

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

**MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD CON ÉNFASIS EN
NUTRICIÓN**



TESIS

**“ACTITUD DE LOS HOMBRES Y ROLES DE GÉNERO Y SUS EFECTOS EN
LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA”**

PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTA:

Irma Esthela Smith Olivas

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Diana Bueno Gutiérrez

CUERPO ACADÉMICO DE NUTRICIÓN

Tijuana, B.C., junio de 2019

RESUMEN

Antecedentes y objetivo: La lactancia materna (LM) es el método de alimentación óptimo para todos los bebés. En México, los índices de lactancia materna han disminuido de 2006 a 2012 en 7.8 puntos porcentuales, lo que se ha considerado como un problema de salud pública, debido a las múltiples implicaciones que esto tiene para la salud de la madre y el bebé. En varios estudios se ha observado una estrecha relación entre el inicio, exclusividad y continuación de la LM y el apoyo en el entorno familiar, principalmente de la pareja. El objetivo de este estudio fue determinar la asociación de los roles de género en las actitudes de los padres y las prácticas de lactancia materna en Tijuana, México. Examinar el efecto de las actitudes de los padres y los roles de género en las prácticas de LM en Tijuana, México.

Métodos: Se seleccionó una muestra a conveniencia de 99 hombres mayores de 18 años, que tuvieron hijos menores de 5 años y asistieran a una clínica de medicina familiar en Tijuana, México. Se aplicó un cuestionario que incluía datos sociodemográficos, normas de género (GEM (Gender Equitable Men) y actitudes sobre alimentación infantil (IIFAS (Iowa actitud de alimentación infantil)). Utilizamos la correlación X^2 y bivariada para el análisis estadístico.

Resultados: La edad media de la muestra fue de 28 años, el 50,5% estaba casado y el 37,4% había asistido a la escuela secundaria. Los participantes tuvieron un promedio general de 61.21 (DE \pm 6.6) en la escala IIFAS con actitudes mayormente neutrales (75.8%), seguidos por un 20.2% de resultados positivos para la lactancia materna. La media de la escala GEM fue 22.4 (SD \pm 4.5). La mayoría presentó actitudes bajas de inequidad (81.8%) y el resto mostró

actitudes moderadas. Se encontró una correlación negativa significativa entre los índices de actitud de género inequitativa de GEM y las actitudes positivas hacia la LM en IIFAS ($r = -0.2$, $p = 0.043$). El 85.7% de los participantes que informaron que habían usado fórmula infantil tenían tasas más altas de inequidad de género. Asimismo, el 61.5% de los hombres que declararon que habían elegido la lactancia materna tenían tasas más bajas de inequidad ($p = 0.026$).

Conclusión: En este estudio, se observó una asociación entre mayor equidad de género y actitudes y prácticas positivas hacia la lactancia materna. Las investigaciones e intervenciones futuras deben incluir una perspectiva de género para determinar la influencia en las prácticas de lactancia materna, particularmente en México, donde convergen bajas tasas de lactancia materna y alta inequidad de género.

ABSTRACT

Background and objective: Breastfeeding is the optimal feeding method for all infants. In Mexico, breastfeeding prevalence has decreased from 2006 to 2012 by 7.8 percentage points, which has been considered a public health problem, due to multiple implications on mother-infant's health. Several studies have observed a close relationship between the initiation, exclusivity and continuity of breastfeeding and support in the family environment, mainly by the partner. The objective of this study was to determine the association of gender roles on fathers' attitudes and breastfeeding practices in Tijuana, Mexico.

Methods: A convenience sample of 99 men older than 18 years, who had children less than 5 years of age, and attended a Family Medicine Clinic in Tijuana, Mexico, was selected. We applied a questionnaire that included socio-demographic data, GEM (Gender Equitable Men) and IIFAS (Iowa Infant feeding attitude) scale. We used X^2 and bivariate correlation for statistical analysis.

Results: The mean age of the sample was 28 years, 50.5% were married and 37.4% had attended middle school. Participants had a mean of 61.21 (SD \pm 6.6) on the IIFAS scale with mostly neutral attitudes (75.8%), followed by 20.2% positive attitudes towards breastfeeding. The GEM scale mean was 22.4 (SD \pm 4.5). The majority presented low attitudes of inequity (81.8%) and the rest showed moderate attitudes. A significant correlation between the inequitable attitude indexes of GEM and Infant feeding attitudes in IIFAS ($r = -0.2$, $p = 0.043$) was found. The 85.7% of participants who reported using infant formula had higher rates of inequity. Likewise, 61.5% of men who stated that they had chosen breastfeeding had lower rates of inequity ($p = 0.026$).

Conclusion: In this study, an association between higher gender equity and positive attitudes and practices toward breastfeeding was observed. Future research and interventions need to include a gender perspective to determine the influence on breastfeeding practices, particularly in Mexico, where low breastfeeding rates and high gender inequity converge.

INDICE

Contenido

RESUMEN	i
ABSTRACT	iii
INDICE	v
INDICE DE TABLAS	vi
ANTECEDENTES	1
JUSTIFICACION	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
PREGUNTA DE INVESTIGACION	10
OBJETIVO	10
OBJETIVOS ESPECIFICOS	10
METODOLOGIA	10
Diseño	10
Escenario	10
Participantes	11
Criterios de inclusión	11
Comité de ética y consentimiento informado	11
VARIABLES	11
Actitudes hacia la LM	13
Roles de Género	14
Métodos de alimentación infantil	15
Co-variables	15
ANALISIS ESTADISTICO	15
Prevención de Sesgo	16
PROCEDIMIENTO	16
RESULTADOS	17
DISCUSIÓN	22
LIMITACIONES	24
CONCLUSIONES	24
BIBLIOGRAFIA	26
ANEXOS	30
Anexo 1: Carta de consentimiento informado para los participantes.	30
ANEXO 2: Encuesta socio demográfica	31
ANEXO 3: IIFAS	32
ANEXO 4: GEM	34

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Datos socio-demográficos de los participantes del estudio	17
Tabla 2.- Actitudes hacia el método de alimentación en la población de estudio	19
Tabla 3.- Actitudes inequitativas de genero.....	19
Tabla 4.- Correlación entre el Método de alimentación y Escala de Inequidad en Hombres GEM	20
Tabla 5.- Asociación entre actitudes hacia el método de alimentación, roles de género y estado civil	20
Tabla 6.- Razones por las cuales se detuvo la LM	21

ANTECEDENTES

La lactancia materna (LM) es reconocida ampliamente como la alimentación más óptima y especializada para todos los infantes (Lessen y Kavanagh, 2015). Se recomienda de manera exclusiva durante los primeros seis meses de vida y, después de este periodo se deben introducir nuevos alimentos que la complementen hasta los dos años o más (OMS, 2016). Sin embargo, los beneficios de la leche humana no se reducen a los dos años, ya que se ha observado una relación en la prevención de enfermedades metabólicas como el sobrepeso, la obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares (Agostoni et al., 2009). Así mismo, se asocia con la prevención de 13.8% de muertes al año en menores de dos años (Victora et al., 2016).

La alimentación infantil ha evolucionado constantemente a través del tiempo, siendo la LM la primera forma de alimentación, a la cual se le han buscado distintas alternativas en base a las creencias, costumbres, cambios y necesidades sociales, que van desde las nodrizas, sustitutos de leche animal, creación de biberones, hasta el actual uso de avanzadas fórmulas para lactantes. Sin embargo, a pesar de todos estos cambios, durante el siglo XX la LM se mantuvo en un 90% (Stevens et al., 2009).

En la actualidad la prevalencia de Lactancia Materna Exclusiva (LME) en infantes de seis meses se ha reducido a un 40 % a nivel global (Sankar et al., 2015). En México, la LME a los seis meses es más baja que la media global y una de las más bajas en América latina, la cual ha descendido de 2006 a 2012 del 22.3 % al 14.5 %.

Algunas de las razones que se han obtenido de las encuestas a las madres en relación a este decremento incluyen: falta de producción de leche 37.4%, madre enferma 13.7%, rechazo del bebe 11.4% y un 0.4% por que el padre no estaba de acuerdo con este método de alimentación (ENSANUT, 2012). No obstante, las encuestas no proporcionan una visión completa del fenómeno, ya que las mujeres no son conscientes de todos los factores que influyen en la decisión de amamantar o no y se limitan a dar respuestas socialmente aceptadas, enfocadas en el infante o situaciones fuera de su control (Debra et al., 2005).

El modelo socio ecológico nos ayuda en la comprensión del comportamiento de las madres, en base a características individuales y ambientales (McLeroy et al., 1988), el cual se divide inicialmente en tres secciones, factores individuales como los conocimientos e intención de la madre a dar LM, factores grupales como la familia y el ambiente laboral y factores sociales como el sistema alimenticio y los roles de género (Debra et al., 2005; Dunn et al., 2015).

Se han realizado varios estudios donde se observa una estrecha relación entre el inicio, exclusividad y continuación de la LM y el apoyo en el entorno familiar principalmente de las abuelas y la pareja (Mitchell-Box et al., 2013; Schafer E. et al., 2016). Se ha demostrado que el apoyo del padre es una de las principales influencias que interviene directamente en la decisión y comportamiento de la madre. Aquellas mujeres que ven actitudes positivas de parte de su pareja son más propensas a iniciar y continuar la lactancia (Freed et al., 1993; Rempel et al., 2011). La participación del padre no solo influye en cuanto a la decisión de cómo alimentar al infante, también se ve involucrado en la continuación de la lactancia, por su colaboración como apoyo práctico y emocional en las tareas del hogar y necesidades de la madre y del neonato, así como en la solución de

dificultades que se presentan durante el proceso de amamantar (Emmott et al., 2015; Sherriff N. et al., 2014).

Bar-Yam y Darby realizaron en 1997 una revisión de la literatura con el objetivo de comprender mejor las actitudes del padre, sus conocimientos y su forma de afrontar la LM. Se incluyeron artículos desde 1980 hasta 1995 de Gran Bretaña, Estados Unidos y Canadá, en los cuales participaron hombres y mujeres de diferentes clases sociales, nivel educativo y orígenes étnicos. Los resultados indicaron que los padres intervienen particularmente en cuatro aspectos: la decisión del modo de alimentación del infante mediante sus actitudes hacia la LM, las cuales eran más positivas en aquellos mejores informados y más participativos; la primera comida del infante, donde las madres indicaron como primer fuente de ayuda a su pareja; la duración de la LM en la cual se observó un periodo más extenso en aquellas que indicaron tener más apoyo por parte del padre y finalmente como factor de riesgo para aumentar la alimentación con fórmula láctea, en el cual el principal motivo fue la falta de colaboración de la pareja. Se mencionaron también otros aspectos como los sentimientos de incompetencia y celos del vínculo madre-hijo, donde algunos padres indicaron tener sentimientos de envidia por no poder establecer una conexión tan cercana con el infante, y a su vez por el tiempo que la LM le resta con su pareja.

En 1994 Giugliani et al., realizaron un estudio en un hospital en Baltimore Maryland, con la finalidad de conocer cuáles eran los conocimientos de los padres en relación a la LM. Se realizaron cuestionarios a 92 papás de recién nacidos que habían iniciado la lactancia y 89 padres de infantes alimentados con fórmula. El cuestionario consistía en preguntas de opción múltiple en relación a características socio demográficas, experiencias previas, actitud en torno a la

lactancia y participación en los cuidados prenatales, en el cual se observó que los padres de los hijos que recibían LM tenían mayor edad y un nivel más alto de educación que los padres de los hijos con fórmula, sin embargo, a pesar de que los primeros tenían mayor conocimiento en base a los beneficios de la lactancia, determinaron que ambos grupos tenían una falta de información significativa en cuanto a su papel y en cómo proporcionar ayuda a su pareja durante este proceso.

Pisacane et al. (2005) realizaron un estudio en Nápoles (Italia), con el propósito de analizar si la LM aumenta cuando se les proporciona información útil a los padres para que puedan apoyar a sus parejas, impulsándolos a reconocer su papel durante este proceso. Se incluyeron 280 parejas de padres de recién nacidos sanos y con peso normal que decidieron dar LM. A todas las madres se les dio asesoramiento sobre LM. Los papás se dividieron en dos grupos, al grupo de intervención se les dio una sesión individual de 40 minutos donde se abordaron temas sobre alimentación infantil, prevención y solución de problemas asociados con la LM y se enfatizó la importancia de su rol en el éxito de la LM. Al grupo control se le ofreció una sesión individual de 40 minutos donde se les dio información sobre cuidado infantil, pero esta solo se centró en los beneficios de la LM. Ambos grupos recibieron folletos con los puntos más importantes. La prevalencia de LM a los seis meses entre el grupo de intervención y control fue del 25% y 15% respectivamente ($p < 0.05$), por lo que se pudo determinar que la educación entregada a los padres sobre el manejo de problemas en la LM, así como la promoción de su participación, tuvo un impacto significativo en el apego y la continuación de la LM.

En 2010 Lovera et al., realizaron una investigación de cohorte en Texas, con el objetivo de evaluar la duración de la LM en parejas hispanas de las cuales 101 colaboraron en un programa para apoyar la LM y 99 en que solo las madres colaboraron en el programa. El programa consistió en consejería y clases prenatales y postnatales individuales o en pareja, en persona o por teléfono, proporcionadas por otros padres que habían tenido una lactancia exitosa, con el objetivo de promover y aumentar el apoyo de estos padres hacia sus parejas durante el proceso de LM. Finalmente se aplicaron cuestionarios para evaluar la duración, las actitudes y conocimientos sobre LM a padres y madres, obteniéndose como resultados que los padres del grupo de intervención tuvieron mayor LM a los seis meses sin embargo la diferencia no fue significativa.

Sin embargo, la participación del hombre en el cuidado del infante, se ve influenciada por roles de género que se originan desde la infancia, sobre el cual las normas sociales tradicionales con frecuencia excusan a los hombres de la participación en este tipo de actividades (Wallace et al., 2014).

En México tradicionalmente el rol de hombre dentro de la familia, es el del padre proveedor, mientras que el rol de la mujer es el de madre a cargo del cuidado de los niños, y por consiguiente responsable de su alimentación, lo cual puede ser un obstáculo para involucrar la participación del padre en la decisión, iniciación y continuación de la lactancia (DiGirolamo et al., 2008; Bueno-Gutiérrez et al., 2015).

Maldonado Gómez (2003), habla sobre una dominación masculina “invisible”, en la cual existe una violencia consensuada pero no concientizada, donde ambos géneros participan, y por el cual la mujer y todo lo que la “caracteriza” como un

ser femenino se asocia con un contexto negativo, donde femenino/masculino se representa como malo/bueno, bajo/alto, respectivamente. Esto lleva al hombre a comportarse de una manera en que no pierda esta superioridad al no involucrarse en actividades “propias de la mujer”, y la mujer debe continuar realizando las funciones que cumplan con las expectativas sociales.

En una investigación cualitativa realizada en Tijuana se observaron nuevas formas de machismo adaptadas al contexto de ciudades más modernas. Ahora los hombres entienden más que las mujeres trabajen fuera del hogar pero solamente en ciertos casos cuando esta “justificado”, como cuando hace falta dinero en casa. También algunos hombres apoyan más a las mujeres en el espacio privado pero no el público. (Bueno-Gutierrez D. et al., 2015)

En otra investigación en México (Swigart Tessa M. et al., 2017) se encontró que el padre era excluido de toda obligación en el cuidado del infante incluyendo su alimentación, pues lo consideraban un rol femenino. Este estudio fue realizado en una población en el sur de México donde algunos participantes mencionaron que lo más común era que las madres se fueran a vivir con la familia del padre después del parto, y los hombres se iban a trabajar toda la semana y solo estaban presentes durante el fin de semana, por lo cual tenían una participación muy limitada en los cuidados pre y post natales de la madre y el bebé.

Otro tipo de exclusión de los papás que puede presentarse, es por parte del personal de salud, en donde los hombres declaran que la información sobre los cuidados del infante es otorgada solo a las madres, o no se les da la suficiente información para apoyar a las madres durante este proceso, y eso puede afectar sus actitudes hacia este método de alimentación (Mitchel-Box K. et al., 2012; Aggarwal A. et al., 2011; Taspınar A. et al., 2012). Así mismo, en una

investigación realizada en Tijuana se concluyó que la información entregada por el personal de salud en relación a la alimentación del infante no es precisa y puede generar confusión entre los padres (Bueno-Gutierrez D. et al., 2015).

En otras investigaciones los participantes han declarado sentirse apartados o aislados, cuando sus parejas están dando LM, inclusive algunos mencionaron sentir celos del vínculo entre madre e hijo. (Bar-Yam N. et al., 1997; Taspınar A. et al., 2012). En un estudio realizado en Washington, realizaron una encuesta con padres primerizos, en la cual expresaron que en la vida real la madre siempre cubre la necesidad de alimentación en el infante, y al ellos no poder alimentar a sus bebés sentían estar perdiendo parte de la experiencia de ser padres, así como tiempo y apego con el infante. Finalmente concluyeron que los padres sienten preocupaciones en torno a la LM, por sentirse apartados de la madre, por sentimientos de celos entre el estrecho vínculo madre-hijo, y por sentirse poco útiles en el cuidado del infante. (Jordan P.L., et. al., 1990).

La percepción del esposo sobre la LM en público también puede influir en las prácticas de alimentación materno-infantiles (Coomson J.B. et. al.). En una investigación realizada con hombres entre 21 y 44 años, se analizaron sus actitudes hacia imágenes de mujeres lactando en espacios privados y públicos. Los autores concluyeron que los padres con mejor actitud y más conocimientos sobre lactancia, mostraban actitudes más positivas ante las imágenes en público (Magnusson, B. M., et. al., 2017).

En San Luis Potosí, México, se realizó un estudio cualitativo con parejas sobre sus experiencias al seleccionar la LM como método de alimentación para los infantes. Algunas de las mujeres, expresaron sentirse incómodas al amamantar a sus hijos en público. Esto es debido a una percepción negativa de lo que otras

personas tienen ante esta práctica, o por comentarios que recibieron en diferentes espacios. No obstante, aun sin el rechazo de la sociedad, algunas se sentían limitadas y con pudor al mostrar sus senos, por el contexto sexualizado que representan. En los comentarios expresados por los hombres, algunos indicaron sentimientos de incomodidad mientras su pareja amamantaba, de igual manera por la exposición de los senos en público. (Martínez-Plascencia, et. al., 2017)

JUSTIFICACION

A pesar de que en la actualidad es reconocida como el alimento óptimo para todos los infantes, los índices de LM son bajos a nivel mundial y en México particularmente han disminuido en las últimas décadas. Esto no solo representa un problema de salud en la comunidad, sino que se refleja en pérdidas económicas para el país, asociadas con un exceso de morbilidad por una inadecuada LM, la cual afecta la productividad de los padres al dedicar mayor tiempo en el cuidado de los infantes enfermos, aumentos en las tasas de discapacidad y muerte prematura y finalmente en el gasto que se invierte en los sustitutos de LM.

La mayoría de las investigaciones sobre las razones que explican las bajas tasas de LM se enfocan en cuestionar solamente a la madre, sin tomar en cuenta otros factores sociales que pueden influir en las prácticas de alimentación infantil. Particularmente los roles de género han sido poco estudiados en relación con este tema en México y Latinoamérica.

Mediante esta investigación se pretende aportar nuevos conocimientos sobre las actitudes de roles de género y su asociación con prácticas de lactancia materna

de los padres derechohabientes de una clínica del IMSS en Tijuana, Baja California, México. Esto contribuirá a construir nuevos programas y políticas apropiadas para esta comunidad y en un futuro realizar intervenciones que involucren a los padres, con el propósito de aumentar los índices de LM.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México la prevalencia de LME a los 6 meses ha disminuido desde el 2006 al 2012 en 7.8 puntos porcentuales, lo cual se ha considerado como un problema de salud pública, por las múltiples implicaciones que ésta tiene en la salud de la madre y del infante. En Baja California, estos porcentajes están aún por debajo de la media nacional, siendo de 10% para LME a los 6 meses (media nacional 14.4%) y de 11.7% para LM de cero a 11 meses (media nacional de 29.4%) (ENSANUT, 2012).

La LM está influenciada por distintos factores, entre los cuales se encuentran aquellos de carácter individual, dependientes de las características de la madre y del infante, factores grupales como el ambiente comunitario, laboral, hogar, familia, hospitales y servicios de salud, y finalmente por factores a nivel social, relacionados con normas culturales, costumbres, sistema alimenticio, sexualidad y roles de género (McLeroy et al., 1988). Se han realizado varios estudios que sustentan que la participación y la actitud positiva del padre contribuye significativamente en la decisión y continuación de la LM (Mitchell-Box et al., 2013; Schaferet al., 2016). Sin embargo, en México el rol del hombre dentro de la familia como padre, está asociado a ser proveedor y lo excluye de la responsabilidad del cuidado del infante, incluyendo el tipo de alimentación que se le proporcionara, la cual se vuelve obligación del rol de la mujer como madre

(DiGirolamo et al., 2008; Bueno-Gutiérrez et al., 2015). No existen estudios cuantitativos previos, hasta donde tenemos conocimiento, que hayan investigado las actitudes de los padres y roles de género hacia la LM en México.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es el efecto de las actitudes de los padres hacia la alimentación infantil y roles de género en relación a la LM?

OBJETIVO

Examinar el efecto de las actitudes de los padres y los roles de género en las prácticas de LM en Tijuana, México.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las actitudes que tienen los padres hacia el método de alimentación del infante.
- Evaluar las actitudes de equidad de roles de género de los padres y su impacto en sus actitudes hacia la LM.
- Examinar las prácticas de alimentación infantil de esta población.

METODOLOGIA

Diseño

Estudio transversal.

Escenario

Los participantes fueron reclutados en las áreas de espera del Hospital de Gineco-Obstetricia y Unidad de Medicina Familiar No. 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la ciudad de Tijuana, Baja California, México desde octubre de 2017 hasta Febrero de 2018.

Participantes

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizaron datos de la encuesta intercensal 2015 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México, se utilizó un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 10%. Se reclutó a conveniencia a 99 hombres mayores de 18 años, que tuvieran hijos menores de 5 años. Todos los participantes fueron abordados por una Licenciada en nutrición quien les informo sobre el estudio, entregándoseles el consentimiento informado para su firma previa a su inclusión. Los participantes completaron tres cuestionarios: elementos socio demográficos, Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS) y encuesta Gender Equitable Men (GEM).

Criterios de inclusión

- Hombres mayores de 18 años
- Padres de niños menores de 5 años
- Derechohabientes de la clínica 7 del IMSS en Tijuana, Baja California, México.

Comité de ética y consentimiento informado

El proyecto se presentó al comité de ética de la Facultad de Medicina y Psicología de la Universidad Autónoma de Baja California (UABC) para su autorización.

VARIABLES

Variables socio-demográficas

Edad: edad cumplida en años.

Nivel educativo: nivel educativo por años completados.

Estado civil: soltero, casado o en unión libre, separado o divorciado.

Ocupación: se incluyeron las siguientes opciones: a) Fabrica b) Empresa pública
c) Gobierno d) Autoempleo/negocio propio e) Desempleado f) Otro _____

Religión: se incluyeron las siguientes opciones: a) católica b) Cristiana c)
Otro

Nivel socioeconómico: a) Menos de 5,000 pesos; b) 5,001 – 10,000 pesos; c)
10,001 – 15,000 pesos; d) 15,001 – 20,000 pesos; e) 20,001 – 30,000 pesos y
d) Más de – 30,000 pesos.

Variables dependientes

Método de alimentación del último hijo: siguientes opciones (a los participantes que indicaron haber alimentado a sus hijos con método mixto o lactancia se les pregunto por qué se había detenido la LM):

- a) Lactancia materna
- b) Formula Láctea
- c) Mixta

Duración de la LM del último hijo: en caso de que el último hijo haya recibido LM, se registró el periodo con las siguientes opciones:

- a) Menos de 3 meses
- b) 3 a 6 meses
- c) 6 meses a 1 año
- d) Más de 1 año

Variables independientes

Roles de género inequitativos (GEM):

- a) Bajos
- b) Moderados
- c) Altos

Actitudes sobre la alimentación infantil (IIFAS):

- a) Positivas hacia la LM
- b) Positivas a la formula láctea
- c) Neutrales

INSTRUMENTOS

Actitudes hacia la LM

IIFAS (Iowa Infant Feeding Attitude Scale): Es una herramienta desarrollada para medir las actitudes de mujeres en relación al método de alimentación infantil. Sin embargo, puede ser utilizada en miembros del entorno social de la madre (De la mora et al., 1999).

IIFAS se ha utilizado previamente en estudios dirigidos a padres en Escocia y Estados Unidos, en los cuales se ha asociado la intención de la madre de amamantar, en relación a la actitud del padre hacia la LM (Magnusson et al., 2017).

Aguilar et al., 2016, realizó una adaptación de esta escala en México, en el cual se determinó la fiabilidad del Instrumento (α de Cronbach 0.65), así como la validez de constructo con Análisis Factorial Exploratorio, concluyendo que su adaptación es válida y confiable para aplicarlo en nuestro medio.

IIFAS consta de 17 reactivos, ocho son favorables hacia la LM y las nueve preguntas restantes favorecen la alimentación con fórmula láctea. En la encuesta los participantes indican hasta qué punto están de acuerdo con cada reactivo, en una escala de Likert de 5 puntos que varía de “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo”. Las puntuaciones totales de actitud oscilan entre 17, reflejando actitudes positivas de alimentación de fórmula, a un máximo de 85 indicativas de actitudes que favorecen la lactancia materna. Se obtuvo un índice general con el promedio de las respuestas de esta escala, en el mismo se establecieron los siguientes puntos de corte, los promedios por debajo de 2.5 se consideraron como “bajos”, de 2.5 a 3.5 se consideraron como “neutrales” y

mayores de 3.5 como “positivos” indicando la actitud más positiva hacia la LM. En 2016 Aguilar-Navarro et al., realizó una adaptación de esta escala en México, en la cual se determinó su validez (consistencia interna con α de Cronbach 0.65). Para evaluar la confiabilidad de IIFAS para este estudio se hizo un análisis test-retest en 18 individuos, obteniéndose una correlación de 0.53.

Roles de Género

GEM (Gender Equitable Men): Es un instrumento diseñado para medir las actitudes de los hombres hacia el nivel de igualdad y desigualdad entre las normas de género de las relaciones entre hombres y mujeres. Se ha utilizado en varios países como India, Kenia, Etiopía, Nicaragua y Brasil por lo que se considera una herramienta culturalmente sensible (Verma et al., 2006; Pulerwitz et al., 2008; Walcott et al., 2015).

La escala mide las dimensiones de las normas de género relacionadas con las relaciones sexuales, salud reproductiva, violencia, trabajo doméstico y homofobia. Consiste en 24 reactivos calificados en una escala tipo Likert de 3 puntos. Las preguntas del 1 al 17 miden normas inequitativas de género, mientras que los 7 reactivos restantes evalúan las normas equitativas de género. Las calificaciones máximas de las subescalas no equitativas y equitativas, son de 51 y 21 respectivamente, las cuales se calculan por separado. Los puntajes se clasifican como "alto", "moderado" y "bajo", dividiendo la suma del rango de respuestas en las dos subescalas en tres partes iguales y separadas, según lo recomendado por el autor del instrumento.

Las subescalas son suficientemente confiables para utilizarse de forma independiente, con un alfa de Cronbach de 0.85 y 0.77 para las normas

inequitativas y equitativas respectivamente. Para efectos de este estudio se decidió utilizar la subescala de actitudes de género inequitativas. Se obtuvo un índice general con el promedio de las respuestas del instrumento, en el cual se establecieron los siguientes puntos de corte menores de 1.5 se consideraron como "bajos", de 1.5 a 2.5 se consideraron como "moderados" y mayores de 2.5 se establecieron como "altos" indicativos de actitudes más inequitativas hacia la mujer. Se realizaron 18 encuestas para evaluar la confiabilidad, en el cual el análisis de correlación test retest fue de 0.50.

Métodos de alimentación infantil

Los métodos de alimentación infantil se evaluaron con dos preguntas sobre el tipo de alimentación que recibió o recibe el infante con opciones de "LM", "Mixta" y "Fórmula láctea" y la duración de la LM en meses. A los participantes que indicaron haber alimentado a sus hijos con método mixto o LM, se les preguntó por qué se detuvo la alimentación por LM.

Co-variables

Los participantes proporcionaron datos socio demográficos que incluyeron edad, nivel de estudios, estado civil, ocupación, religión, nivel socioeconómico, número de hijos, y edad del último hijo.

ANALISIS ESTADISTICO

Los datos se analizaron por medio del programa SPSS versión 23. Se obtuvieron estadísticas descriptivas como tablas de frecuencias, tablas de porcentajes cruzados, para describir la muestra y las principales variables de estudio. Así mismo, se utilizó estadística inferencial como pruebas de χ^2 , correlación de Pearson para conocer la relación entre las escalas de IIFAS, GEM y el tipo de

alimentación (se excluyeron los reportes de lactancia mixta). Para comparar dichas escalas con datos socio-demográficos se utilizó ANOVA de una vía.

Prevención de Sesgo

Para evitar el sesgo de memoria se incluyeron participantes con hijos menores de 5 años. Las encuestas fueron auto-reportadas por los participantes para evitar el sesgo por deseabilidad.

PROCEDIMIENTO

- 1.-Se solicitó permiso para asistir a las Instituciones Públicas para llevar a cabo el estudio planteado.
- 2.- Se reclutó a los padres para la participación en la investigación.
- 3.- Se les informó a los participantes acerca del objetivo y se dio lectura y firma del consentimiento informado.
- 4.- Se registraron los datos socio demográficos de los participantes.
- 5.- Se aplicaron los cuestionarios de IIFAS y GEM.
- 6.- Se registró la información en una base de datos.
- 7.- Se analizaron los datos obtenidos en SPSS.

RESULTADOS

Se encuestaron 100 participantes, de los cuales se eliminó una encuesta, pues las características del participante no cumplieron con los criterios de inclusión.

En la tabla 1 se puede observar que la mediana de edad de los participantes fue de 28 años, la mayoría con estudios de secundaria y preparatoria (37.4% y 29.3% respectivamente), casados (50.5%) o en unión libre (44.4%), trabajando en fábricas o en empresas privadas (41% y 39%). Más de la mitad de la muestra indicó ser de religión católica (53%), con un ingreso mensual \leq 10,000 pesos (61%), con menos de tres hijos (78%), siendo la mediana de edad del último hijo de dos años y medio. El 67% de los participantes declaró haber alimentado a su último hijo con alimentación mixta y la mediana de la duración de la LM en los participantes que dieron alimentación mixta y LM fue de 8 meses.

Tabla 1.- Datos socio-demográficos de los participantes del estudio

Datos socio-demográficos		
Edad	Mediana	Rango
	28 años	19-45 años
Educación	N	%
Primaria incompleta	3	3
Primaria completa	6	6.1
Secundaria	37	37.4
Preparatoria	29	29.3
Carrera técnica	4	4
Universidad	12	12.1
Posgrado	1	1
No reportados	7	7.1
Estado civil	N	%
Soltero	2	2

Casado	50	50.5
Unión libre	44	44.4
No reportados	3	2
Ocupación	N	%
Fabrica	40	41
Empresa privada	39	39
Gobierno	3	3
Autoempleo o negocio	11	11
Desempleado	1	1
Otro	3	3
No reportados	2	2
Religión	N	%
Católica	52	53
Cristiana	22	22
Otra	20	20
No reportados	5	5
Nivel socioeconómico	N	%
< \$ 5,000 pesos	17	17
\$ 5,001-10,000	43	44
\$ 10,001-15,000	18	18
\$ 15,001-20,000	10	10
\$ 20,001-30,000	4	4
> \$ 30,000	1	1
No reportados	6	6
Número de hijos	N	%
1	43	44
2	34	34
3	13	13
4	6	6
>5	3	3
Edad de ultimo hijo	Mediana	Rango
	2 años 6 meses	5 días-4 años 11 meses
Método de	N	%
Lactancia Materna	17	17
Formula láctea	16	16

Mixta	66	67
Duración de la LM	Mediana	Rango
(participantes con LM o Mixta)	8 meses	5 días- 3 años

Los participantes tuvieron una media general de 61.21 (SD \pm 6.6) en la escala IIFAS con actitudes mayormente neutrales (75.8%), seguidas con un 20.2% positivas hacia LM y con solo un 4% positivas para fórmula láctea (tabla 2).

Tabla 2.- Actitudes hacia el método de alimentación en la población de estudio

IIFAS		
Actitudes hacia el método de alimentación	Frecuencia	Porcentaje
Positivas a Fórmula láctea	4	4
Neutral	75	75.8
Positivas a Lactancia materna	20	20.2
Total	99	100

La media de los participantes en la escala GEM fue de 22.4 (SD \pm 4.5). La mayoría presentaron bajas actitudes de inequidad (81.8%) y el resto mostró actitudes moderadas (tabla 3).

Tabla 3.- Actitudes inequitativas de genero

GEM		
Actitudes	Frecuencia	Porcentaje
Baja inequidad	81	81.8
Moderada inequidad	18	18.2
Total	99	100

Se obtuvo una correlación significativa entre los índices de actitudes inequitativas de GEM e IIFAS ($r = -0.2$, $p = 0.043$). El 85.7% de los participantes que indicaron haber alimentado con fórmula láctea tenían índices más altos de inequidad. Así mismo el 61.5% de los hombres que indicaron haber elegido el método de LM tenían índices más bajos de inequidad ($p = 0.026$) (tabla 4).

Tabla 4.- Asociación entre el Método de alimentación y Escala de Inequidad en Hombres GEM

Método de alimentación	GEM		P
	Bajo	Moderado	
Formula láctea	10	6	0.026
	38.50%	85.70%	
Lactancia	16	1	
	61.50%	14.30%	
Total	26	7	
	100.00%	100.00%	

Entre las variables socio demográficas se encontraron diferencias significativas en el estado civil, aquellos participantes que indicaron estar casados obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en IIFAS ($p = 0.046$) e índices más bajos de inequidad, aunque no fue significativo ($p = 0.238$) (tabla 5).

Tabla 5.- Asociación entre actitudes hacia el método de alimentación, roles de género y estado civil

Descriptivos					
		N	Media	Desviación estándar	p
Índice de actitudes hacia el método de alimentación	Casado	50	62.72	6.65	0.046
	Unión	44	60.07	6.00	
	Total	94	61.48	6.46	

Índice de actitudes inequitativas	Casado	50	21.76	3.84	0.238
	Unión	44	22.82	4.79	
	Total	94	22.26	4.32	

Se mostró una correlación entre GEM y el nivel de estudio de los participantes ($r=-0.253$ $p=0.015$), así como con el ingreso mensual ($r=-0.238$ $p=0.021$).

Entre los participantes que indicaron haber elegido el método de alimentación mixto el 48.5 % reportaron que las razones para interrumpir la LM fueron debidas al bebé y el 28.7% por razones debidas a la mamá (tabla 6).

Tabla 6.- Razones por las cuales se detuvo la LM

Razones: ¿por qué se detuvo la LM?	Frecuencia	Porcentaje
Ya no quiso el bebé	17	25.8
Trabajo de la madre	7	10.6
Recomendación medica	1	1.5
Poca o nula producción	13	19.7
No se llenaba el bebé	4	6
No sabe	5	7.6
La mamá ya no quiso	4	6
Intolerancia del bebé	1	1.5
Enfermedad de la madre	2	3
Edad del infante	10	15.2
Dolor	3	4.5

DISCUSIÓN

En este estudio se encontró una correlación significativa entre actitudes positivas hacia LM y equidad de género. Otras publicaciones han mostrado la asociación entre roles de género equitativos y mayor duración de lactancia materna (Shepherd et. al. 2000; Swanson et. al. 2005; Palmqvist et. al. 2015; Swason, et. al. 2017). En un estudio de Swanson en 2017, las creencias sobre paternidad compartida en adolescentes y los roles de la mujer en la familia y en el trabajo se asociaron positivamente a la intención de amamantar.

Tradicionalmente y sobre todo en países con una cultura machista como México, se considera que las actividades domésticas y de cuidado de los hijos son exclusivas de las mujeres. En un estudio cualitativo realizado en México (Martinez-Plascencia et al., 2017) se encontró que los hombres declaraban sentirse incómodos apoyando a sus parejas, pues debían realizar actividades que ellos consideraban propias de la mujer, por lo cual la falta de igualdad se determinó como un obstáculo para una LM exitosa.

En la actualidad los niveles de equidad han mejorado en ciertas áreas, permitiendo a la mujer realizar actividades que anteriormente eran consideradas correspondientes del género masculino. Sin embargo, esto no parece ser suficiente, puesto que la principal diferencia entre los roles femenino y masculino ha sido y sigue siendo en relación al trabajo doméstico, en el cual la mujer es representada por su rol de madre y ama de casa, lo cual coincide con el 49.5% de los participantes de esta investigación que piensan que el papel más importante de la mujer es cuidar de su casa y cocinar para su familia. Esto permite suponer que el hecho de que las mujeres desempeñen nuevos papeles en la sociedad, no implica necesariamente que el hombre tenga mayor

participación en las actividades consideradas para la mujer. (Vega Montiel, 2007).

En este estudio la correlación encontrada entre equidad de género y actitudes positivas hacia la lactancia fue baja. Esto podría deberse al tipo de población urbana, joven, con mayor nivel educativo al promedio nacional. De hecho, observamos una correlación significativa entre mayor nivel educativo y actitudes equitativas de género.

También obtuvimos índices bajos de actitudes inequitativas. Esto coincide con evaluaciones previas que se han hecho en México en población urbana similar a la nuestra Monterrey, Querétaro, Jalapa, (Barker, et. al., 2015), donde se atribuyó un posible sesgo de deseabilidad social, sobre todo porque las personas aplicando las encuestas eran mujeres, como en nuestro estudio. Las bajas actitudes inequitativas podrían deberse al tipo de población de nuestro estudio y/o a que estemos observando una transición epidemiológica en términos de actitudes más equitativas de género, relacionadas con prácticas de alimentación infantil más sanas. En el estudio cualitativo que realizamos previamente en la misma ciudad, los padres de familia mencionaron percibir menos machismo en Tijuana a diferencia de sus lugares de origen generalmente del centro o sur del país (Bueno-Gutierrez D. et al., 2015).

La correlación encontrada entre equidad de género e ingreso mensual podría estar relacionado con el nivel de estudio. Es más probable que los padres con mayor escolaridad tengan mejores puestos de trabajo, los cuales les permiten tener más tiempo disponible para apoyar a sus parejas en la crianza de los hijos. Del mismo modo, se piensa que los padres con menor nivel económico les es más difícil cumplir con su función de proveer, y por lo tanto, no les es posible

avanzar en otras tareas relacionadas con la paternidad, afectando los estereotipos sobre lo que se considera identidad masculina. (Figuerola et al., 2014)

En una investigación cualitativa realizada en Tijuana se observó que el machismo se encuentra muy presente sobre todo en los individuos de bajo nivel socio- económico y escolaridad, ya que tienen menos información y el medio no les permite cambiar, debido a la presión de otras personas de la comunidad, de tal manera, que si intenta involucrarse más con el cuidado de los hijos lo pueden tachar de “mandilón” o de “meterse en cosas de viejas”. En los individuos con mayor escolaridad hay mayor información, por lo tanto, también conocen más sobre las ventajas de la LM, respecto a la salud así como de las ventajas económicas y aunque también hay un ambiente machista, ellos tienen más recursos para defender su postura (Bueno-Gutiérrez, et. al. 2015)

LIMITACIONES

Dentro de las limitaciones encontradas en este estudio tenemos una muestra pequeña y a conveniencia, un probable sesgo de deseabilidad social, ya que la encuesta fue realizada por una mujer, participantes jóvenes con un mayor nivel educativo al promedio nacional, una sola clínica del IMSS, en una ubicación céntrica de la ciudad. La muestra tuvo niveles bajos de inequidad y se obtuvieron actitudes positivas altas para la LM no generalizables para toda la población.

CONCLUSIONES

En este estudio se pudo observar que los que presentaban actitudes positivas hacia la LM también presentaban actitudes más equitativas de género. A mayor nivel de estudio e ingreso mensual se presentaron actitudes más equitativas de

género. Y aquellos participantes que indicaron estar casados obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en actitudes hacia la lactancia.

Se recomienda realizar más estudios que corroboren esta asociación e investiguen los mecanismos y los factores asociados. Así mismo, es vital que los programas de lactancia materna incluyan una perspectiva de género y tomen en consideración el apoyo de los papás.

BIBLIOGRAFIA

- Aggarwal, A., Kaur, G., Faridi, M. M. A., & Harit, D. (2011). Breastfeeding—What Do Father's of First Born Know and Think? *The Indian Journal of Pediatrics*, 78(9), 1157–1158.
- Aguilar-Navarro, H., Coronado-Castilleja, A., Gómez-Hernández, O., & Cobos-Aguilar, H. (2016). Adaptación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale en población mexicana. *Acta Pediátrica de México*, 37(3), 149-158.
- Agostoni, C., Braegger, C., Decsi, T., Kolacek, S., Koletzko, B., Michaelsen, K. F., van Goudoever, J. (2009). Breast-feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 49(1), 112–125.
- Barker, G. y Aguayo, F. (coords) (2011) Masculinidades y Políticas de Equidad de Género: Reflexiones a partir de la Encuesta IMAGES y una revisión de políticas en Brasil, Chile y México. Rio de Janeiro: Promundo.
- Bar-Yam, N. B., & Darby, L. (1997). Fathers and Breastfeeding: A Review of the Literature. *Journal of Human Lactation*, 13(1), 45–50.
- Bueno-Gutierrez, D., & Chantry, C. (2015). “Life does not make it easy to breast-feed”: using the socio-ecological framework to determine social breast-feeding obstacles in a low-income population in Tijuana, Mexico. *Public Health Nutrition*, 18(18), 3371–3385.
- Bueno-Gutierrez, D., & Chantry, C. (2015). Using the Socio-ecological Framework to Determine Breastfeeding Obstacles in a Low-Income Population in Tijuana, Mexico: Healthcare Services. *Breastfeeding Medicine*, 10(2), 124–131.
- Coomson, J. B., & Aryeetey, R. (2018). Perception and practice of breastfeeding in public in an urban community in Accra, Ghana. *International Breastfeeding Journal*, 13(1).
- Debra Hector, Lesley King, Karen Webb, (2005). Factors affecting breastfeeding practices: applying a conceptual framework. *NSW Public Health Bull.* 16(4):52-55.
- De la Mora, A. de la, Russell, D. W., Dungy, C. I., Losch, M., & Dusdieker, L. (1999). The Iowa Infant Feeding Attitude Scale: Analysis of Reliability and Validity¹. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(11), 2362–2380.
- DiGirolamo A., Salgado de Snyder N., (2008). Women as primary caregivers in Mexico: challenges to well-being. *SaludPublica Mex.* 50:516-522.
- Dunn, R. L., Kalich, K. A., Fedrizzi, R., & Phillips, S. (2015). Barriers and Contributors to Breastfeeding in WIC Mothers: A Social Ecological Perspective. *Breastfeeding Medicine*, 10(10), 493–501.

Emmott EH, Mace R. (2015). Practical Support from Fathers and Grandmothers Is Associated with Lower Levels of Breastfeeding in the UK Millennium Cohort Study. *PLoS ONE*. 10(7): e0133547. doi:10.1371/journal.pone.0133547

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). Deterioro de la lactancia materna: dejar las fórmulas y apegarse a lo básico. (Consultado 29 de enero de 2017). Disponible en <https://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DeterioroPracLactancia.pdf>

Figuroa J., Salguero A., (2014). Factores que inciden en la participación de los hombres en la crianza de los hijos. ¿Y si hablas de...sde tu ser hombre? Violencia, paternidad, homoerotismo y envejecimiento en la experiencia de algunos varones (271-299), México: El colegio de México)

Freed GL, Fraley JK, Schanler RJ, (1993). Accuracy of expectant mothers' predictions of fathers' attitudes regarding breast-feeding. *J FamPract*. 37(2):148-52.

Giugliani ERJ, BronnerY, Caiaffa WT, Vogelhut J, Witter FR, Perman JA (1994). Are fathers prepared to encourage their partners to breastfeed? A study about fathers' knowledge of breastfeeding. *Acta Paediatr*. 83(11):1127-31.

Jordan, P. L., & Wall, V. R. (1990). Breastfeeding and Fathers: Illuminating the Darker Side. *Birth*, 17(4), 210–213.

Lessen R. y Kavanagh K., (2015). Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Promoting and Supporting Breastfeeding. *J Acad Nutr Diet*: 115(3):444–449

Lovera D., Sanderson M., Bogle M., Vela M. (2010). Evaluation of a Breastfeeding Peer Support Program for Fathers of Hispanic Participants in a Texas Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children. *J Am Diet Assoc*. 110:1696-1702.

Magnusson B., Thackeray C., Van Wagenen S., Davis S., Richards R., Merrill R. (2017). Perceptions of Public Breastfeeding Images and Their Association With Breastfeeding Knowledge and Attitudes Among an Internet Panel of Men Ages 21–44 in the United States. *J Hum Lact*. 33(1):157-164

Maldonado Gómez, M. (2003). Reseña de "La dominación masculina" de Pierre Bourdieu. *Sociedad y economía*, (4), 69-74.

Martínez-Plascencia, Ulises, Rangel-Flores, Yesica Yolanda, & Rodríguez-Martínez, Ma. Estela. (2017). Lactancia materna o en pareja? Un estudio sobre las experiencias de reconfiguración de cuerpos, roles y cotidaneidades en madres y padres mexicanos. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(9), e00109616.

McLeroy Kenneth R., Bibeau Daniel, Steckler Allan, Glanz Karen (1988). An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Educ Q*. 15(4):351-77.

Mitchell-Box, K., & Braun, K. L. (2012). Fathers' Thoughts on Breastfeeding and Implications for a Theory-Based Intervention. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(6), E41–E50.

Mitchell-Box KM, Braun K. L. (2013). Impact of Male-Partner-Focused Interventions on Breastfeeding Initiation, Exclusivity, and Continuation. *J Hum Lact*. 29(4):473-479.

Organización Mundial de la Salud, Lactancia materna (consultado 29 de noviembre de 2016). Disponible en <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>

Organización Mundial de la Salud, Lactancia materna exclusiva (consultado 4 de diciembre de 2016). Disponible en http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/

Palmqvist, H., Zäther, J., & Larsson, M. (2015). Fathers' and co-mothers' voices about breastfeeding and equality – A Swedish perspective. *Women and Birth*, 28(3), e63–e69.

Pisacane A., Continisio GI, Aldinucci M, D'Amora S, Continisio P. (2005). A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics*. 116(4):e494-8

Pulerwitz J., Barker G., (2008). Measuring Attitudes toward Gender Norms among Young Men in Brazil. *Men and Masculinities*. 10(3): 322-338.

Rempel LA, Rempel JK, (2011). Breastfeeding Team: The Role of Involved Fathers in the Breastfeeding Family. *J Hum Lact*. 27(2):115-121

Sankar MJ., Sinha B., Chowdhury R., Bhandari N., Taneja S., Martines J., Bahl R. (2015). Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 104(467):3-13.

Schafer EJ, Williams NA, Digney S, Hare ME, Ashida S., (2016). Social Contexts of Infant Feeding and Infant Feeding Decisions. *J Hum Lact*. 32(1):132-140

Shepherd, C. K., Power, K. G., & Carter, H. (2000). Examining the correspondence of breastfeeding and bottle-feeding couples' infant feeding attitudes. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 651–660.

Sherriff, N., Hall, V., & Panton, C. (2014). Engaging and supporting fathers to promote breast feeding: A concept analysis. *Midwifery*, 30(6), 667–677.

Stevens E., Patrick E. y Pickler R. (2009). A History of Infant Feeding. *J Perinat Educ*. 18(2):32–39.

Swanson, V., Hannula, L., Eriksson, L., Wallin, M. H., & Strutton, J. (2017). “Both parents should care for babies”: A cross-sectional, cross-cultural comparison of adolescents' breastfeeding intentions, and the influence of shared-parenting beliefs. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1).

- Swanson, V., & Power, K. G. (2005). Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behaviour. *Journal of Advanced Nursing*, 50(3), 272–282.
- Swigart, T. M., Bonvecchio, A., Théodore, F. L., Zamudio-Haas, S., Villanueva-Borbolla, M. A., & Thrasher, J. F. (2017). Breastfeeding practices, beliefs, and social norms in low-resource communities in Mexico: Insights for how to improve future promotion strategies. *PLOS ONE*, 12(7), e0180185.
- Taşpınar, A., Çoban, A., Küçük, M., & Şirin, A. (2013). Fathers' knowledge about and attitudes towards breast feeding in Manisa, Turkey. *Midwifery*, 29(6), 653–660.
- Vega Montiel, A. (2007). Por la visibilidad de las amas de casa: rompiendo la invisibilidad del trabajo doméstico. *Política y Cultura*, (28), 173-193.
- Verma R., Pulerwitz J., Vaishali M., Sujata K., Barker G., Fulpagare P., Singh SK., (2006). Challenging and Changing Gender Attitudes among Young Men in Mumbai, India. *Reproductive Health Matters*. 14 (28): 135-143
- Victora C., Bahl R., Barros A., França G., Horton S., Krasevec J., Murch S., Sankar M., Walker N., Rollins N., (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. (387):475–90
- Walcott M., Ehiri J., Kempf M., Funkhouser E., Bakhoya M., Aung M., Zhang K., Jolly P., (2015). Gender Norms and Family Planning Practices Among Men in Western Jamaica. *Am J Mens Health*. 9(4):307-316.
- Wallace J., Barker G., Eads M., Levto R., (2014). Global pathways to men's caregiving: mixed methods findings from the International Men and Gender Equality Survey and the Men Who Care study. *Glob Public Health*. 9(6):706-22.

ANEXOS

Anexo 1: Carta de consentimiento informado para los participantes.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto: Actitudes sobre alimentación infantil

Nombre del participante:

Fecha de firma: _____ **Número de registro:** _____

Propósito: Evaluar las actitudes de los hombres en relación a la alimentación infantil.

Procedimiento: El estudio incluye la aplicación de tres cuestionarios. El primero incluye proporcionar datos de identificación y el segundo y tercero son preguntas sobre actitudes en relación a la alimentación de los bebés.

Riesgos y molestias: No habrá ningún riesgo para la salud. Se necesitará de tiempo para la contestación de los cuestionarios.

Confidencialidad: Los datos personales se mantendrán en un archivo con clave a la que tendrá solamente acceso la Dra. Diana Bueno Gutiérrez, para los análisis de datos se utilizarán solamente números de identificación. Los datos publicados no se referirán a nada que se pueda identificar con ello a los participantes del estudio.

Beneficios: No se gratificará a los participantes. Se les puede proporcionar información de los resultados propios.

Costos: No tiene ningún costo para el participante.

Participación: Su participación es voluntaria y se puede retirar en el momento que lo desee, solo tiene que avisarle al investigador.

Si tiene alguna duda, pregunta o inconformidad puede aclararlo con los responsables del proyecto, que son la Dra. Diana Bueno Gutiérrez, LN. Irma E. Smith Olivas en el teléfono (686) 1 63 12 78 o dirigirse a la facultad de Medicina y Psicología de la Universidad Autónoma de Baja California o llamar al teléfono 6821233 ext. 123.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1
Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma

ANEXO 2: Encuesta socio demográfica

Edad (años cumplidos): _____

Estudios:

- A) Primaria incompleta B) Primaria completada C) Secundaria D) Preparatoria
- E) Carrera técnica F) Universidad G) Posgrado

Estado civil:

- A) Soltero B) Casado C) Unión libre D) Divorciado E) Separado

Ocupación:

- A) Fabrica B) Empresa pública C) Gobierno D) Autoempleo o negocio E) Desempleado
- F) Otro: _____

Religión:

- A) Católica B) Cristiana C) otra:

Ingreso mensual:

- A) Menos de 5,000 pesos B) 5,001 – 10,000 pesos C) 10,001 – 15,000 pesos
- D) 15,001 – 20,000 pesos E) 20,001 – 30,000 pesos F) Más de – 30,000 pesos

Número de hijos: _____

Edad del infante (años y meses):

Método de alimentación del último hijo:



















































- A) Lactancia materna B) Formula láctea C) Mixta D) No sabe




































Duración de lactancia materna:

¿Por qué se detuvo la alimentación por lactancia materna?
















































ANEXO 3: IIFAS

Instrucciones: Por cada uno de los siguientes enunciados, por favor marcar con una **X** que tan de acuerdo o desacuerdo esta con cada declaración.

1. Los beneficios nutricionales de la leche materna (seno materno) duran solo hasta que se le deja de dar	Totalmente desacuerdo 	En desacuerdo 	Neutral 	De acuerdo 	Totalmente de acuerdo 
2. Alimentar con leche de fórmula (de bote) es más adecuado que dar pecho	Totalmente desacuerdo 	En desacuerdo 	Neutral 	De acuerdo 	Totalmente de acuerdo 
3. La lactancia materna (dar pecho) aumenta la unión madre-hijo	Totalmente desacuerdo 	En desacuerdo 	Neutral 	De acuerdo 	Totalmente de acuerdo 
4. La lactancia materna es deficiente en hierro	Totalmente desacuerdo 	En desacuerdo 	Neutral 	De acuerdo 	Totalmente de acuerdo 
5. Los bebés alimentados con fórmula son más propensos a ser sobrealimentados que los bebés alimentados con leche materna	Totalmente desacuerdo 	En desacuerdo 	Neutral 	De acuerdo 	Totalmente de acuerdo 
6. La alimentación con leche de bote es la mejor elección si la madre planea trabajar fuera del hogar	Totalmente desacuerdo 	En desacuerdo 	Neutral 	De acuerdo 	Totalmente de acuerdo 
7. Madres que alimentan con leche de fórmula a sus bebés pierden una de las más grandes alegrías de la maternidad	Totalmente desacuerdo 	En desacuerdo 	Neutral 	De acuerdo 	Totalmente de acuerdo 
8. Las madres no deberían dar pecho en lugares públicos como restaurantes	Totalmente desacuerdo 	En desacuerdo 	Neutral 	De acuerdo 	Totalmente de acuerdo 
9. Los bebés alimentados con leche materna son más sanos que aquellos alimentados por fórmula	Totalmente desacuerdo 	En desacuerdo 	Neutral 	De acuerdo 	Totalmente de acuerdo 
10. Los bebés alimentados con leche materna son más propensos a ser sobrealimentados que los bebés alimentados con leche de bote	Totalmente desacuerdo 	En desacuerdo 	Neutral 	De acuerdo 	Totalmente de acuerdo 

11. Los papás se sienten excluidos si la madre da pecho a su bebé	Totalmente desacuerdo 	En desacuerdo 	Neutral 	De acuerdo 	Totalmente de acuerdo 
12. La leche materna es el alimento ideal para los bebés	Totalmente desacuerdo 	En desacuerdo 	Neutral 	De acuerdo 	Totalmente de acuerdo 
13. La leche materna es mucho más fácil de digerir que la leche de fórmula	Totalmente desacuerdo 	En desacuerdo 	Neutral 	De acuerdo 	Totalmente de acuerdo 
14. La leche de fórmula es igual de saludable para un bebé que la leche de pecho	Totalmente desacuerdo 	En desacuerdo 	Neutral 	De acuerdo 	Totalmente de acuerdo 
15. La leche materna es más adecuada que la leche de fórmula	Totalmente desacuerdo 	En desacuerdo 	Neutral 	De acuerdo 	Totalmente de acuerdo 
16. La leche materna es más barata que la leche de fórmula	Totalmente desacuerdo 	En desacuerdo 	Neutral 	De acuerdo 	Totalmente de acuerdo 
17. La mujer que ocasionalmente consume alcohol no debería dar pecho a su bebé	Totalmente desacuerdo 	En desacuerdo 	Neutral 	De acuerdo 	Totalmente de acuerdo 

ANEXO 4: GEM Instrucciones: Por cada uno de los siguientes enunciados, por favor marcar con una **X** que tan de acuerdo o desacuerdo esta con cada declaración.

1.-Es el hombre quien debe decidir de qué forma tener las relaciones sexuales.	De acuerdo 	Parcialmente de acuerdo 	En desacuerdo 
2.-El papel más importante de las mujeres es cuidar de su casa y cocinar para su familia.	De acuerdo 	Parcialmente de acuerdo 	En desacuerdo 
3.- Los hombres necesitan más sexo que las mujeres.	De acuerdo 	Parcialmente de acuerdo 	En desacuerdo 
4.- De sexo no se habla, ¡se hace!	De acuerdo 	Parcialmente de acuerdo 	En desacuerdo 
5.- Las mujeres que tienen condones en su bolsa son mujeres fáciles.	De acuerdo 	Parcialmente de acuerdo 	En desacuerdo 
6.- Cambiar pañales, bañar y alimentar a un hijo son responsabilidades de la madre.	De acuerdo 	Parcialmente de acuerdo 	En desacuerdo 
7.- Es responsabilidad de una mujer evitar el embarazo.	De acuerdo 	Parcialmente de acuerdo 	En desacuerdo 
8.- Un hombre debe tener la última palabra sobre las decisiones en su casa.	De acuerdo 	Parcialmente de acuerdo 	En desacuerdo 
9.- Los hombres siempre están listos para tener relaciones sexuales.	De acuerdo 	Parcialmente de acuerdo 	En desacuerdo 
10.- Hay veces en que una mujer merece ser golpeada.	De acuerdo 	Parcialmente de acuerdo 	En desacuerdo 
11.- Un hombre necesita otras mujeres, aunque esté bien con su pareja.	De acuerdo 	Parcialmente de acuerdo 	En desacuerdo 
12.-Si alguien me insultara, defendería mi nombre hasta con la fuerza si fuera necesario.	De acuerdo 	Parcialmente de acuerdo 	En desacuerdo 
13.-Una mujer debe tolerar la violencia de su pareja para mantener unida a su familia.	De acuerdo 	Parcialmente de acuerdo 	En desacuerdo 
14.- Me indignaría si mi esposa me pidiera que usara un condón.	De acuerdo 	Parcialmente de acuerdo 	En desacuerdo 
15.-Está bien que un hombre golpee a su pareja, si ella no quiere tener relaciones sexuales con él.	De acuerdo 	Parcialmente de acuerdo 	En desacuerdo 
16.- Yo nunca tendría un amigo gay.	De acuerdo 	Parcialmente de acuerdo 	En desacuerdo 