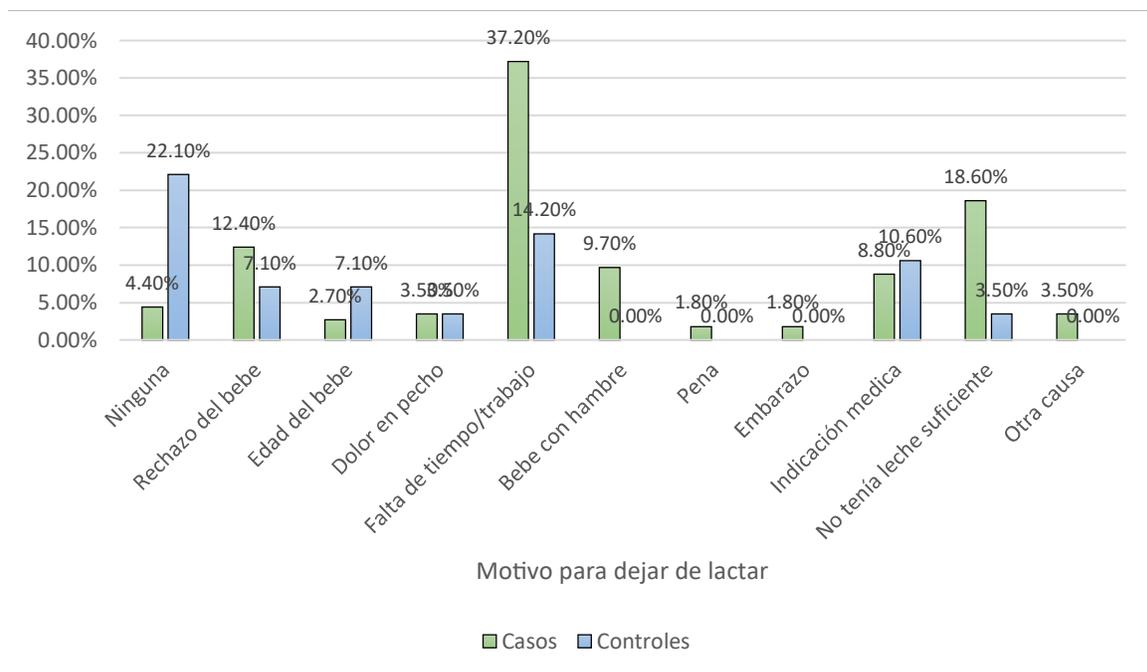
Al cuestionarse a las mujeres lo que hicieron al detectar leche materna insuficiente, la referencia de nada fue más frecuente en el grupo de controles (18.6% vs 12.4%) sin presentarse significativo ($p=0.198$). El beber líquidos fue más frecuente en el grupo de controles (56.6% vs 25.7%) mostrándose significativo ($p<0.0001$). El cambiar de pecho fue más frecuente en el grupo de controles (38.9% vs 29.2%) sin mostrarse significativo ($p=0.123$). El masaje en el pecho fue más frecuente en el grupo de

controles (24.8% vs 18.6%) sin mostrarse significativo ($p=0.258$). El dar fórmula fue más frecuente en el grupo de casos (38.1% vs 17.7%) mostrándose significativo ($p=0.001$). El acudir al doctor fue más frecuente en el grupo de casos (15.0% vs 3.5%) mostrándose significativo ($p=0.003$). El dejar de lactar fue más frecuente en el grupo de casos (1.8% vs 0.0%) sin mostrarse significativo ($p=0.155$). Otro motivo fue más frecuente en el grupo de controles (3.5% vs 0.0%) mostrándose significativo ($p=0.044$).

Cuadro 16: Comparativo de razón para dejar de dar lactancia materna por grupo de estudio

	Grupo				Valor p
	Casos		Controles		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Ninguna	5	4.4%	25	22.1%	<0.0001
Rechazo del bebe	14	12.4%	8	7.1%	0.178
Edad del bebe	3	2.7%	8	7.1%	0.122
Dolor en pecho	4	3.5%	4	3.5%	1.000
Falta de tiempo/trabajo	42	37.2%	16	14.2%	<0.0001
Bebe con hambre	11	9.7%	0	0.0%	0.001
Pena	2	1.8%	0	0.0%	0.155
Embarazo	2	1.8%	0	0.0%	0.155
Indicación medica	10	8.8%	12	10.6%	0.654
No tenía leche suficiente	21	18.6%	4	3.5%	<0.0001
Otra causa	4	3.5%	0	0.0%	0.044

Gráfico 16: Comparativo de razón para dejar de dar lactancia materna por grupo de estudio

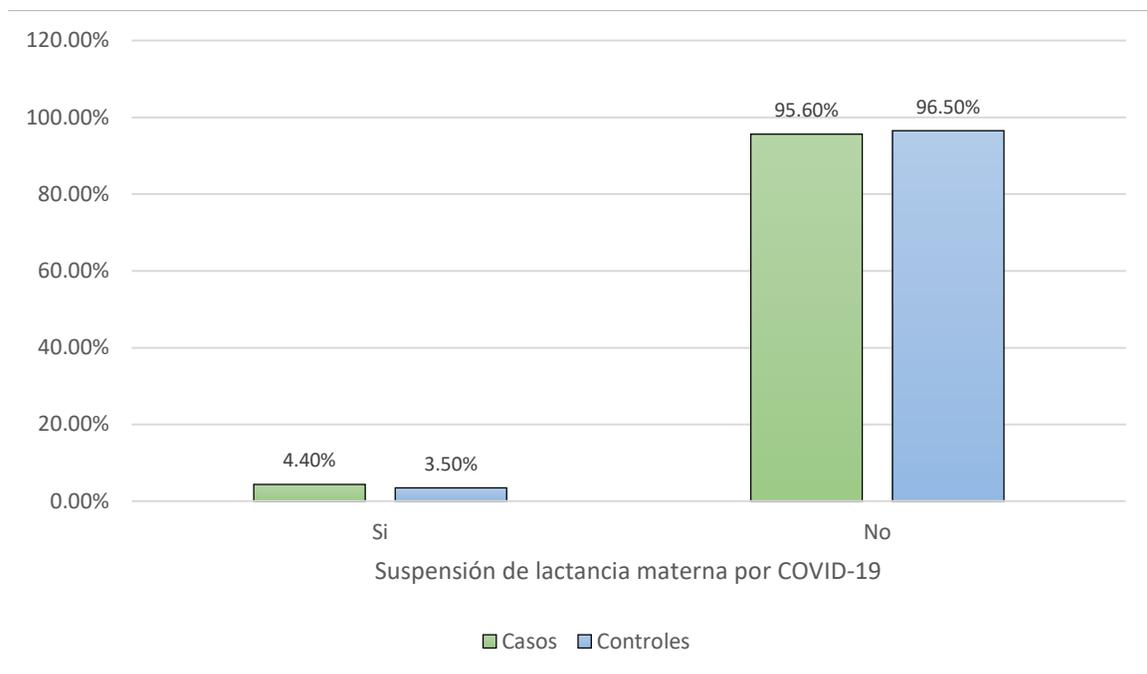


El motivo para dejar de lactar de ninguno fue más prevalente en el grupo de controles (22.1% vs 4.4%) mostrándose significativo ($p < 0.0001$). El motivo para dejar de lactar de rechazo del bebé fue más prevalente en el grupo de casos (12.4% vs 7.1%) sin mostrarse significativo ($p = 0.178$). El motivo para dejar de lactar de edad del bebé fue más prevalente en el grupo de controles (7.1% vs 2.7%) sin mostrarse significativo ($p = 0.122$). El motivo para dejar de lactar de dolor en el pecho de ninguno fue igualmente prevalente en ambos grupos (100.0% vs 100.0%). El motivo para dejar de lactar de falta de tiempo/trabajo fue más prevalente en el grupo de casos (37.2% vs 14.2%) mostrándose significativo ($p < 0.0001$). El motivo para dejar de lactar de bebé con hambre fue más prevalente en el grupo de casos (9.7% vs 0.0%) mostrándose significativo ($p = 0.001$). El motivo para dejar de lactar de pena fue más prevalente en el grupo de casos (1.8% vs 0.0%) sin presentarse significativo ($p = 0.155$). El motivo para dejar de lactar de embarazo fue más prevalente en el grupo de casos (1.8% vs 0.0%) sin presentarse significativo ($p = 0.155$). El motivo para dejar de lactar de indicación médica fue más prevalente en el grupo de casos (1.8% vs 0.0%) sin presentarse significativo ($p = 0.155$). El motivo para dejar de lactar de no tener leche suficiente fue más prevalente en el grupo de casos (18.6% vs 3.5%) mostrándose significativo ($p < 0.0001$). El motivo para dejar de lactar de otra causa fue más prevalente en el grupo de casos (3.5% vs 0.0%) mostrándose significativo ($p = 0.004$).

Cuadro 17: Comparativo de suspensión de lactancia materna por COVID-19 por grupo de estudio

	Grupo				Valor p
	Casos		Controles		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Si	5	4.4%	4	3.5%	0.734
No	108	95.6%	109	96.5%	
Total	113	100.0%	113	100.0%	

Gráfico 17: Comparativo de suspensión de lactancia materna por COVID-19 por grupo de estudio

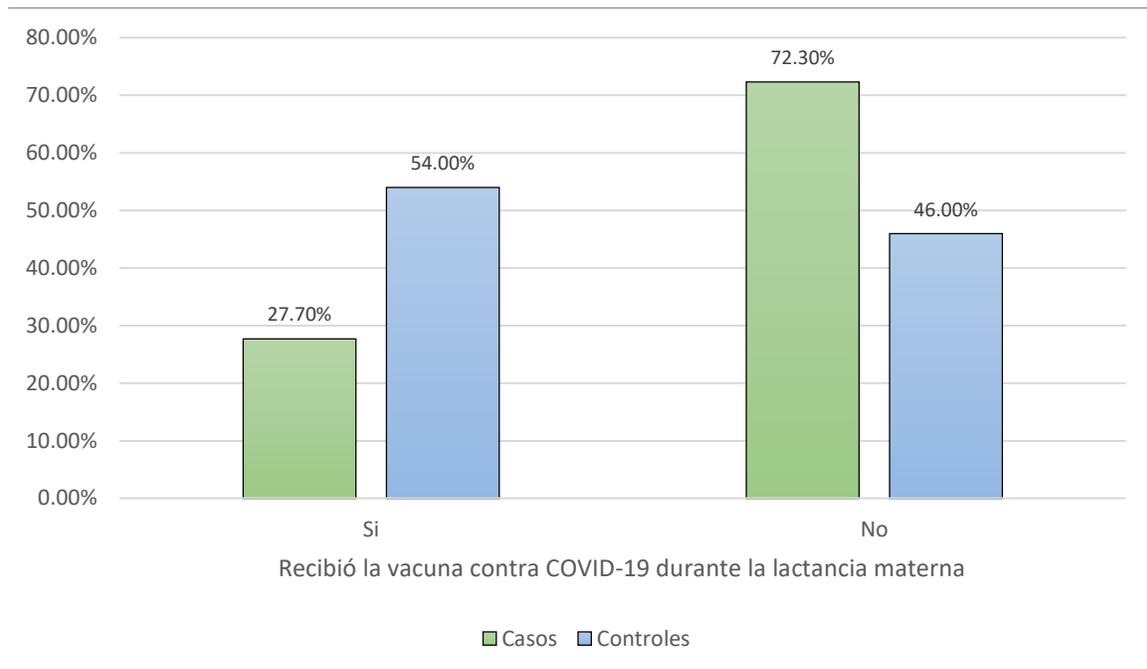


La suspensión de lactancia materna por COVID-19 fue más frecuente en el grupo de casos (4.4% vs 3.5%) sin presentarse significativo ($p=0.734$).

Cuadro 18: Comparativo de recepción de la vacuna contra COVID-19 durante la lactancia materna por grupo de estudio

	Grupo				Valor p
	Casos		Controles		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Si	31	27.7%	61	54.0%	<0.0001
No	81	72.3%	52	46.0%	
Total	112	100.0%	113	100.0%	

Gráfico 18: Comparativo de vía de nacimiento por grupo de estudio

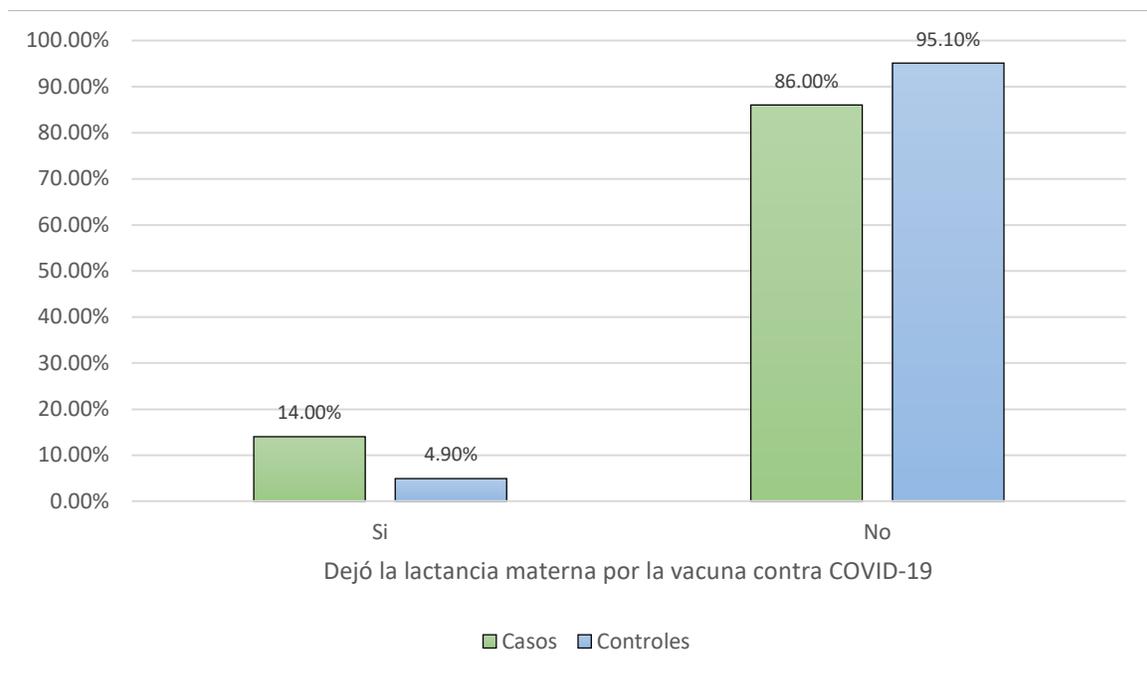


Las mujeres que recibieron la vacuna contra COVID-19 durante la lactancia materna fueron más frecuentes en el grupo de controles (54.0% vs 27.7%) mostrándose significativo ($p < 0.0001$).

Cuadro 19: Comparativo de abandono de lactancia materna por vacuna contra COVID-19 por grupo de estudio

	Grupo				Valor p
	Casos		Controles		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Si	6	14.0%	3	4.9%	0.107
No	37	86.0%	58	95.1%	
Total	43	100.0%	61	100.0%	

Gráfico 19: Comparativo de abandono de lactancia materna por vacuna contra COVID-19 por grupo de estudio

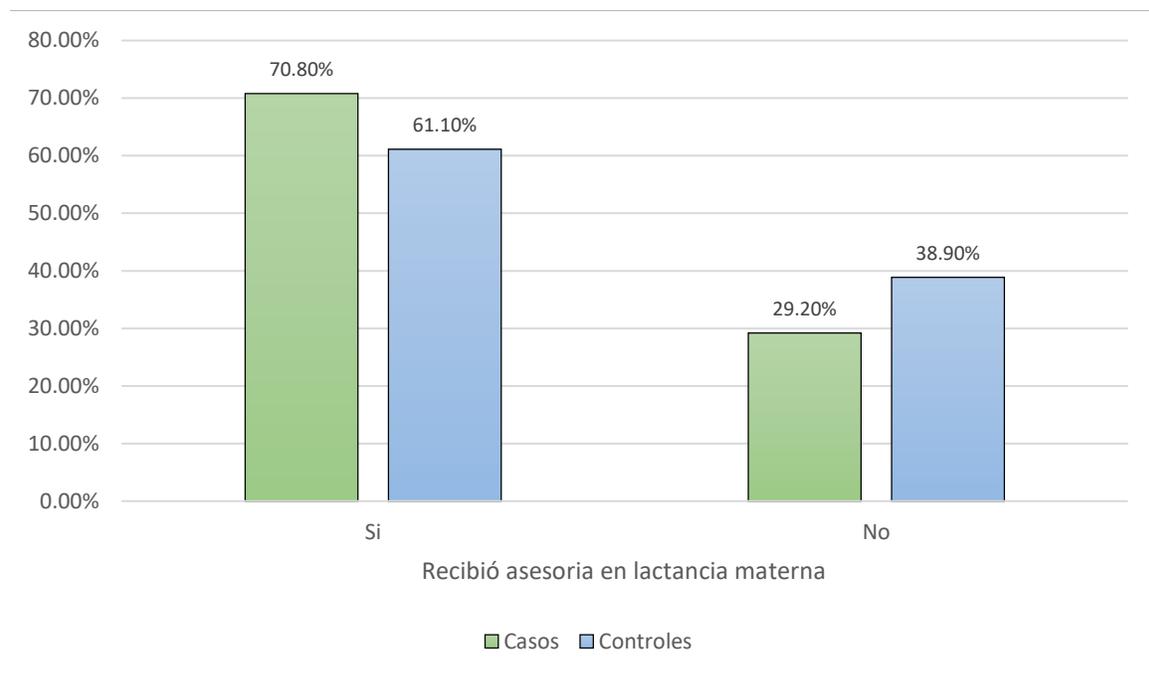


Las mujeres que dejaron la lactancia materna por la vacuna contra COVID-19 fueron más frecuentes en el grupo de casos (14.0% vs 4.9%) sin mostrarse significativo ($p=0.107$).

Cuadro 20: Comparativo de recepción de asesoría en lactancia materna por grupo de estudio

	Grupo				Valor p
	Casos		Controles		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Si	80	70.8%	69	61.1%	0.123
No	33	29.2%	44	38.9%	
Total	113	100.0%	113	100.0%	

Gráfico 20: Comparativo de recepción de asesoría en lactancia materna por grupo de estudio



Las mujeres que recibieron asesoría en lactancia materna fueron más frecuentes en el grupo de casos (70.8% vs 61.1%) sin mostrarse significativo ($p=0.123$).

Discusión

Los primeros años de vida se consideran las etapas más críticas del crecimiento y desarrollo de la humanidad. Con el inicio de un nuevo milenio, la lactancia materna ha ganado una atención especial como uno de los principales contribuyentes a la salud infantil en las políticas nacionales e internacionales. La leche materna es un fluido biológico complejo y es un alimento muy ideal para los lactantes y recién nacidos. Esta sustancia proporciona a los lactantes una nutrición de alta calidad y cantidad con el máximo equilibrio nutricional específico para la edad de los lactantes. Como resultado, la OMS y UNICEF han recomendado que los niños deben ser amamantados exclusivamente hasta los seis meses de edad, continuando con el uso de alimentos complementarios por dos años. Por lo tanto, la lactancia materna exclusiva y exitosa se ve afectada por muchos factores fisiológicos y psicológicos en las madres. (33)

En el presente estudio la edad materna fue menor en las mujeres que abandonaron tempranamente la lactancia materna (28.73 ± 5.32 vs 30.86 ± 5.56 , $p=0.004$). Lo que se encuentra respaldado por Khan et al. quien encontró que las madres más jóvenes menores de treinta años tenían menos probabilidades de interrumpir la lactancia materna exclusiva en comparación con las madres mayores de treinta años (HR: 0.376, IC 90%: 0.158–0.893). (34) Este hecho se puede explicar por el hecho que las mujeres jóvenes no cuentan con el apoyo familiar y económico, por lo que son más propensas a buscar trabajo y descuidar de este modo a sus hijos lactantes.

La escolaridad no se mostró como factor asociado a abandono temprano de la lactancia materna. Lo que no está en concordancia al resultado obtenido por Mangrio et al. quien muestra que las madres con bajo nivel educativo se asocian significativamente con el cese de la lactancia antes de los 6 meses. (35) Por otra parte, Feenstra et al. demostró que, en comparación con las madres con nivel educativo medio o superior, la ocurrencia de problemas de lactancia temprana fue menor en las madres sin nivel educativo o con nivel educativo más bajo (ORa 0.64, IC 95%: 0.50-0.82). (36) En otro estudio, Babae et al. mostró que la duración de la lactancia materna fue menor en las madres con mayor escolaridad que en las madres con bajo nivel educativo. Este aumento en la lactancia fue casi el doble en mujeres analfabetas

que en mujeres con educación universitaria. (37) La razón detrás del bajo nivel educativo materno y el cese de la lactancia materna podría explicarse tanto por influencias motivacionales como sociales. Esta disparidad en los hallazgos demuestra que la escolaridad es un factor confusor en el estudio de los factores asociados al abandono de lactancia materna de manera temprana.

En cuanto a la ocupación de las mujeres estudiadas, solamente la ocupación de empleada fue significativamente más frecuente en el grupo de casos (52.2% vs 36.3%, $p=0.016$). Este resultado es contradictorio al reporte de Hornsby et al. quien encontró que las mujeres que reportaron haber dejado de trabajar/estudiar tenían más probabilidades de haber interrumpido la lactancia materna a los 3 o 6 meses ($p < 0.05$). (38) Sin embargo, Khan et al. encontró que las madres que eran amas de casa tenían una mayor tasa de completar la lactancia materna exclusiva que la madre trabajadora. Las madres que trabajan tienen menos tiempo para estar con sus hijos. Como resultado, es probable que comiencen a alimentar a sus bebés con alimentos complementarios antes de que los niños alcancen los seis meses de edad. Además, hay una falta de instalaciones para la lactancia materna en el lugar de trabajo. (34)

La vía de nacimiento de parto fue un factor significativo asociado al abandono de la lactancia materna (50.4% vs 32.7%, $p=0.007$). Este resultado es controvertido en la literatura clínica, Por un lado, existen reportes como el de Mangrio et al. quien halló que las complicaciones del parto, como los partos por cesárea, se consideraron determinantes para el cese temprano de la lactancia materna en varios estudios. La razón detrás de esta asociación podría estar relacionada con partos quirúrgicos que posiblemente tengan un efecto perjudicial sobre la lactancia materna y puede explicarse por un retraso en el inicio de la lactancia materna. (35) Por otro lado, Khan et al. encontró que las madres que tuvieron partos vaginales normales fueron más propensas a interrumpir la lactancia materna exclusiva que las madres por cesárea porque la madre que tuvo la cesárea recibe consejos de médicos y enfermeras durante la estadía en el hospital. (34)

Los motivos referidos por la madre que se asociaron significativamente con el abandono temprano de la lactación materna fueron: falta de tiempo/trabajo (37.2% vs

14.2%, $p < 0.0001$), bebé con hambre (9.7% vs 0.0%, $p = 0.001$), no tener leche suficiente (18.6% vs 3.5%, $p < 0.0001$) y otras causas (3.5% vs 0.0%, $p = 0.004$). Estos hallazgos son concordantes a lo reportado por Mangrio et al. donde percibir o experimentar un suministro de leche inadecuado fue una de las razones comunes para abandonar la lactancia antes de los 6 meses. (35)

Además, en el estudio de Gianni et al., la reincorporación al trabajo se asoció con el fracaso precoz de la lactancia materna exclusiva. Además, la percepción del valor nutricional limitado de la leche y el dolor durante la lactancia se asoció con un mayor riesgo de interrupción de la lactancia materna exclusiva solo en el análisis univariado. Se puede especular que estos factores podrían estar estrechamente relacionados con la percepción de un suministro de leche reducido y, a menudo, se mencionan juntos. (39) Debe hacerse énfasis en que la concepción de la mujer de una cantidad de leche insuficiente se atribuye a la falta de conocimiento sobre el proceso normal de la lactancia o a las dificultades técnicas en la alimentación, en lugar de una incapacidad real para producir suficiente leche. (40)

Conclusiones

Los factores asociados al abandono temprano de la lactancia materna en mujeres de a UMF 3 fueron: edad menor de 30 años, ocupación de empleada, nacimiento por parto, tiempo de lactancia menor a 6 meses, recomendación de dar fórmula infantil por enfermera, pena al lactar, leche materna no suficiente, falta de tiempo/trabajo, bebé con hambre, no tener suficiente leche.

Este demuestra que este grupo de mujeres jóvenes debe apoyarse la participación familiar para el apoyo en la lactancia materna, además de que será de gran utilidad realizar campañas educativas para eliminar la pena al lactar, además de mejorar el conocimiento sobre el proceso de lactación y animar a las madres a continuarla a pesar de percibir que tengan poca leche.

Bibliografía

- 1.- Hartmann PE, Boss M. How breastfeeding works: anatomy and physiology of human lactation. In: breastfeeding and breast milk – from biochemistry to impact, Ed, family laron- rosenquist Foundation.Georg thieme verlag KG [Internet]. 2018[citado 28 marzo 2021] Disponible en: <https://tghncollections.pubpub.org/pub/4-how-breastfeeding-works/release/10?readingCollection=61d16144>
- 2.- Martínez TG, Hernández CS. Lactancia materna en México Recomendaciones para el diseño e implementación de una política nacional multisectorial de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en México. México: Intersistemas S.A de C.V; 2016 [citado 28 marzo 2021].
- 3.- Novillo LN, Robles AJ, Calderón CJ. Beneficios de la lactancia materna y factores asociados a la interrupción de esta práctica. Enf. Investiga [Internet].2019 [citado 28 marzo 2021];4 (5): 29-35. Disponible en: [file:///C:/Users/estef/Downloads/729-110-1545-1-10-20191009%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/estef/Downloads/729-110-1545-1-10-20191009%20(2).pdf)
- 4.- Aguilar CM, González JE, Álvarez FJ, Padilla LC, Mur VN, García LP, et.al. Lactancia materna: un método eficaz en la prevención del cáncer de mama. Nutr Hosp [internet].2010 [citado 30 marzo 2021] ;25(6):954-958. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000600010
- 5.-Brahma P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2017[citado 30 marzo 2021];88(1):7-14. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/314715510_Beneficios_de_la_lactancia_materna_y_riesgos_de_no_amamantar
- 6.- Cardona GK, Castaño CJ, Hurtado QC, Moreno GM, Restrepo PA, Villegas AO. Frecuencia de lactancia materna exclusiva, factores asociados y relación con el desarrollo antropométrico y patologías en una población de lactantes atendida en Assbasalud ESE, Manizales (Colombia) 2010-2011. Archivos de Medicina (Col) [Internet]. 2013 [citado 30 marzo 2021];13(1):73-87. Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273828094008>
- 7.- González CD, González CT, Rodríguez RS, Escobar ZL. Early consumption of liquids different to breast milk in mexican infants under 1 year: results of the probabilistic National Health and Nutrition Survey 2012. Nutr. Hosp [Internet]. 2016 Feb [citado 29 de marzo 2021];33(1): 14-20. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000100004
- 8.- Sevilla PS, Zalles CL, Santa Cruz GW. Lactancia materna vs nuevas fórmulas lácteas artificiales: evaluación del impacto en el desarrollo, inmunidad, composición

corporal en el par madre/niño. Gac Med Bol [Internet]. 2011 [citado 28 de marzo del 2021]; 34(1):6-10. Disponible en:

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662011000100002&lng=es

9.- Perales MJ, Pina MB. Aspectos socioculturales de la lactancia materna en niños mayores. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2017 dic [citado 29 de marzo del 2021]; 19(76):337-344. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113976322017000500006&lng=es

10.- Persson K, Bramhagen A. Sociodemographic, physical, mental and social factors in the cessation of breastfeeding before 6 months: a systematic review. Scandinavian Journal of Caring Sciences [Internet]. 2017 [citado 6 de abril del 2021]; 32(2):451–465. Disponible en:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/scs.12489>

11.- Dagher RK, McGovern PM, Schold JD, Randall XJ. Determinants of breastfeeding initiation and cessation among employed mothers: a prospective cohort study. BMC pregnancy and childbirth [internet] 2016 [citado 8 de abril del 2021]; 16(1):194. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4966748/>

12.- Orrego CL, Flórez SM, Revelo MS, Sánchez OG, Duque PL, Montoya MJ, et al. Factores asociados a la lactancia materna en mujeres de un municipio colombiano. Rev. Med. Risaralda. [Internet] 2018.[citado 15 abril 2021] ;23(1):29-33. Disponible en:https://www.researchgate.net/publication/324724776_Factores_asociados_a_la_lactancia_materna_en_mujeres_de_un_municipio_colombiano

13.- Martínez PU, Rangel FY, Rodríguez MM. ¿Lactancia materna o en pareja? Un estudio sobre las experiencias de reconfiguración de cuerpos, roles y cotidianidades en madres y padres mexicanos. Cadernos de Saúde Pública. [Internet]. 2017 [citado 11 abril 2021] ;33(9):1-10. Disponible en :

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2017000905007&script=sci_abstract&lng=es

14.- Gianni ML, Bettinelli M, Manfra P, Sorrentino G, Bezze E, Plevani L, et al. Breastfeeding Difficulties and Risk for Early Breastfeeding Cessation. Nutrients [internet] . 2019 [citado 4 abril 2021] ;11(10):2266. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6835226/>.

15.- Feenstra MM, Kirkeby MJ, Thygesen M, Danbjorg D, Kronborg H. Early breastfeeding problems: A mixed method study of mothers' experiences. Sex Reprod

Healthc [Internet]. 2018[citado 11 abril 2021];16:167-174. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29804762/>

16.-Snyder HA, Cepeda MN, Ladino J, Crowley K, Levy P. Early provision of oropharyngeal colostrum leads to sustained breast milk feedings in preterm infants. *Pediátricas & Neonatología* [Internet]. 2017 [citado 25 marzo 2021]; 58 (6) : 534-540. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187595721630119X#bib19>

17.- O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CP, Breathnach D, Jacobs SE, Todd DA, et al. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* [internet]. 2017 [citado 11 abril 2021], 11;3(3). Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28284020/>.

18.- Muldoon K, Gallagher L, McGuinness D, Smith V. Effect of frenotomy on breastfeeding variables in infants with ankyloglossia (tongue-tie): a prospective before and after cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* [internet]. 2017 noviembre [citado 11 abril 2021] ;17(1):373. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29132414/>

19.- Ávila OM, Castro SA, Martínez GE, Nuñez RG, Zambrano MA. Factors associated with abandoning exclusive breastfeeding in Mexican mothers at two private hospitals. *Int Breastfeed J* [internet]. 2020 [citado 11 abril 2021]; 15 (73). Disponible en:
<https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-020-00316-6>

20.- Lubold AM. Historical-qualitative analysis of breastfeeding trends in three OECD countries. *Int Breastfeed J*. [internet]. 2019 [citado 12 abril 2021] ;14 (36). Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13006-019-0230-0#citeas>

21.- Asamoah C, Teye DD, Agblorti S. Mothers' and grandmothers' misconceptions and socio-cultural factors as barriers to exclusive breastfeeding: A qualitative study involving Health Workers in two rural districts of Ghana. *Plos One*[Internet]. 2020 [citado 10 abril 2021] ;15(9): e0239278. Disponible: en:
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0239278>

22.- Kavle JA, LaCroix E, Dau H, Engmann C. Addressing barriers to exclusive breast-feeding in low- and middle-income countries: a systematic review and programmatic implications. *Public Health Nutrition Cambridge University Press* [Internet]. 2017 [citado 12 abril 2021] ;20(17):3120–34. Disponible en:
<https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/addressing->

[barriers-to-exclusive-breastfeeding-in-low-and-middle-income-countries-a-systematic-review-and-programmatic-implications/53EBA65F5D58D16E3E4D32E0FCFA938B](https://doi.org/10.1016/j.sbsm.2016.05.001)

23.- Patricia AM. Propuesta de intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva en adolescentes embarazadas de Santo Tomás Ajusco. Escuela de Salud Pública en México [Internet]. Abril 2013. [Citado 1 agosto 2021]. Disponible en: <https://catalogoinsp.mx/files/tes/12921.pdf>

24.- Ramiro GM, Ortiz MH, Cañedo AC, Esparza OM, Cortés RO, Terol CM, et al. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. Anales de Pediatría [Internet]. 2018 [20 marzo 2021]; 89 (1):32-43. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403317303144>

25.- Méndez JN, García RL, Reyes BD, Trujano RL. Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna en un programa de apoyo para la misma en el Hospital de la Mujer en Morelia Michoacán, en el periodo de septiembre a noviembre del 2014. Nutr. Hosp. [Internet]. 2015 diciembre [citado 20 marzo 2021]; 32(6): 2618-2621. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112015001200035&lng=es

26.- Diccionario de la Real Academia Española. España: Real academia española. 199. Internet. [Citado el 5 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.rae.es>.

27.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Glosario Internet. [Citado el 5 de mayo de 2021]. <https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ENEU>

28.- Irigoyen CA, Morales LH. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. 4a ed. México: Medicina Familiar Mexicana; 2013 [Citado el 5 de mayo de 2021].

29.- Ignatiadis M, Lee M, Jeffrey SS. El paciente crónico. Clin Cancer Res [Internet]. 2015;21(21):4786–800. [Citado el 5 de mayo de 2021]; 1(1): 36 pantallas. Disponible en: https://www.msdsalud.es/Assets/docs/dossier_msd/el-paciente-cronico.pdf.

30.- Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre la alimentación del lactante. [Internet] Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (WHA55 A55/15, párrafo 10) [Citado el 5 de mayo de 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/es/index.html

31.- MedlinePlus. [Internet]. Enciclopedia médica en español. [Citado el 5 de mayo de 2021]. Disponible en:

<http://www.funsepa.net/medlineplus/spanish/ency/article/002447.htm#Definici%C3%B3n>

32.- Instituto Nacional del Cancer [internet] Diccionarios de NCI. [Citado el 5 de mayo de 2021]. Disponible en:

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionariocancer/def/sars-cov-2>

33.- Maleki-Saghooni N, Barez MA, Moeindarbari S, et al. Investigating the Breastfeeding Self-Efficacy and its Related Factors in Primiparous Breastfeeding Mothers. *Int J Pediatr* 2017; 5(12):6275-6283. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.22038/ijp.2017.25656.2182>

34.- Khan MI, Kabir MR. Prevalence and Associated Factors of Early Cessation of Exclusive Breastfeeding Practice in Noakhali, Bangladesh: A Mixed-Method Study. *Journal of Pediatric Nursing* 2021; 58:e44–e53. Disponible en:

<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.12.017>

35.- Mangrio E, Persson K, Bramhagen AC. Sociodemographic, physical, mental and social factors in the cessation of breastfeeding before 6 months: a systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2017; 32(2):451–465. Disponible en:

<https://doi.org/10.1111/scs.12489>

36.- Feenstra MM, Jørgine M, Thygesen M, et al. Early breastfeeding problems: A mixed method study of mothers' experiences. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2018; 16:167–174. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.04.003>

37.- Babae E, Eshrati B, Asadi-Aliabadi M, et al. Early Cessation of Breastfeeding and Determinants: Time to Event Analysis. *Journal of Nutrition and Metabolism* 2020; 3819750. Disponible en: <https://doi.org/10.1155%2F2020%2F3819750>

38.- Hornsby PP, Gurka KK, Conaway MR, et al. Reasons for Early Cessation of Breastfeeding Among Women with Low Income. *Breastfeeding Medicine* 2019; 14(6):375-381. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1089/bfm.2018.0206>

39.- Gianni ML, Bettinelli ME, Manfra P, et al. Breastfeeding Difficulties and Risk for Early Breastfeeding Cessation *Nutrients* 2019; 11:2266. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nu11102266>

40.- Aldalili AYA, El.Mahalli AA. Research Title: Factors Associated with Cessation of Exclusive Breastfeeding. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2021; 14:239–246. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/jmdh.s277819>

Anexos



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONTROLADA CIUDAD DE MÉXICO NORTE
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO**

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

Nombre del estudio:	Factores maternos asociados al abandono temprano de la lactancia materna en mujeres de la UMF 33
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.
Lugar y fecha:	Azcapotzalco, Ciudad de México, UMF No. 33 El Rosario a _____ de _____ del 2021.
Número de registro institucional:	
Justificación y Objetivos del estudio:	El objetivo de este estudio es identificar los factores maternos asociados al abandono temprano de la lactancia materna en mujeres en la UMF no.33. La razón de realizar este estudio es que con los datos obtenidos se podrán identificar las causas por las cuales las mujeres se ven obligadas a suspender la lactancia materna, lo que permitirá llevar a cabo programas que favorezcan la lactancia materna hasta los dos años.
Procedimiento:	Si usted acepta participar, se le aplicará un cuestionario de 23 preguntas, relacionadas con su sexo, edad, escolaridad, estado civil, situación laboral, así como aspectos relacionados con la forma en la que usted lleva o llevo a cabo la lactancia materna, y en su caso los motivos por los cuales tuvo que suspenderla. El tiempo para contestar el cuestionario es de 5 minutos aproximadamente.
Posibles riesgos y molestias:	Esta investigación tiene un riesgo mínimo. El tiempo que usted dedicará para contestar el cuestionario es de aproximadamente 5 minutos, situación que puede llegar a generar molestia. Habrá respuestas en las que usted se pueda sentir incómoda al contestarlas o que sienta que son muy personales, lo que puede llegar a generar molestia.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted no recibirá pago por su participación, ni implica gasto alguno para usted, si bien, por el momento un posible beneficio que usted obtendrá es que, al término de su participación, se le proporcionará información amplia, clara y precisa sobre la lactancia materna. La información que usted nos proporcione servirá para poder generar nuevas estrategias, las cuales posiblemente en un futuro beneficien a otras personas o a usted de este nuevo conocimiento que se genere.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La información que nos brinde es estrictamente confidencial y será resguardada por la investigadora. Si durante la realización del estudio hubiera cambios en los riesgos o beneficios por su participación en esta investigación, existe el compromiso por parte de los investigadores de informarle, a pesar de que esto pueda modificar su opinión respecto a su participación.
Participación o retiro:	Su participación es completamente voluntaria, si decide no participar no se verá afectada la atención que recibe por parte del IMSS, si decide participar y posteriormente cambiar de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento, lo cual tampoco modificará los beneficios que usted tiene como derechohabiente al IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos proporcione que pueda identificarle (nombre y firma) será resguardada de manera confidencial y por separado de las respuestas del cuestionario para garantizar su privacidad por la doctora Daniela Abigail Hernández Camarillo, responsable de la investigación. Para proteger su identidad, se le asignará un número de folio que se utilizará para identificar sus datos, el cual se usará en lugar de su nombre en nuestra base de datos, cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en foros o conferencias no se utilizará ningún dato o clave que pudiera revelar su identidad, usted siempre permanecerá en el anonimato.

Declaración de consentimiento:

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

	Si acepto participar en el estudio.
	No acepto participar en el estudio.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con esta investigación podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:	Dra. Daniela Abigail Hernández Camarillo Matrícula 97155278 Médico Familiar de la UMF No. 33 El Rosario. Teléfono 53825112 Ext. 21407, Jefatura de enseñanza de la UMF No. 33 El Rosario.
Colaboradores:	Dra. Estefanía Castronovo Luna. Matrícula 97351692. Residente de primer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar. Teléfono celular: 55 Ext. 21407, Jefatura de enseñanza de la UMF No. 33 El Rosario.

En caso de dudas, aclaraciones o quejas sobre sus derechos como participante en el estudio de investigación, podrá dirigirse a: Comité Local de Ética en Investigación en Salud del CNIC del IMSS. Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comite.eticainv@imss.gob.mx

<p>_____</p> <p>Nombre y firma del participante</p>	<p><u>Dra. Daniela Abigail Hernández Camarillo 97155278</u></p> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>
<p>Testigo 1</p> <p>_____</p> <p>Nombre, relación y firma</p>	<p>Testigo 2</p> <p>_____</p> <p>Nombre, relación y firma</p>

Este formato contribuye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. Clave: 2810-009-013



CUESTIONARIO: FACTORES MATERNOS ASOCIADOS AL ABANDONO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MATERNA EN MUJERES DE LA UMF 33

Folio: _____

Le solicito atentamente su participación para resolver el siguiente cuestionario, que tiene como objetivo determinar los factores maternos asociados en el abandono temprano de la lactancia materna en mujeres de la UMF 33. La información que se obtenga será estrictamente CONFIDENCIAL. Agradezco la atención y el tiempo que usted preste para la realización de este cuestionario.

Instrucciones: Marque con una x la opción que mas se asemeje a la forma en la que usted vivió o está viviendo la lactancia materna con su ultimo hijo. En las preguntas que tengan *** al final usted podrá seleccionar varias respuestas. En las preguntas que tengan una _____ usted deberá anotar la respuesta solicitada.

- 1.- ¿Cuál es su edad? ____ años.
- 2.- ¿Cuál es la edad de su hijo? _____ meses/años.
- 3.- ¿Hasta qué grado estudio?
 - a) Primaria.
 - b) Secundaria.
 - c) Preparatoria.
 - d) Carrera técnica.
 - e) Licenciatura.
 - f) Posgrado.
- 4.- ¿Cuál es su estado civil?
 - a) Casada.
 - b) Soltera.
 - c) Unión libre.
 - d) Separada.
 - e) Divorciada.
 - f) Viuda.
- 5.- ¿Cuántos hijos tiene? _____ hijos.
- 6.- ¿Cuál es su ocupación? ***
 - a) Ama de casa.
 - b) Estudiante.
 - c) Empleada.
 - d) Obrera.
 - e) Comerciante.
 - f) Empresaria.
 - g) Otra: _____.
- 7.- ¿Cuántas horas trabaja? ____ horas.
- 8.- Marque con una x las personas con las que usted y su hijo viven: ***
 - a) Otros hijos.
 - b) Pareja.
 - c) Padres.
 - d) Hermanos.
 - e) Suegros.
 - f) Otros familiares.
 - g) Personas que no son de mi familia.
- 9.- ¿Cómo nació su hijo?
 - a) Parto.
 - b) cesárea.
- 10.- Antes de embarazarse ¿Padecía alguna de las siguientes enfermedades? ***
 - a) Diabetes Mellitus tipo2.
 - b) Hipertensión Arterial Sistémica.
 - c) Osteoartrosis.
 - d) Hipotiroidismo/Hipertiroidismo.
 - e) Gastritis.
 - f) Colitis.
 - g) Epilepsia.
 - h) Enfermedad del corazón.
 - i) Depresión/ ansiedad.
 - j) Otras: _____.
- 11.- Durante el embarazo ¿Padeció alguna de las siguientes enfermedades? ***
 - a) Diabetes gestacional.
 - b) Preeclampsia/Eclampsia.
 - c) Amenaza de parto prematuro.
 - d) Amenaza de aborto.
 - e) COVID-19.
 - f) Desprendimiento de placenta.
 - g) Otras: _____.

12.- ¿Cuánto tiempo dio o a dado leche materna?
_____.

13.- ¿A qué edad inicio alimentos que no fuera
lecha a su hijo? _____.

14.- ¿A qué edad le dio formula infantil a su hijo?

- a) Nunca le he dado.
- b) Antes de los 6 meses.
- c) Después de los 6 meses.

15.- ¿Alguno de los siguientes le recomendó la
formula infantil? ***

- a) Médico.
- b) Enfermera.
- c) Familiares y amigos.
- d) Revista.
- e) Televisión.
- f) Página de internet.
- g) Anuncio de supermercado.
- h) Otra _____

16.- ¿Tuvo alguna de las siguientes molestias al dar
lactancia materna? ***

- a) Pezones agrietados o lastimados.
- b) Da mucha hambre.
- c) Dolor de pechos por acumulación de
leche.
- d) Pena al hacerlo frente a otros.
- e) Otra: _____
- f) No tuve ninguna molestia.

17.- Considera que tuvo lecha materna suficiente

- a) a.- Sí.
- b) b.- No.

18.- ¿Que hizo en caso de no tener leche materna?

- a) Cambie al bebé de pecho.
- b) Le di formula.
- c) Le di agua natural o té.
- d) Fui al doctor.
- e) Tome cerveza.
- f) Tome más agua.
- g) Me di masaje en mi pecho.
- h) Deje de dar pecho.
- i) Otro: _____.

19.- ¿Por qué dejo de dar lactancia materna? ***

- a) Rechazo del bebé.
- b) Edad del bebé (ya estaba grande).
- c) No salía leche suficiente.
- d) Él bebe se quedaba con hambre.
- e) Tuve dolor de pecho o pezón.
- f) Por el trabajo.
- g) Por pena.
- h) Por falta de tiempo.
- i) Por indicación médica.
- j) Porque a mi pareja no le gusta.
- k) Porque no tengo apoyo de mi familia.
- l) Otra: _____.

20.- ¿Tuvo que suspender la lactancia materna por
que a usted o a algún familiar le dio COVID-19?

- a) Sí.
- b) No.

21.- ¿Le pusieron la vacuna de COVID-19 mientras
estaba dando lactancia materna?

- a) Sí.
- b) No.

22.- Si respondió que si en la pregunta 21 ¿Dejo de
amamantar por que le pusieron la vacuna de
COVID-19?

- a) Sí.
- b) No.

23.- ¿Cuándo estaba embarazada o tuvo a su bebe,
recibió alguna plática o asesoría acerca de
lactancia materna?

- a) Sí.
- b) No.