



Instituto Mexicano Del Seguro Social

**Organo De Operación Administrativa Desconcentrada
De Baja California
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud**

Unidad de Medicina Familiar No. 28
Mexicali, B.C.

Universidad Autónoma De Baja California
Facultad de Medicina Mexicali
Coordinación General de Posgrado e Investigación

TESIS

**“ACTITUD SOBRE LACTANCIA MATERNA EN EMBARAZADAS ANTES Y
DESPUÉS DE UN TALLER DE SENSIBILIZACIÓN”**

R-2021-204-008

Trabajo para obtener el diploma de Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Dr. Higuera Lugo José Guadalupe
Residente de la Especialidad de Medicina Familiar

Investigadores Asociados:

Dra. Ossil Ruiz Valdez.

Dra. Vanessa Johanna Caro.

Dr. Alberto Barreras Serrano.

MPSS. Sandoval Aguilar Nadya Carolina

Mexicali, Baja California, 28 de Enero de 2022

CARTA DE DICTAMEN DE LA EVALUACIÓN ESCRITA DEL EXAMEN DE GRADO

Mexicali, B. C. a, 28 de Enero de 2022


Los abajo firmantes, miembros del Jurado Dictaminador del documento escrito denominado:


"ACTITUD SOBRE LACTANCIA MATERNA EN EMBARAZADAS ANTES Y DESPUÉS DE UN TALLER DE SENSIBILIZACIÓN"


Que para obtener el Diplomado de Especialidad en Medicina Familiar presenta:

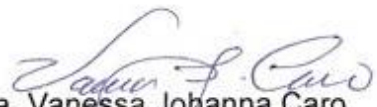
JOSÉ GUADALUPE HIGUERA LUGO


Realizada la evaluación resolvimos: APROBADO


Dra. Carmen Gorety Soria Rodríguez
Presidente


Dr. Alberto Barreras Serrano
Sinodal


Dra. Raquel Solís Sánchez
Sinodal

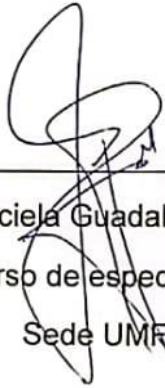

Dra. Vanessa Johanna Caro
Sinodal


Dra. Graciela Guadalupe López López
Secretario

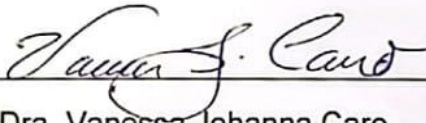
AUTORIZACIONES



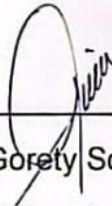
Dra. Óssil Ruiz Valdez
Asesor Temático



Dra. Graciela Guadalupe López López
Profesor Titular del curso de especialización en Medicina Familiar
Sede UMF No.28



Dra. Vanessa Johanna Caro
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en salud.
Sede UMF No.28



Dra. Carmen Gorety Soria Rodríguez
Coordinador Auxiliar Médico de investigación en salud
OOAD Baja California

Mexicali, BC a Enero 2022

Dictamen de aprobado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 204.
H GRAL REGIONAL NUM 20

Registro COFEPRIS 17 CI 02 004 049

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 02 CEI 004 2018081

FECHA Viernes, 26 de febrero de 2021

Dra. vanessa johanna caro

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "ACTITUD SOBRE LACTANCIA MATERNA EN EMBARAZADAS ANTES Y DESPUÉS DE UN TALLER DE SENSIBILIZACIÓN" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-204-008

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en Junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Cesar Alberto F.T.
Cesar alberto Figueroa Torres
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 204

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Identificaciones de los investigadores

Investigador principal

Nombre: Higuera Lugo José Guadalupe
Adscripción: Residente de la Especialidad de Medicina Familiar
Matricula: 98028250
Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 28 Instituto Mexicano Del Seguro Social (IMSS).
Teléfono: 664-339-86-02
Correo electrónico: Dr.higuerajose@gmail.com

Investigador asociado:

Nombre: Dra. Ossil Ruiz Valdez.
Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 28.
Matricula: 99024684
Lugar de trabajo: IMSS
Teléfono: 686-188-7982
Correo electrónico: Ossilita@yahoo.com.mx

Investigador asociado:

Nombre: Dra. Vanessa Johanna Caro
Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 28.
Matricula: 99264825
Lugar de trabajo: IMSS
Teléfono: 686-555-50-85
Correo electrónico: Vanessa.caro@imss.gob.mx

Investigador asociado:

Nombre: Dr. Alberto Barreras Serrano
Adscripción: Universidad Autónoma De Baja California Campus Mexicali
Lugar de trabajo: Universidad Autónoma De Baja California Campus Mexicali
Teléfono: 686-225-53-42
Correo electrónico: abarreras@uabc.edu.mx

Investigador asociado:

Nombre: Mpss. Sandoval Aguilar Nadya Carolina.
Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 28.
Matricula: 97023544
Teléfono: 646-151-86-10
Correo electrónico: nadya.sandoval@uabc.edu.mx

Índice:

1.- Resumen.....	6
2.- Marco teórico.....	7
3.- Antecedentes.....	12
4.- Justificación.....	18
5.- Planteamiento del problema.....	19
6.- Objetivos.....	20
7.- Material y métodos.....	20
8.- Criterios de selección.....	22
9.- Procedimiento.....	23
10.- Instrumento de medición	24
11.- Operacionalización de variables.....	25
12.- Aspectos éticos.....	26
13.- Recursos, financiamiento y factibilidad.....	27
14.- Resultados.....	28
15.- Discusión	36
16.- Conclusiones	38
17.- Recomendaciones.....	38
18.- Limitaciones	38
19.- Referencias bibliográficas.....	39
20.- Anexos.....	43

1.- Resumen:

Título: "ACTITUD SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EN EMBARAZADAS ANTES Y DESPUÉS DE UN TALLER DE SENSIBILIZACIÓN"

Autores: Dr. Higuera Lugo José Guadalupe. Dra. Ossil Ruiz Valdez. Dra. Vanessa Johanna Caro. Dr. Alberto Barreras Serrano. Mps. Sandoval Aguilar Nadya Carolina.

Introducción: La lactancia materna es la alimentación ideal de los lactantes hasta los 6 meses, la cual debe promoverse desde la primera media hora de vida continuando a libre demanda hasta el sexto mes en forma exclusiva y a partir de ese momento la lactancia materna podría mantenerse hasta que el niño y la madre lo decidan.

Objetivo: Evaluar la actitud sobre la lactancia materna en embarazadas antes y después de un taller de sensibilización.

Material y métodos: Previa autorización por el comité local de ética e investigación, se realizó un estudio cuasi-experimental, en donde se incluye 180 mujeres embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No.28 que cumplieron con criterios de inclusión para la evaluación de su actitud antes y después del taller de sensibilización mediante la aplicación de la Escala de Actitudes ante la Alimentación Infantil de Iowa.

Análisis estadístico: Se describió la muestra de las mujeres embarazadas incluidas en el presente estudio, sus variables con estadísticos de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas y para las variables cualitativas, se aplicó un análisis de frecuencias. Con las calificaciones obtenidas de ambas encuestas se realizó prueba de t de Student para datos pareados para dar respuesta a las hipótesis.

Resultados: La actitud media antes del taller de sensibilización fue de 65.45 puntos en la encuesta IIFAS con tendencia a una actitud neutra, y un valor medio después del taller de 74.56 puntos en la encuesta IIFAS con tendencia a una actitud positiva hacia la lactancia materna, este cambio prácticamente de 9 unidades marcó una diferencia significativa en la actitud.

Conclusión:

La actitud sobre la lactancia materna en las mujeres embarazadas antes del taller de sensibilización fue neutra, con una modificación después del taller de sensibilización a una actitud positiva hacia lactancia materna.

Palabras claves: lactancia materna, embarazo, actitud materna, IIFAS, lactancia en México.

2.- MARCO TEÓRICO:

La lactancia materna exclusiva (LME) es el método de alimentación más apropiado para el lactante hasta los 6 meses de edad y es, siendo así la lactancia materna (LM) el único alimento sólido o líquido que garantiza el desarrollo óptimo del recién nacido.¹ Se debe fomentar el inicio de la LM en la primera media hora de vida y persistir a libre demanda hasta el sexto mes de vida de forma exclusiva y posteriormente además de iniciar la alimentación complementaria se debe continuar hasta los dos años de edad.²

La buena práctica de la LME se define como la alimentación del niño menor de seis meses de edad basada únicamente con leche materna, sin la introducción de líquidos ni sólidos, ni siquiera agua, exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.³ La Organización Mundial De La Salud (OMS) Y El Fondo De Naciones Unidas Para La Infancia (UNICEF) han considerado a la LM por décadas como fundamental en la alimentación humana y la han promovido mediante diversas iniciativas globales.³ Constituyendo un mecanismo importante para el vínculo emocional de la madre e hijo, y permite un ahorro considerable de los recursos a nivel familiar y social.³

La educación maternal es una intervención en salud necesaria en nuestra sociedad, con el objetivo de la orientación entre la enorme cantidad de información disponible y como una oportunidad para promocionar la salud de la madre y, a través de ella, la de toda la familia.⁴

Beneficios de lactancia materna:

Las ventajas de otorgar LM desde la primera media hora después del parto, y continuarla de forma exclusiva hasta los seis meses de edad están bien establecidas.⁵ La LME otorga múltiples beneficios para el niño: reducción de la incidencia de enfermedades de tipo infecciosas, incluidas meningitis, bacteremia, diarrea, infecciones de las vías aéreas, otitis media, síndrome de muerte súbita, enterocolitis necrosante, infecciones de las vías urinarias y sepsis tardía en prematuros.⁶ La LME

a largo plazo en los niños, se asocia con una menor tasa de obesidad, diabetes, y con mejores puntuaciones en las pruebas de desarrollo intelectual y motor, y así mismo con respecto a las mujeres que otorgaron LM tienen a corto plazo menor tasa de sangrado posparto, y a largo plazo menor riesgo de cáncer de mama y ovario, y tasa de obesidad.⁷

El Ácido decosahexanoico (DHA) y el Ácido araquidónico (AA) son otorgados directamente de la madre al hijo durante el embarazo y en la leche materna, por lo cual, los niños que obtuvieron LM tienen una mayor concentración del DHA y con un mejor desarrollo neuronal.⁸

Fisiología de lactancia materna:

A partir de la segunda mitad de la gestación, la acción de la prolactina hace que la glándula mamaria comienza a sintetizar y después a secretar en la luz alveolar el calostro, un líquido viscoso y denso, de color amarillo anaranjado rico en sodio y en proteínas antiinfecciosas (lactoferrina e inmunoglobulinas).⁹ En el día 4 del posparto, el proceso de maduración de las células alveolares permite la instauración de la lactogénesis II, con la producción de la leche de transición y, después, hacia el día 15, de la leche madura rica en lactosa y en lípidos.⁹ El inicio de la lactación se relaciona con factores neuroendocrinos que implican a la prolactina para la secreción y la oxitocina para la eyección. La precocidad y la frecuencia de las tomas condicionan la respuesta de los lactocitos a las diversas hormonas que participan en el inicio de una producción láctea eficaz.⁹ La síntesis de la leche y su velocidad varían en función del grado de llenado de las mamas (6-90ml/h), teniendo un volumen de producción dependiente de la eficacia y frecuencia de la extracción de leche y la demanda (volumen de almacenamiento variado entre 80-600ml).Cualquier restricción de la duración o de la frecuencia de las tomas puede ocasionar una producción insuficiente de leche.⁹

Contraindicaciones de lactancia materna:

Algunas condiciones de salud del recién nacido y de la madre podría justificar que se recomendara no otorgar lactancia materna de manera temporal o permanente.¹⁰

Afecciones del recién nacido: Los niños que no deben recibir leche materna ni otra leche excepto fórmula especializada son aquellos que presente: galactosemia clásica, enfermedad de jarabe de arce y fenilcetonuria. Los recién nacidos que requieren otro alimento por un periodo limitado además de leche materna son: Recién nacidos con peso muy bajo al nacer (<1500gr), recién nacidos muy prematuros (<32 semanas de gestación) y recién nacidos con riesgo de hipoglicemia.¹⁰

Afecciones de la madre: Pacientes con infección por VIH justifica evitar la lactancia materna de forma permanente. Las afecciones que podrían justificar evitar la lactancia materna de forma temporalmente son: enfermedad materna grave, herpes simple tipo I, medicación materna (psicotrónicos, antiepilépticos sedantes, opioides y sus combinaciones), uso de yodo radiactivo-131, pacientes con quimioterapia citotóxica. Afecciones en mujeres que durante las cuales puede continuar otorgando la lactancia: Absceso mamario (contralateral), Hepatitis B, Hepatitis C, Mastitis y Tuberculosis.¹⁰

Variables de los tipos de lactancia:

- Lactancia materna exclusiva: es la alimentación del niño con leche materna, que incluye la extraída de la propia madre o nodriza. Admite medicación (vitaminas, minerales).¹¹
- Lactancia materna predominante: Leche materna es la fuente predominante en la alimentación, aunque se permiten ciertos líquidos a base de agua o jugos de frutas, pero no permite leche de origen no humano ni alimentos licuados.¹¹
- Lactancia materna complementaria: Leche materna y alimentos sólidos o semisólidos, que puede incluir la leche no humana y leche artificial, en los niños de 6 a 23 meses de vida.¹¹

- Lactancia materna parcial: es la alimentación con leche materna (sea de la madre o nodriza), y que permite otro alimento o líquido, como la leche de origen no humano y leche artificial (denominada lactancia mixta) en niños menores de 6 meses de edad.¹¹
- Lactancia artificial: alimentación del niño con preparados de origen de leche no humana.¹¹

Técnicas de lactancia materna:

Lactancia materna directa: Para lograr una LM exitosa deben existir dos reflejos: como primero el reflejo de erección del pezón en la madre, que se logra provocar con un masaje ligero con los dos dedos en los pezones, este reflejo lo hace más saliente y fácil de tomar por el niño. Y como segundo el reflejo de búsqueda del niño, que se logra producir al tocar el borde inferior del labio del niño. Este reflejo provoca que el niño abra la boca y busque el pezón, siendo este el momento para introducirlo en la boca.¹²

Uno de los reflejos con los que nacen los seres humanos es la succión, el cual ejercitan desde antes del nacimiento (sexta semana de vida intrauterina). Los recién nacidos tienen 3 reflejos que permiten el amamantamiento: búsqueda, succión y deglución. La succión del seno materno, es un movimiento complejo que se lleva a cabo por los músculos de la lengua, propulsores de la mandíbula, maseteros, orbicular de los labios y buccionadores.¹³

Durante la lactancia materna se transmiten los estímulos nerviosos a los centros propioceptivos de los labios, la lengua, las mejillas, los músculos y la articulación temporomandibular, los cuales son importantes para el adecuado funcionamiento del sistema estomatognático. Cuando se llega a otorgar lactancia materna mixta y hay la utilización de biberón, el niño presentará confusión de succión, por lo que procura hacer prehensión de la areola y el pezón, como si se tratara de una tetilla de caucho, provocando en el niño el aborrecer el pecho materno, ya que implica mucho menos esfuerzo, provocando con frecuencia problemas de amamantamiento y el fracaso de la lactancia materna.¹³

Posición acostada en decúbito lateral: El cuerpo del niño sigue el cuerpo de la madre, y están unidos abdomen con abdomen. La madre debe ofrecer el pecho del lado que está acostada, esta posición y la de balón de fútbol son las más adecuadas para las madres que han tenido cesárea.¹⁴

Posición sentada clásica: La madre con la espalda recta, una almohada bajo el niño, cerca del pezón, al niño sobre un brazo, de tal forma que se pueda contener con la mano del mismo brazo la pierna o las nalguitas del niño.¹⁴

Lactancia materna indirecta: Cuando la madre tiene que separarse de su hijo, se debe recomendar continuar con la lactancia materna exclusiva hasta que el niño cumpla 6 meses de vida, y que la lactancia materna continúe hasta el año o si es posible más. La madre debe iniciar la extracción de la leche del seno materno dos semanas antes de separarse del niño, sea cualquier causa o motivo, con el propósito de que tanto la madre como el hijo se acostumbren.¹⁴

3.- ANTECEDENTES:

En los últimos años, los avances en el estudio de la epigenómica, han demostrado que la alimentación con leche humana hasta avanzado el segundo año de vida, consigue modificar la expresión de genes, por lo tanto, la programación genética de los lactantes para prevenir la obesidad, la diabetes, la hipertensión arterial, hipercolesterolemia e incluso algunos tipos de cáncer, reduciendo la mortalidad infantil de 55-84%.¹⁵

La UNICEF señala en 2009 que en el periodo del año 2000-2007 el 38 % de los niños menores de seis meses de edad recibieron LME. Desde 1993 la OMS ha puesto en marcha la estrategia de Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), la cual ha sido puesta en marcha en más de 75 países.¹⁶ La actual situación desfavorable de la LM repercute tanto en la salud del niño y la madre, como en el ámbito económico de la sociedad y el Estado.¹⁶ La OMS considera que la LM puede salvar hasta 820,000 vidas por año, así como beneficiar el bienestar de los niños y las madres.¹⁷

Aun con los beneficios de la LM, la tasa de lactancia exclusiva entre los niños hasta los seis meses de edad es de aproximadamente el 36%. En 2012, la Asamblea Mundial de la Salud refiere que entre los seis objetivos mundiales, uno es el aumento de las tasas de LME en los primeros seis meses de vida al menos hasta el 50% para 2025. Con antecedente de un aumento de la tasa de LME de aproximadamente el 14% al 38% entre 1985 y 1995. Las opiniones y los conocimientos incorrectos sobre la LM, el tener acceso inadecuado a los servicios sanitarios y a los profesionales de la salud y el poco respaldo brindado por los profesionales de la salud podrían ser las causas de dichos resultados desfavorables.¹⁸

La Escala Infantil de Alimentación y Actitud de Lowa (IIFAS), está diseñada para medir las actitudes maternas de mujeres hacia la alimentación del niño menor de 6 meses de vida, con una consistencia alta (α de 0.86).¹⁹

Jacome A y Jimenez R, en Bogotá Colombia, realizaron un estudio metodológico, en donde a 136 mujeres después del parto se les hizo una encuesta de seguimiento seis semanas después y se logró ubicar telefónicamente a 103 (75%) de las 136 pacientes, para evaluar la duración de la lactancia y el método de alimentación. Donde se demostró una actitud positiva hacia la LM, independiente de la forma de alimentación encontrada a las seis semanas en la encuesta telefónica. La edad media de las mujeres en la encuesta fue de 32,5 años. Lactancia exclusiva en 54 (52,4%) niños; lactancia artificial en 16 (15,5%); y lactancia mixta en 33 (32%).²⁰

En las Estadísticas Sanitarias Mundiales de 2010, Cuba reportó en el periodo del 2000 a 2009 valores de LME al sexto mes solo del 26%. Son numerosos los factores relacionados en la obtención de una LM adecuada, que han sido investigados desde diferentes puntos de vista: deseos, aptitudes, conocimientos de las madres y múltiples factores psicosociales.²¹

Gorrita Pérez y col, en San José de las Lajas, Mayabeque, Cuba, realizaron un estudio descriptivo y transversal a 192 gestantes en su tercer trimestre, durante el periodo de 2010 a 2011, donde se obtuvieron resultados que dieron que de las 192 gestantes estudiadas, el 73,4 % estaba en el grupo de edad de 20 a 35 años, el 50 % poseían un nivel de escolaridad de técnico medio o preuniversitario, el 52,6 % vivían en unión consensuada. El 100% manifestaron sus deseos de otorgar lactancia materna. Habían tenido un hijo previo 73 de ellas, y en el 53,4 % de esos casos habían ofrecido LME de uno a cuatro meses. El 80,7 % de las 192 madres con insuficientes conocimientos sobre LM.²²

La utilización de la LM observada en la encuesta de indicadores múltiples por conglomerados realizado en Cuba entre 2010 y 2011, demuestra que aproximadamente el 49 % de los niños cubanos menores de seis meses reciben LME. Si bien se observó un aumento del 26,4 % encontrado por la misma encuesta realizada en Cuba en el año 2006.²³

Avalos y col. en Lisa, Cuba, realizaron un estudio descriptivo, transversal, en un universo de 210 nacimientos ocurridos en el año 2013 con el objetivo de determinar algunas variables que influyen en el comportamiento de la LM en el primer año de vida. Con resultados donde la LME se mantuvo de 4 a 6 meses en un 48,6 % asociada a factores biosociales favorables como el alto nivel cultural y ser trabajadora. Se relaciona la escolaridad materna con el tiempo de LME y se encuentra que en las madres que tenían un nivel de preuniversitario y técnico medio se evidencia que mantuvieron la LME por más tiempo en un 18,1 %, seguida por las de escolaridad universitaria en un 13,8 %.²⁴

Guerra Domínguez y col, en Bayamo, Granma, Cuba 2012. Realizaron un estudio de intervención a 302 embarazadas, con el objetivo de determinar conocimientos, actitudes, motivaciones y prácticas sobre LM vinculados a una intervención educativa. Se les realizó examen evaluativo de conocimientos, actitudes y motivaciones sobre la lactancia materna, se aplicó una estrategia educativa y se evaluaron los conocimientos, motivaciones y actitudes comparativamente con resultados iniciales, finalmente se determinó la duración de la LME. Dando resultados que: previo a la intervención se encontró que las embarazadas con evaluación de regular (137), el 33,1% gestantes tenían poca motivación para otorgar lactancia materna, el 28.5% mantenían una actitud indiferente hacia la lactancia. Después de la intervención, el 100% había adquirido buenos conocimientos, una adecuada actitud y gran motivación acerca de la lactancia materna. Al determinar la duración de la LME, el 100% de las madres lograron amamantar hasta los 3 meses, el 95.36, hasta los 4; el 92.72, hasta los 5 y el 90.07 hasta los 6 meses.²⁵

López Calzadilla y col, en Gibara, Cuba, realizaron un estudio de intervención a 36 gestantes de los consultorios médicos de la familia en el período de 2013-2014, con el objetivo de evaluar un programa educativo sobre la lactancia materna. Con los resultados que predominó en el grupo de edad de 20 a 24 años, las que no habían tenido ningún hijo, el nivel de escolaridad preuniversitario, la vía de información a través de los familiares. Cómo inicialmente 29 madres tenían un conocimiento evaluado de inadecuado (80.55%), y al final de la intervención educativa sólo dos

madres (5.55%) tenían esta evaluación, lo cual tuvo elevada significación estadística por el método de Coeficiente de Variación. Se consideró la Intervención Educativa como efectiva.²⁶

Guerra Domínguez y col, en Bayamo, Cuba, realizaron un estudio de intervención cuasi experimental dirigido a futuras madres en el periodo del 2005-2016. Con el objetivo de elevar conocimientos sobre LM y mejorar prácticas. Con un universo de 1735 mujeres, muestra: 1343. Con resultados que Inicialmente, predominó el bajo nivel de conocimiento (47,3% en las embarazadas y 59,1% en las de edad fértil); después de la intervención, destacó el nivel alto de conocimiento tanto en embarazadas (96,7%) como en mujeres de edad fértil (90,1%). El 90,42% de las madres ofreció a sus niños LME hasta los 6 meses. Se demostró la efectividad de la estrategia educativa por el impacto logrado.²⁷

Rojas y col. en Bayamo, Cuba, realizaron un estudio observacional y descriptivo en el período comprendido entre Enero-Diciembre del 2017, con una muestra de 309 madres, con un resultado de un predominio de abandono de la lactancia el grupo comprendido de 0-4 meses de edad (69,5%), mostrando sólo LME hasta los 6 meses 94 pacientes, (30,4%).²⁸

En un estudio por Rojas y col, en Venezuela, 2015, donde se realizó una investigación evaluativa, de corte transversal en 1.132 embarazadas y madres residentes de niños menores de dos años, con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento de las madres y embarazadas después de aplicada una estrategia educativa. Entre los resultados se refleja las características la prueba de evaluación de conocimiento (pre test) en temas vinculados a la lactancia materna, se evidenció un desconocimiento general en contenidos como: beneficios de lactancia, duración, técnicas, conservación y almacenamiento de la leche materna, leyes que amparan la práctica de la lactancia, entre otros, observándose un alto porcentaje de respuestas incorrectas que clasifican a las madres evaluadas con un nivel de conocimiento deficiente (65%) y con resultados post intervención educativa con progreso en el conocimiento por las madres y embarazadas (28.8% a 60.8%), evidenciando un

incremento del más del 50% en el nivel de conocimiento de las madres y embarazadas en relación con su evaluación inicial (pre-test), evaluándose la estrategia educativa como efectiva para este grupo de participantes.²⁹

Franco Soto J y col, en San Cristóbal, Táchira, Venezuela, realizaron un estudio comunitario exploratorio, prospectivo, transversal realizado en la consulta prenatal del Servicio de Obstetricia. Con resultado de un total de 202 gestantes, edad materna en rango de 14 años a 43 años con un promedio de 27 años. La mayoría tenía un nivel universitario, correspondiendo solo a un 5% de embarazadas con bajo nivel educativo. El 44,1% eran primigestas y casi todas las multigestas (93,1%) dieron LM a sus hijos precederos. Del total de las encuestadas, 176 (87%) respondieron haber recibido información sobre los beneficios de la LM durante el embarazo. El mayor aporte de información sobre la LM proviene del personal de salud tanto médico como paramédico. El 62,87% de gestantes respondieron que iban a alimentar a su recién nacido con LME pero casi un 40% indicaron la alternativa de lactancia mixta. Solo la mitad de las gestantes encuestadas sabían que la lactancia exclusiva es hasta los 6 meses.³⁰

Según la UNICEF, en México el promedio de LME durante los primeros seis meses de vida es de solo 14.4%, siendo el más bajo en Latinoamérica.³¹ Las estimaciones hechas por investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) a partir de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (ENSANUT) ponen de manifiesto los bajos niveles de LME y su deterioro en los últimos seis años (de 2006 a 2012), particularmente en los sectores más vulnerables: en la región sur del país, la LME se redujo de 28.5% a 15.5% (ENSANUT reporta del 22.3% a 14.5%); en el medio rural pasó de 36.9% a 18.5% y en la población indígena de 34.5% a 27.5%.³² La duración de la LM en México es de cerca de 10 meses; cifra estable en las tres encuestas de nutrición y salud de 1999, 2006 y 2012 (9.7, 10.4 y 10.2 meses).³³

Geronimo Carillo y col, Tabasco México, 2014 realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo y corte transversal, con una muestra conformada por 300 participantes con el objetivo de evaluar los conocimientos, actitudes y práctica sobre lactancia materna, en las mujeres en periodo posparto que asisten a la consulta externa, donde se utilizó el instrumento denominado Cuestionario de Conocimiento, Actitud y Práctica sobre Lactancia Materna (CCAPLM), y en donde se muestra que el 67.3 % de las mujeres encuestadas obtuvieron un Nivel de Conocimiento Regular sobre la LM, mientras que un 24% demostraron alto conocimiento, con respecto La actitud hacia la lactancia fue favorable en un 67.3% y desfavorable en un 24%.³⁴

Aguilar Navarro HJ y col, en Monterrey, México en el 2014 realizó un estudio transversal con traducción inversa y adaptación cultural de los ítems de la escala IIFAS al español, para determinar su validez y fiabilidad. De la escala adaptada se aplicó a 385 mujeres grávidas, dando resultados donde el 16.3% mostró actitud positiva hacia la LM. Con un rango de edad entre 14 y 43 años de edad, quienes habitan en 26 localidades diferentes de cuatro estados de la República Mexicana. El nivel educativo que predominó fue el nivel medio superior con 40.9%, el 60% de la población total se clasificó económicamente activa y 64% casada. El nivel socioeconómico más observado fue la clase media baja con 35%. Además, 35% no habían recibido pláticas de orientación de la lactancia y quienes respondieron afirmativamente haberlas recibido, de la totalidad de las participantes, el 23% recibieron tres pláticas prenatales. Se determinó la fiabilidad del Instrumento (α de Cronbach 0.65), así como la validez de constructo con Análisis Factorial Exploratorio.³⁵

4.- JUSTIFICACION:

La lactancia materna exclusiva en México reportada por ENSANUT 2012 es de 14.4%, siendo la más baja en Latinoamérica, valorando el estudio hecho por Aguilar Navarro HJ en el 2014 donde reporta un porcentaje casi similar con respecto a la actitud materna con respecto a la leche materna exclusiva con un 16.3%. A nivel mundial el porcentaje promedio de LM en los primeros meses de vida es del 36%, identificando regiones mundiales como España en el 2012 del 28% y áreas en Latinoamérica como Colombia con 52.4%, Cuba en el 2017 con 30.4%.

El bajo porcentaje de LM disminuye los beneficios a largo plazo del sistema cardiovascular materno, control de lípidos, control de peso, la presión arterial, control glucémico y la reducción del riesgo de cáncer de mama. En los pacientes infantiles los predispone a mayor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante, enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, alergias, diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares en la edad adulta.

Es de gran importancia la educación a la mujer embarazada en todo lo relativo a la LME para fomentar el apego y hacer énfasis en todos los beneficios que son otorgados para el neonato y la madre. Esta información permitirá que la futura madre y padre, tengan el conocimiento que modificarían su actitud y la práctica misma. Obtener el nivel de conocimientos, la actitud y la práctica nos permitirá entender más el fenómeno local de la LME, esto contribuirá a favorecer la salud de los niños y de las madres mejorando las expectativas de vida y ayudando a la disminución en la prevalencia e incidencias de enfermedades e incluso tasas de mortalidad infantil.

5.- PLANTEMENTO DEL PROBLEMA:

La LME ha ido decayendo, la OMS estima que la LM puede salvar hasta 820,000 vidas por año, así como favorecer el bienestar de niños y madres. En todo el mundo, los menores de 6 meses alimentados con LME que no llegan al 40% (Aproximadamente el 36%), y teniendo a México con el porcentaje bajo de 14.4%.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del Instituto Del Seguro Social en Mexicali, se observaba un número alto de mujeres embarazadas y se desconocía su disponibilidad y actitud para LME, lo que puede estar relacionado e influenciado por la mala o deficiente información, desconocimiento de las ventajas y las situaciones laborales de las mujeres.

Por lo tanto, con el presente estudio de investigación se pretendió mejorar la actitud y disposición de la mujer hacia la LME, incrementando su apego y reduciendo factores de riesgo hacia los infantes.

Por lo tanto, surgió la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la actitud sobre la lactancia materna en embarazadas antes y después de un taller de sensibilización?

Hipótesis:

El taller de sensibilización de lactancia materna mejora la actitud de las mujeres embarazadas.

Hipótesis Nula:

El taller de sensibilización de lactancia materna no mejora la actitud de las mujeres embarazadas.

6.- OBJETIVOS:

Objetivo general:

Evaluar la actitud sobre la lactancia materna en embarazadas antes y después de un taller de sensibilización.

Objetivos específicos:

- Describir las características sociodemográficas de la población de estudio: edad, escolaridad, ocupación, estado civil, número de hijos.
- Evaluar la actitud de las mujeres embarazadas con respecto a la leche artificial antes y después del taller de sensibilización.
- Evaluar la actitud de las mujeres embarazadas con respecto a la leche materna antes y después del taller de sensibilización.
- Evaluar la asociación entre las asesorías previas con los resultados de lactancias materna versus lactancia artificial antes del taller de sensibilización.

7.- MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño del estudio:

Estudio cuasi-experimental.

Población de estudio:

Mujeres embarazadas atendidas en la UMF. No 28, agrupadas en primer, segundo y tercer trimestre de embarazo.

Lugar de estudio:

Unidad de Medicina Familiar No.28 del IMSS, Mexicali, B.C. México.

Periodo de estudio:

Marzo 2021- Julio 2021

Muestreo:

Se aplicó un muestreo estratificado, donde el estrato se define como el trimestre de gestación; con distribución de muestra proporcional a los tres estratos definidos (primero, segundo y tercer trimestre).

Determinación del tamaño de muestra:

Muestreo estratificado, con asignación proporcional al tamaño del estrato.

$$n = \frac{N \sum N_i p(1 - p)}{N^2 (\delta/Z_{\alpha/2})^2 + \sum N_i p(1 - p)}$$

donde:

N = total de mujeres embarazadas= 779

N_i = mujeres embarazadas por estrato (N₁= 166; N₂= 275; N₃= 338)

p = proporción de actitud a lactancia materna = 0.163 (Aguilar y col, 2014).

δ = precisión del 5%

Z_{α/2} = nivel de confianza al 95% = 1.96

Sustituyendo en la fórmula:

$$n = \frac{779 [(166 + 275 + 338)(0.163)(0.837)]}{(779)^2 (0.05/1.96)^2 + [(166 + 275 + 338)(0.163)(0.837)]}$$

$$n = 165 \text{ pacientes} + 10\% \text{ extras} = 182 \text{ pacientes}$$

Distribución de la muestra por Estrato:

Estrato	Trimestre de gestación	N _i	proporción	Pacientes a muestrear
A	1ro	166	166/779	39
B	2do	275	275/779	64
C	3er	338	338/779	79

Análisis estadístico:

Se describió la muestra de las mujeres embarazadas incluidas en el presente estudio, (manera general y por estratos), sus variables sociodemográficas con ayuda de estadísticos de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas (la media, desviación estándar, el coeficiente de variación y el error estándar). Para las variables cualitativas se aplicó análisis de frecuencias, para lo cual se construyeron graficas (barras).

Con las calificaciones obtenidas de las encuestas con relación de antes y después del taller de sensibilización se realizó una prueba de t de Student para datos pareados para dar respuesta a las hipótesis de no cambio en la actitud vs si hay cambio significativo en la actitud por la atención al taller de sensibilización. Se declarará significativo cuando $p < 0.05$. Las pruebas de hipótesis se aplicaron en general y por cada estrato definido. El análisis se realizó con apoyo del paquete estadístico SPSS ver 24.

8.- CRITERIOS DE SELECCIÓN:

De inclusión:

- Mujeres embarazadas.
- Que acepten participar, previa firma de consentimiento informado y asentimiento informado en caso de menores de edad.
- Adscritas a la unidad de medicina familiar No. 28.

De exclusión:

- Mujeres con retraso mental u otra enfermedad con discapacidad psíquica.
- Mujeres con HIV.

De eliminación:

- Encuestas incompletas.
- No asistan al taller de sensibilización al menos al 80% de las sesiones.

9.- PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN:

Previa autorización por el Comité Local de Investigación y el Director de la unidad (Anexo 2), el estudio se realizó en tres etapas:

Primera etapa: de forma aleatoria se buscó a las pacientes embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No.28 a quienes se les invito a participar de forma libre, mediante un consentimiento informado y asentimiento informado en caso de ser menor de edad, para informar las circunstancias y objetivos de la investigación, mismo donde a previa aceptación se les realizará la encuesta IIFAS.

Segunda etapa: aquellas pacientes que aceptaron participar, se les incluyo en el taller de sensibilización el cual fue de 1 sesión con duración de 1 hora, en grupos de 1 hasta 5 personas, y el cual fue impartido en el aula educativa de la institución, donde se les otorgaran 4 temas (1.- Definiciones, fisiología y beneficios de lactancia materna. 2.- Adecuada practica de lactancias materna y posiciones de lactancias materna. 3.- Datos de hambre del neonato. 4.- extracción de leche materna y modo de almacenamiento). En cada tema hubo un intervalo de tiempo para dudas y preguntas. (anexo 5).

Tercera etapa: Un mes posterior al taller de sensibilización se volvió a realizar la encuesta IIFAS, durante su próxima consulta o visita a la Unidad de Medicina familia. En los casos que no acudieron se le realizo una llamada telefónica para poder obtener los datos de la encuesta, posteriormente se capturaron los datos obtenidos de las dos encuestas en programa Excel y se obtuvo un comparativo.

10.- INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN:

La Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS) desarrollada originalmente por De la Mora y Russell. La escala original en inglés tiene 17 ítems, de los cuales ocho están redactados de manera favorable a la lactancia materna y el resto hacia la lactancia artificial. La escala se evalúa con una graduación de respuesta tipo Likert de cinco puntos, los ítems favorables a lactancia materna, si se elige la opción totalmente en desacuerdo con el ítem, se califica con 1 punto, hasta la opción estar totalmente de acuerdo con el ítem equivale a 5 puntos, la puntuación revierte en los ítems favorables a lactancia artificial. La puntuación total se clasifica en tres categorías: actitud positiva a la lactancia materna, actitud neutral y una actitud positiva a lactancia artificial.

Se reporta la confiabilidad (α de Cronbach de 0.86) y la validez: con la correlación entre las puntuaciones de la escala y la actitud hacia la alimentación ($r=0.80$) y con las diferencias entre las puntuaciones de la escala y la planeación de la lactancia (seno materno versus alimentación con fórmula) ($p < 0.01$).

La puntuación de la escala IIFAS-versión español México de acuerdo con las categorías de la actitud: positivas hacia la lactancia artificial (17-48 puntos), actitud neutral (49-69 puntos) o positiva hacia la lactancia materna (70-85 puntos).

11.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

Para dar respuestas a los objetivos planteados en nuestra investigación se analizó el comportamiento de las variables de la siguiente forma:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	Tipo de variable /nivel de medición	Valor
Actitud hacia la lactancia materna	Disponibilidad a otorgar lactancia materna de forma alimentaria.	Disponibilidad a otorgar leche materna mediante la evaluación con la escala IIFAS	Cuantitativa discreta	Actitud hacia lactancia artificial (17-48 puntos), Actitud neutral (49-69 puntos) Actitud hacia lactancia materna (70-85 puntos)
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Tiempo cronológico de vida cumplidos.	Cuantitativa discreta	Número de años
Número de hijos	Cantidad de hijos expresado en números.	Número de hijos que tiene la persona.	Cuantitativa discreta	0 hijos 1 hijo 2 hijos 3 hijos o mas
Escolaridad	Según grado de escolaridad terminado	El grado de escolaridad que tiene la persona.	Cualitativa Ordinal	Sin escolaridad Primaria Secundaria Bachillerato Universidad Posgrado
Estado Civil	Es el conjunto de condiciones o cualidades jurídicamente relevantes que tiene una persona frente una familia determinada que comprende una serie de estados relativos al matrimonio y al parentesco.	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Cualitativa Nominal	1.- Soltera. 2.- Casada. 3.- Viuda. 4.- Divorciados. 5.- Unión libre
Información sobre lactancia materna previa	Fuente de donde haya obtenido información sobre lactancia materna.	Afirmación sobre haber recibido orientación sobre lactancia materna por un profesional de la salud, mediante interrogatorio directo	Cualitativa nominal	1.- Si 2.- No
Ocupación.	Referente a lo que una persona se dedica.	Actividad desempeñada por la persona, y que le genera recursos económicos.	Cualitativa Nominal	1.Ama de casa. 2.Empleada. 3.Estudiante.

12.- ASPECTOS ÉTICOS:

El presente estudio con riesgo mínimo, no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas que se encuentran aceptados en las normas establecidas acorde con los lineamientos en materia de investigación establecidos en las normas e instructivos institucionales. Además, es acorde al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud título segundo, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Capítulo I, disposiciones comunes y artículos 13, 16, 17 20, 21, 22. Capítulo III, de la investigación en menores de edad o incapaces y artículos 34, 36. Capítulo IV, De la investigación en mujeres en edad fértil, embarazadas, durante el trabajo de parto, puerperio, lactancia y recién nacidos: de la utilización de embriones, óbitos y fetos y de la fertilización asistida. Y Artículos 40, 43, 45. Se protege la privacidad del individuo.

Previa aceptación por el Comité Local de Investigación 204 y autoridades competentes. Conforme a los requisitos legales locales. En la consulta externa de control prenatal en el periodo de marzo de 2021 a julio 2021, el investigador principal, les informo sobre el actual trabajo de investigación a las pacientes embarazadas que cumplieron con los criterios de inclusión, y que desearon participar en el presente trabajo de investigación, se les solicito su autorización por escrito mediante consentimiento informado para poder iniciar y se guardó su confidencialidad. Los participantes fueron seleccionados en la consulta externa de control prenatal de la unidad de medicina familiar, se analizó que cumplan con los criterios de inclusión y excluyan los criterios de no inclusión o exclusión. Actualmente si el paciente desea saber los resultados, en cualquier momento se le otorgaran libremente en la unidad de medicina familiar o por vía telefónica con el autor y el responsable del trabajo de investigación.

13.- RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD:

Recursos humanos:

Investigador: Residente de medicina familiar Higuera Lugo José Guadalupe

Investigadores asociados: Dra. Ossil Ruiz Valdez, Dra. Vanessa Johanna Caro. Dr. Alberto Barreras Serrano, MPSS. Sandoval Aguilar Nadya Carolina.

Recursos materiales:

Aula para taller de sensibilización,

Formato en papel impreso: encuestas IIFAS, encuesta sociodemográfica (o tabla de recolección de datos), folletos, consentimiento informado.

Lápices, plumas, borradores, computadora personal, proyector.

Recursos financieros:

El financiamiento de los materiales tales como los artículos de papelería (hojas, plumas, lápices, borradores) y computadora personal fueron provistos por el investigador principal. El aula y el proyector fueron aportados por la institución.

FACTIBILIDAD:

Fue posible realizar este presente estudio debido a que se encontró con el material para efectuarlo en referencia a los recursos humanos, el apoyo de enseñanza para la utilización del aula y de trabajo social para citar a las participantes, investigadores dispuestos a realizar el proyecto, así como el financiamiento necesario a cargo de estos.

14.- RESULTADOS:

Análisis de datos sociodemográficos:

La investigación conto con la participación de 182 mujeres embarazadas de la unidad de medicina familiar número 28 del instituto mexicano del seguro social, donde se eliminaron a 2 participantes por no completar datos generales, quedando una muestra de 180 participantes y de las cuales tuvieron una edad media de 26.93 años con una derivación estándar ± 5.09 años (Con una mínima de 17 años y una máxima de 42 años). Para el resto de las derivaciones sociodemográficas que son categóricas son: escolaridad, ocupación, estado civil y número de hijos.

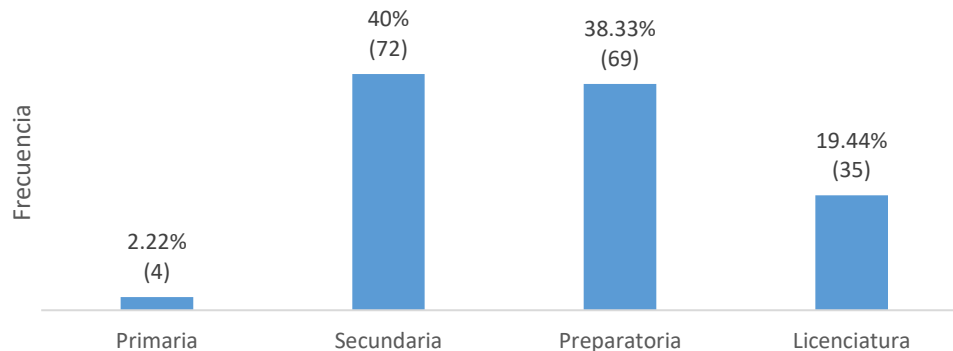


Figura 1: Frecuencia de escolaridad en el número total de la población de estudio.

De acuerdo a la frecuencia del grado de es escolaridad la mayoría de las pacientes cursaron secundaria y preparatoria, con similares conteos (72 y 69 mujeres lo que significó en términos relativos el 40 y 38% respectivamente), seguido por un porcentaje alrededor del 20% con estudios de licenciatura (35 participantes) y con un menor porcentaje las de escolaridad correspondiente a primaria con tan solo el 2% (4 participantes). La distribución de participantes por grado de escolaridad se muestra en la figura 1.

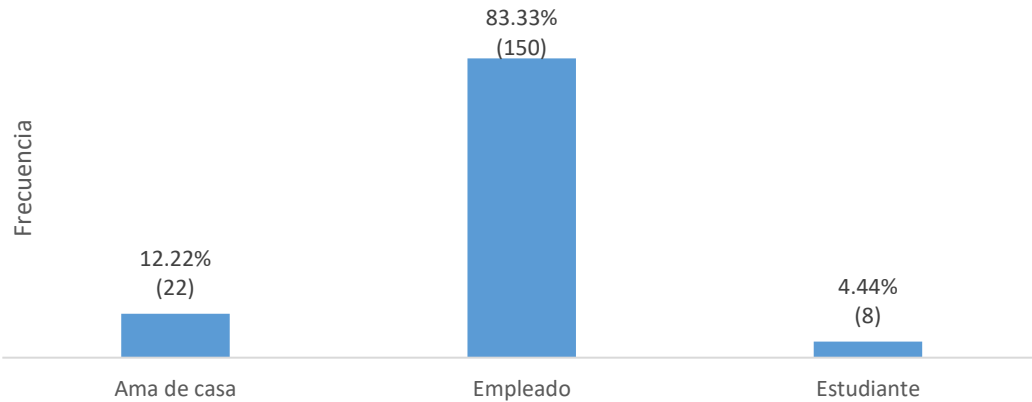


Figura 2: Frecuencia de la ocupación en el número total de la población de estudio.

En la figura 2 se muestra la distribución de las participantes por el criterio ocupación en donde 150 participantes son empleadas significando el 83% del total de mujeres en el estudio. Otra clase importante fueron las amas de casa con solo 22 participantes y que significó el 12% y con un porcentaje por debajo del 5% se ubicaron a las estudiantes (8 participantes).

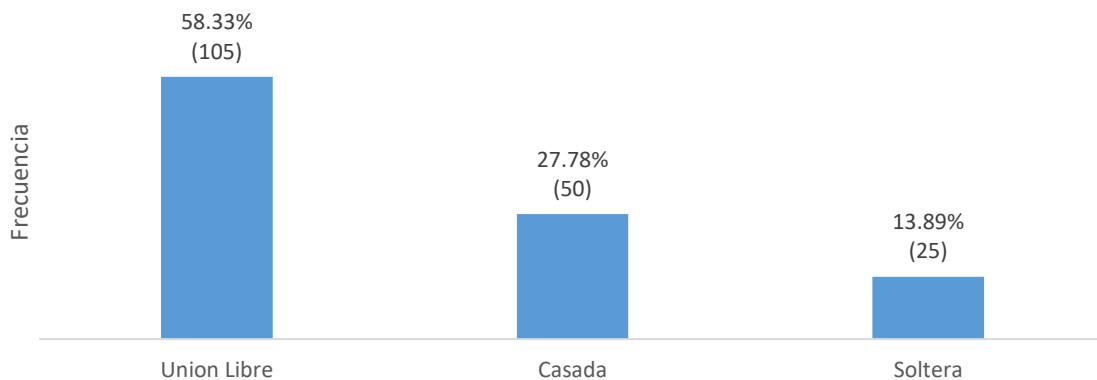


Figura 3: Frecuencia del estado civil en la población total de estudio.

La relación del estado civil encontrada en la población de estudio fue de 58.33% (105 participantes) en unión libre, 27.78% (50 participantes) casadas y el 13.89% (25 participantes) con el estado soltera, como se observa en la figura 3.

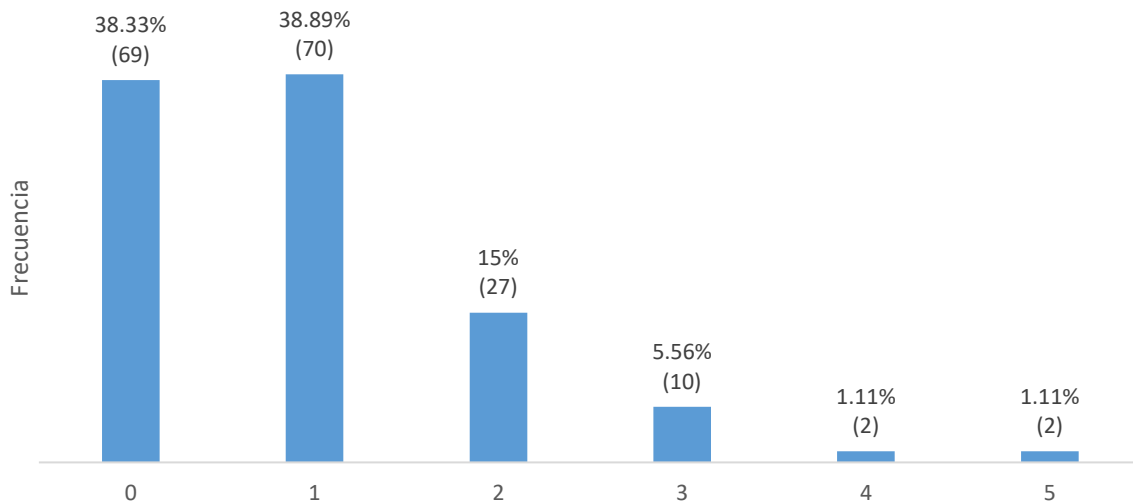


Figura 4: Frecuencia del número de hijos en la población total de estudio.

De acuerdo a la frecuencia de número de hijos en la muestra en estudio, se encontró un porcentaje importante con solo un hijo (39%, correspondiendo a 70 participantes), siendo similar para aquellas con cero hijos (38%, correspondiendo a 69 mujeres). 27 mujeres tenían 2 hijos, lo que representó un 15% del total de participantes en el estudio. La clase de 3 hijos solo se presentó en el 5.56% (10 participantes), mientras que las clases con 4 y 5 hijos solo correspondió a 2 participantes cada una, significando en términos relativos el 1.11% de las mujeres participantes (figura 4).

En el cuadro 1, se muestran los valores medios de actitud antes y después del taller de sensibilización, con un valor medio antes del taller de 65.45 puntos en la encuesta IIFAS con tendencia a una actitud neutra hacia lactancia materna y lactancia artificial, y un valor medio después del taller de 74.56 puntos en la encuesta IIFAS con tendencia a una actitud positiva hacia la lactancia materna, este cambio prácticamente de 9 unidades marcó una diferencia significativa en la actitud de la mujer.

Cuadro 1: Valores medios de actitud antes y después de un taller de sensibilidad, su diferencia absoluta y la significancia para la hipótesis $\mu_d = 0$ vs $\mu_d \neq 0$. Se presenta en general, por estrato y por cada variable sociodemográfica.

	Número	Antes	Después	Diferencia	Pr > t
General	180	65.45	74.56	9.1	<0.0001
Estrato					
1er trimestre de gestación	39	62.69	74.82	12.1	<0.0001
2do trimestre de gestación	63	65.44	73.55	8.1	<0.0001
3er trimestre de gestación	78	66.83	75.25	8.4	<0.0001
Escolaridad					
Primaria	4	65.50	73.0	7.5	<0.0886
Secundaria	72	64.76	74.63	9.8	<0.0001
Preparatoria	69	63.94	72.95	9.0	<0.0001
Licenciatura	35	69.82	77.77	7.9	<0.0001
Ocupación					
Ama de casa	22	64.63	73.27	8.6	<0.0001
Empleada	150	65.39	74.60	9.2	<0.0001
Estudiante	8	68.75	77.50	8.7	<0.0006
Estado civil					
Unión libre	105	64.81	74.22	9.4	<0.0001
Casada	50	65.88	74.46	8.5	<0.0001
Soltera	25	67.24	76.20	8.9	<0.0001
Platicas por profesional previas					
No	123	64.54	73.89	9.35	<0.0001
Si	57	67.40	76.01	8.6	<0.0001

Pr > t: > 0.05 no significativo (No efecto), Pr > t: < 0.05 significativo (Diferente, hay efecto).

La distribución de muestra total de la población de estudio se agrupo por estratos dependiendo el trimestre de gestación en la cual se encontraban las participantes (Figura 5).

En el estrato A que corresponde al primer trimestre de gestación con un total de 39 participantes: donde se obtuvo una actitud media antes del taller de sensibilización de 62.69 puntos en la encuesta IIFAS y con tendencia a una actitud neutra hacia la lactancia materna y lactancia artificial, después del taller de sensibilización se obtuvo una media de 74.56 puntos en la encuesta IIFAS con tendencia a la actitud positiva hacia la lactancia materna con un valor significativo. En el estrato B que corresponde al segundo trimestre de gestación, con un total de 63 participantes: donde se obtuvo una actitud media antes del taller de sensibilización de 65.44 puntos en la encuesta IIFAS y con tendencia a una actitud neutra hacia la lactancia materna y lactancia artificial, después del taller de sensibilización se obtuvo una media de 73.55 puntos en la encuesta IIFAS con tendencia a una actitud positiva hacia la lactancia materna y un valor significativo. En el estrato C que corresponde al tercer trimestre de gestación con un total de 78 participantes: donde se obtuvo una actitud media antes del taller de 66.83 puntos en la encuesta IIFAS y con tendencia a una actitud neutra hacia lactancia materna y lactancia artificial, después del taller de sensibilización se obtuvo una media de 75.25 puntos en la encuesta IIFAS con tendencia a una actitud positiva hacia lactancia materna y con un valor significativo como se muestra en el cuadro 1.

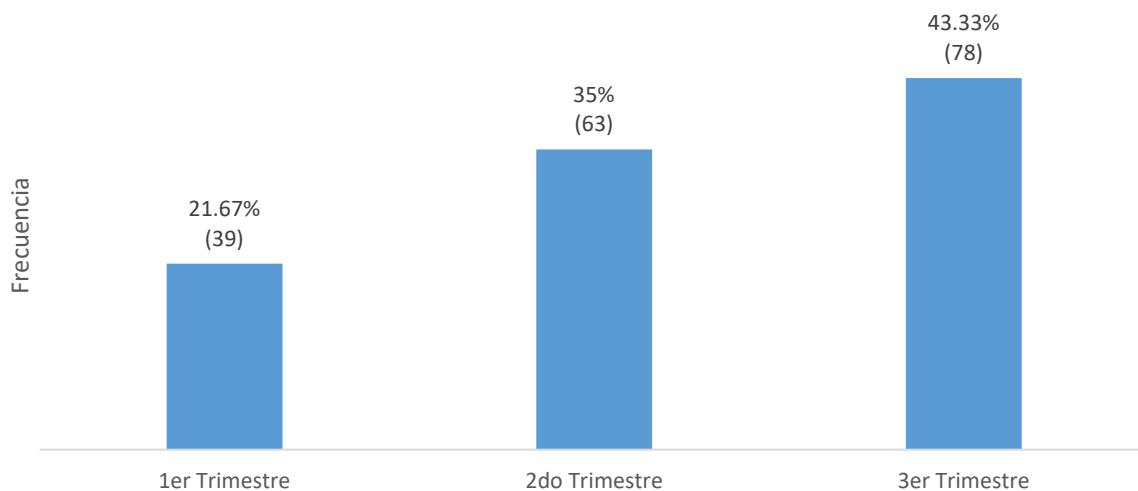


Figura 5: Frecuencia del trimestre de gestación en la población de estudio.

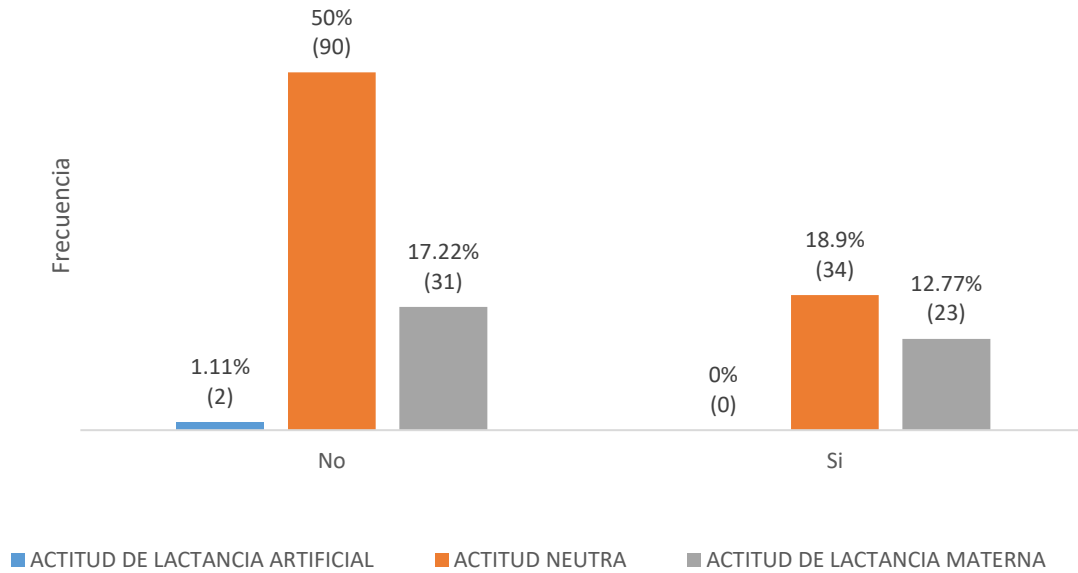


Figura 6: Frecuencia de la actitud antes del taller con relación a platicas previas por un profesional en la salud en la población total.

Como se muestra en la figura 6, del total de participantes el 68.33% (123 participantes) no tenían una plática previa por un profesional de la salud y el 31.67% (57 participantes) si tenían una plática previa por un profesional de la salud, con un resultado en Coeficiente Phi de 0.16 ($P > .05$), no significativo.

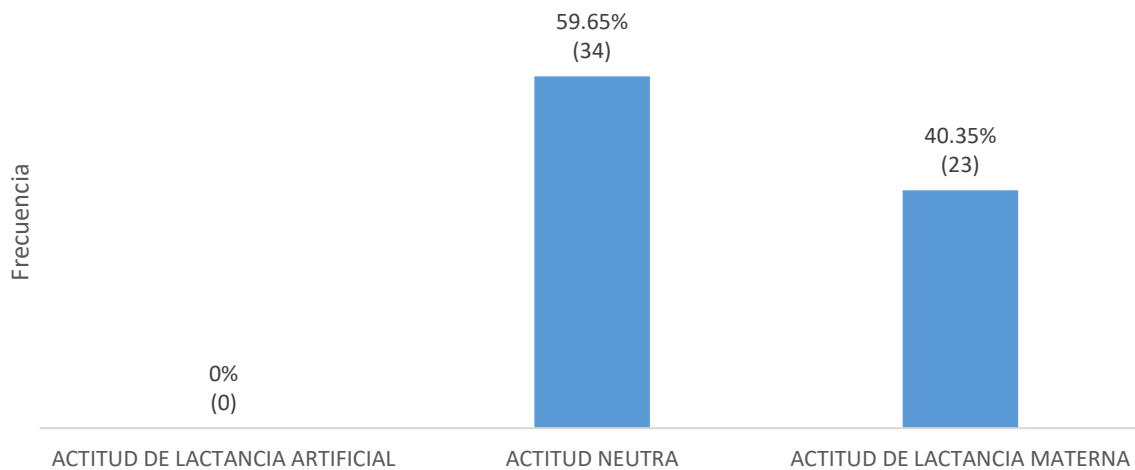


Figura 7: Frecuencia de la actitud antes del taller con los pacientes que si tenían una plática previa por un profesional de la salud.

Como se observa en la figura 7, de los participantes que si tenían una plática previa por un profesional de la salud (57 participantes) se obtuvo que antes del taller de sensibilización, el 0% tenían una actitud positiva hacia lactancia artificial, el 59.65% (34 participantes) tenían una actitud neutra hacia lactancia artificial o materna, y el 40.35% (23 participantes) tenían una actitud positiva hacia lactancia materna.

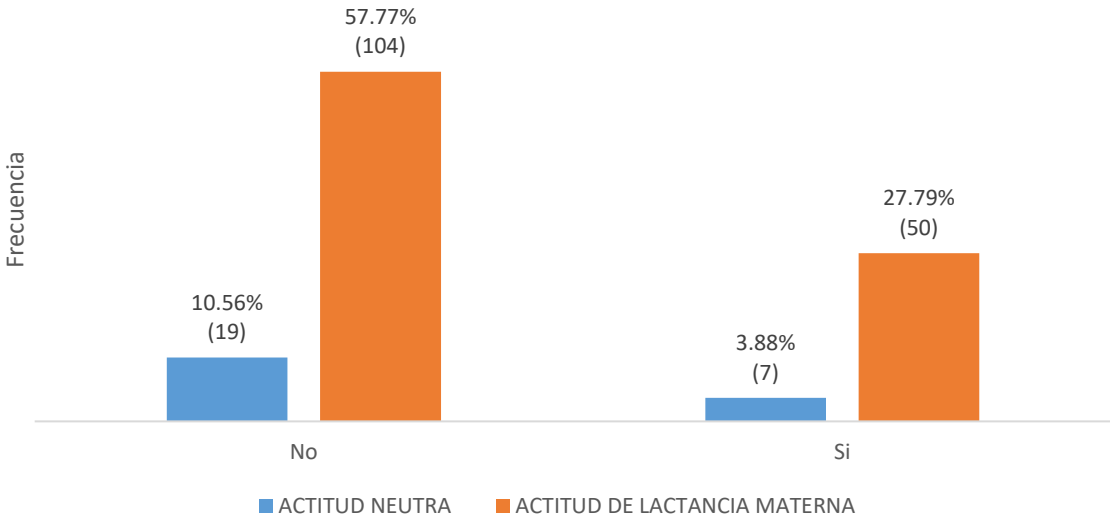


Figura 8: Frecuencia de la actitud después del taller de sensibilización con relación a platicas previas por un profesional en la población total.

Como se observa en la figura 8, después del taller de sensibilización de las 123 participantes que no tenían una plática previa por un profesional de la salud, el 10.56% (19 participantes) permanece en actitud neutra, el 57.77% (104 participantes) en actitud positiva hacia lactancia materna, y de los 57 participantes que si habían recibido una plática por un profesional de la salud, el 3.88% (7 participantes) en actitud neutra y el 27.79% (50 participantes) con actitud positiva hacia lactancia materna. En general después del taller de sensibilización quedo el 14.44% con una actitud neutra hacia lactancia materna y artificial, y el 85.56% con una actitud positiva hacia lactancia materna.

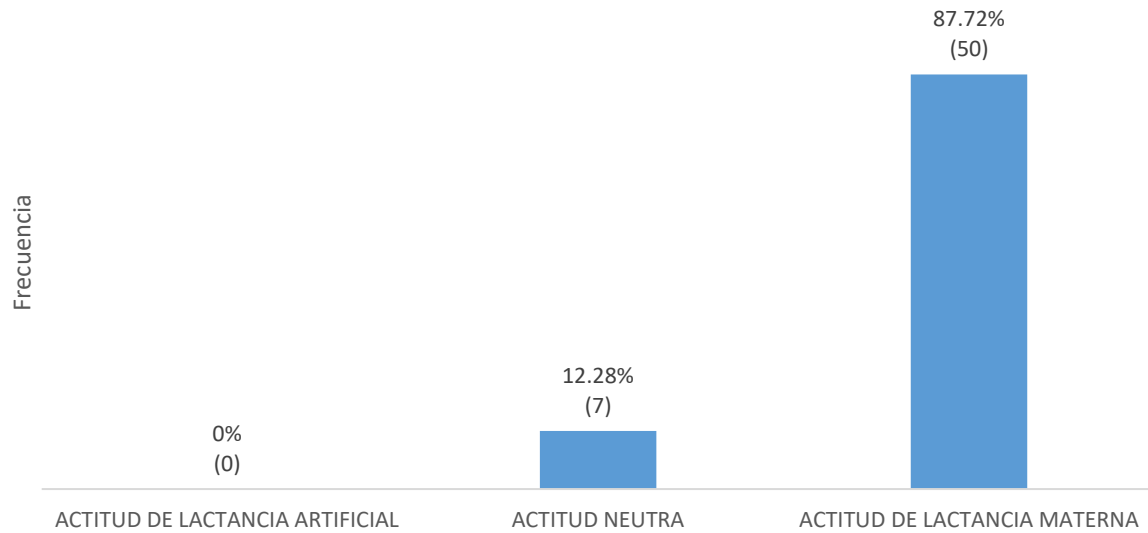


Figura 9: Frecuencia de la actitud después del taller de sensibilización con relación a los participantes que si habían tenido una plática previa por un profesional de salud.

Como se observa en la figura 9, de los 57 participantes que si habían tenido una plática por un profesional de salud antes del taller de sensibilización: el 12.28% (7 participantes) con una actitud neutra y el 87.72% (50 participantes) con una actitud positiva hacia lactancia materna después del taller de sensibilización.

15.- Discusión:

Comparando nuestros resultados con los de Guerra Domínguez y col²⁵, en su estudio en Cuba en el 2012 donde obtuvieron resultados previos a la intervención con 33.1% con poca motivación para la lactancia materna y el 28.5% con actitud indiferente, comparado con nuestra población que antes del taller de sensibilización solo el 1.11% presentó una actitud positiva hacia lactancia artificial y el 68.9% con actitud neutra hacia la lactancia materna y artificial. Al igual Guerra Domínguez y col²⁵ demostraron que posterior a su intervención obtuvieron un 100% de adquisición de conocimiento, adecuada actitud y motivación para la lactancia materna, en comparación de nuestra intervención se logró un 85.56% en la población general obtener una actitud positiva hacia lactancia materna y un 97.22% en la modificación de conocimientos y actitudes, el 2.78% (5 participantes) quedaron sin modificación en sus conocimientos y actitudes.

Comparando los resultados con los de Gerónimo Carillo y col³⁴, quienes realizaron su estudio en el 2014 en Tabasco, México con resultados donde la actitud de las mujeres fue de favorable en el 67.3% y desfavorable en el 24% a comparación de nuestra encuesta preevaluación que solo el 29.99% era favorable para lactancia materna y el 70.01% desfavorable.

A diferencia de los autores Aguilar Navarro HJ y col³⁵, quienes realizaron su estudio el 2014 en Monterrey, México con resultados mediante la encuesta IIFAS donde solo el 16.3% mostró actitud positiva hacia la lactancia materna, comparado con nuestro estudio donde se demostró mediante encuesta IIFAS antes del taller de sensibilización una actitud positiva hacia la lactancia materna del 29.99%. Aguilar Navarro y col³⁵, tuvieron una población con rango de edad desde los 14 años y 43 años, donde se predominó el nivel educativo medio superior (preparatoria) en el 40.9% y un predominio en el estado civil casada con el 64% de la población total, comparado con nuestra población quien presentó rango de edad de 17 años y 42 años, con predominio el nivel educativo secundaria con 40% y el nivel medio superior muy cerca con 38.33%, el estado civil predominante en nuestra población fue unión libre con 58.33%.

Independientemente del análisis del componente sociodemográfico considerado en el estudio, se observó en definitiva un efecto importante y significativo ($P < .05$) del taller de sensibilización hacia lactancia materna. De ahí que, si se considera el nivel educativo, en las categorías: secundaria, preparatoria y licenciatura se obtuvo una actitud neutra previa al taller y después de éste una actitud positiva hacia lactancia materna. Para la categoría de nivel educativo primaria el efecto del taller sobre la actitud resultó no significativo ($P > .05$), explicado quizá por una muestra de tan solo cuatro participantes, lo cual no es concluyente. Al considerar la ocupación de las participantes, se apreció que tanto ser ama de casa, empleada y estudiante presentan una actitud neutra antes del taller de sensibilización y después positiva hacia lactancia materna. En relación al estado civil de las participantes, tanto aquellas en unión libre, casada o soltera, igualmente presentaron previo al taller de sensibilización una actitud neutra y después del mismo una actitud positiva hacia lactancia materna. Inclusive al considerar que las participantes tenían y no tenían una plática previa por un profesional de la salud, de igual forma se observó una actitud neutra antes del taller y después una actitud positiva hacia lactancia materna, con significancia estadística ($P < .05$). En definitiva, la asistencia de la paciente gestante al taller de sensibilización el cual consta de 1 sesión con duración de 1 hora produce cambios en la actitud hacia la lactancia materna que favorece la salud de los niños y de las madres mejorando las expectativas de vida y ayudando a la disminución en la prevalencia e incidencias de enfermedades e incluso tasas de mortalidad infantil.

En nuestro estudio agrupamos a las participantes por trimestre de gestación para observar si hay alguna diferencia en la actitud dependiendo dicha situación, y logrando observar que en los tres trimestres de gestación en la actitud previa al taller era neutra y después del taller positiva hacia lactancia materna, todas con un valor significativo y presentando mayor diferencia entre el antes y después (12.1 puntos en encuesta IIFAS) en el primer trimestre de gestación, que podría estar relacionado por la etapa temprana del diagnóstico de embarazo o asumirlo a menos agotamiento físico y emocional.

16.- Conclusiones:

El realizar las encuestas IIFAS antes del taller de sensibilización, el grupo muestra una tendencia hacia actitud neutra sobre lactancia materna y lactancia artificial. Después de impartir el taller de sensibilización se muestra una mejoría en la actitud con tendencia hacia una actitud positiva de lactancia materna y teniendo cambios estadísticamente significativos.

No se mostró cambio significativo entre la asociación de asesorías previas por un profesional de salud y la actitud previa al taller de sensibilización.

17.- Recomendaciones:

Para poder valorar y acompañar a las pacientes del estudio, sería conveniente el acompañamiento y la orientación a esta cohorte de pacientes para verificar la implementación de lactancia materna exclusiva en sus hijos de esta gestación, así valorar la efectividad de la actitud obtenida.

Tener un módulo asignado de lactancia materna en cada unidad de medicina familiar, el cual apoye a promover, orientar y sensibilizar a las mujeres embarazadas para otorgar una lactancia materna exclusiva y de la manera correcta.

La educación, la información, la orientación, la adecuada técnica de comunicación, la cercanía con las pacientes, el promover la lactancia materna exclusiva, el crear espacios de educación para las mujeres embarazadas es efectivo para la modificación de conocimientos y actitudes para la lactancia materna.

18.- Limitaciones:

La limitación encontrada para la realización del taller de sensibilización en las mujeres embarazadas fue la situación de la pandemia ante el covid-19, ante el miedo y el temor de pacientes que no acudían a la unidad de medicina familiar y la situación que hace más difícil el poder crear grupos y así mismo evitar la conglomeración, por lo cual se fue extendiendo el periodo de la intervención al crear grupos más pequeños de lo establecido o incluso talleres de solo una persona.

19.- BIBLIOGRAFÍAS:

- 1.- Rigourd V, Nicloux M, Hovanishian S, Giuséppi A, Hachem T, Assaf Z, et al. Consejos para la lactancia materna. EMC - Tratado de medicina 2015;19(3):1.
- 2.- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. 2013: 13-14.
- 3.- Martínez delgado DA, necesidad de la leche materna exclusiva como práctica de salud en Cuba. Comunicación breve. Cuba. infodir. 2018;(27):97-102.
- 4.- Paz Pascual C, Artieta Pinedo I, Grandes G, Espinosa Cifuentes M, Gaminde Inda I, Payo Gordon J. Necesidades percibidas por las mujeres respecto a su maternidad. Estudio cualitativo para el rediseño de la educación maternal. Aten Primaria. 2016;48(10):657-664.
- 5.- Gorrita Pérez RR, Brito Linares D, Ruiz Hernández E. Intervención educativa sobre lactancia materna en los primeros seis meses de vida. Revista Cubana de Pediatría. 2016; 88 (2):131.
- 6.- Reyes Cortés AF, Pereira Díaz A, Pineda Frutos MF, Alcivar Arteaga D. Apego a la lactancia materna y factores que influyen en el abandono de la misma en la medicina privada. Acta Médica Grupo Ángeles. Ciudad de México. 2019;17(2):107-108.
- 7.- Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. Gac Sanit. 2015;29(1):5.
- 8.- Amador Rodero EM, Montealegre Esmeral LP. Relación entre la no lactancia materna y el desarrollo del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños. Barranquilla Colombia. Nutr. clín. diet. hosp. 2017;37(3):89-94.
- 9.- Rigourd V, Nicloux M, Hovanishian S, Giuséppi A, Hachem T, Assaf Z, et al. Consejos para la lactancia materna. EMC - Tratado de medicina 2015;19(3):2.
- 10.- Organización Mundial de la Salud; El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna. 2009.

- 11.-** Cabedo R, Manresa JM, Cambredó MV, Montero L, Reyes A, Gol R, Falguera G. Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. Estudio LACTEM. *Matronas Prof.* 2019; 20(2): 54-61.
- 12.-** Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. 2013:31.
- 13.-** Rodríguez González A, Martínez Brito I, Rodríguez Machado B. Influencia de la lactancia materna en los diastemas fisiológicos de crecimiento. *Rev Méd Electrón.* 2018;40(5).
- 14.-** Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. 2013: 31-33.
- 15.-** Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación. PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-050-SSA2-2018. Para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna. 2018.
- 16.-** Flórez Salazar M, Orrego Celestino LM, Revelo Moreno S, Sánchez Ortiz G, Duque Palacio L, Montoya Martínez JJ, et al. Factores asociados a la lactancia materna en mujeres de un municipio colombiano. *Rev. Méd. Risaralda* 2018; 23 (1): 29 – 33.
- 17.-** Reyes Cortés AF, Pereira Díaz A, Pineda Frutos MF, Alcivar Arteaga D. Apego a la lactancia materna y factores que influyen en el abandono de la misma en la medicina privada. *Acta Médica Grupo Ángeles. Ciudad de México.* 2019;17(2):107.
- 18.-** Baydar Artantaş A, Kayhan Tetis B, Kılıc M, Karatas Eray I, Cetin N, Sinem Güney P, et al. Nivel de conocimiento, actitud y experiencias de los profesionales de la salud respecto de la lactancia y la leche materna en una ciudad de Turquía: Estudio transversal. *Arch Argent Pediatr* 2016;114 (6):514-520.
- 19.-** De la Mora A, Russell DW, Dungy CI, Losch M, Dusdieker L. The Iowa Infant Feeding Attitude Scale: Analysis of Reliability and Validity. *Journal of Applied Social Psychology*, 1999;29(11):2362-2380.
- 20.-** Jácome A, Jiménez R. Validación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale. *PEDIATR.* 2014;47(4):77-82.

- 21.-** Gorrita Pérez RR, Ravelo Rodríguez Y, Ruiz Hernández E, Oliva Martínez M. Morbilidad y lactancia materna exclusiva en el primer semestre en relación con una intervención educativa. *Revista De Ciencias Médicas. La Habana.* 2015 21(3).
- 22.-** Gorrita Pérez RR, Brito Linares D, Ravelo Rodríguez Y, Ruiz Hernández E. Conocimientos de futuras madres sobre la lactancia materna y sus ventajas. *Revista de ciencias médicas. La Habana.* 2014 20(1).
- 23.-** Fernández Brizuela EJ. Estudio bibliométrico sobre lactancia materna en las revistas médicas cubanas durante el período 2009-2013. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud* 2014;25(3):270-284.
- 24.-** Avalos González MM, Mariño Membribes ER, González Hidalgo JA. Factores asociados con la lactancia materna exclusiva. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 2016; 35(2).
- 25.-** Guerra Domínguez E, Valdés Madrigal I, Martínez Guerra ME, Arias Ortiz Y, Martínez Jiménez A. Conocimientos, actitudes, motivaciones y prácticas sobre lactancia materna vinculados a intervención educativa. Policlínico Jimmy Hirtzel. Bayamo- Granma. *Multimed* 2014; 18(2): 52-66.
- 26.-** López Calzadilla AY, Escalona Aguilera JR, Gumucio Villarroel MA, Rodríguez Ramírez R, Tejeda González RC. Estrategia de Intervención sobre Lactancia Materna. Gibara. 2014.
- 27.-** Guerra Domínguez E, Martínez Guerra ME, Arias Ortiz Y, Fonseca RL, Martínez Jiménez A. Impacto de estrategia educativa sobre lactancia materna a futuras madres. 2005-2016. *Multimed. Revista Médica. Granma. Multimed* 2017; 21 (2).
- 28.-** Rojas Zamora YM, Fonseca YM, Fernández Leiva R, Rojas LA, Guerra Velásquez Y, Coto Batista T. Características socioepidemiológicas en la utilización de la Lactancia Materna. Policlínico Bayamo Oeste. Enero-Diciembre 2017. *Multimed. Revista Médica. Granma.* 2019; 23(1): 46-58.
- 29.-** Rojas J, Contreras I, Chaparro C, Quintero A, González R. Evaluación en el nivel de conocimiento de las madres después de aplicada una estrategia educativa. Venezuela 2015. *Rev Chil Nutr* 2019; 46(2): 107-112.
- 30.-** Franco Soto J, Roa Moreno B, Sánchez L, Socha L, Leal C, Parra K, et all. Conocimiento sobre lactancia materna en embarazadas que acudieron a consulta

prenatal. Hospital dr. Patrocinino peñuela Ruiz. San Cristobal, Venezuela archivos venezolanos de puericultura y pediatría.2014;77(3):128-132

31.- Reyes Cortés AF, Pereira Díaz A, Pineda Frutos MF, Alcivar Arteaga D. Apego a la lactancia materna y factores que influyen en el abandono de la misma en la medicina privada. Acta Médica Grupo Ángeles. Ciudad de México. 2019;17(2):108.

32.- Acosta Silva M, De la Rosa Ferrera JM. Causas que determinan la interrupción de la lactancia materna exclusiva en los barrios Santa Cruz y Propicia I en Esmeraldas, Ecuador. AMC. 2018;22(4).

33.- González de Cossío T, Escobar Zaragoza L, González Castell L.D, Hernández Ávila M. Deterioro de la lactancia materna: dejar las fórmulas y apegarse a lo básico. Encuesta nacional de salud y nutrición.Mexico.2012.

34.- Gerónimo Carrillo R, Magaña Castillo M, Zetina Hernández E, Herrera Castillo Y, Contreras Palomeque J. Conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel. SALUD EN TABASCO. 2014;20(1):14-20.

35.- Aguilar Navarro HJ, Coronado Castilleja A, Gómez Hernández OJ, Cobos Aguilar H. Adaptación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale en población mexicana. Acta Pediatr Mex 2016;37(3):149-158

20.- ANEXOS:

**ANEXO 1
ADAPTACIÓN DE LA IOWA INFANT FEEDING ATTITUDE SCALE EN
POBLACIÓN MEXICANA**

Evaluación inicial

Para cada uno de los siguientes enunciados, por favor indique si está de acuerdo o en desacuerdo, circulando el cuadro que más se acerque a su opinión.

Los beneficios nutricionales de la leche materna (pecho) duran solo hasta que el bebé se desteta (se le deja de dar pecho).	completamente en desacuerdo	desacuerdo	neutra	de acuerdo	completamente de acuerdo
La alimentación por fórmula (leche de bote) es más adecuada que la lactancia materna (darle pecho)	completamente en desacuerdo	desacuerdo	neutra	de acuerdo	completamente de acuerdo
La lactancia materna (darle pecho) aumenta la unión madre-hijo.	completamente en desacuerdo	desacuerdo	neutra	de acuerdo	completamente de acuerdo
La lactancia materna es deficiente en hierro.	completamente en desacuerdo	desacuerdo	neutra	de acuerdo	completamente de acuerdo
Los bebés alimentados con fórmula son más propensos a ser sobrealimentados que los bebés alimentados con leche materna.	completamente en desacuerdo	desacuerdo	neutra	de acuerdo	completamente de acuerdo
La alimentación con fórmula (de bote) es la mejor elección si la madre planea trabajar fuera del hogar.	completamente en desacuerdo	desacuerdo	neutra	de acuerdo	completamente de acuerdo
Madres que alimentan con fórmula a sus bebés, pierden una de las más grandes alegrías de la maternidad.	completamente en desacuerdo	desacuerdo	neutra	de acuerdo	completamente de acuerdo

Las madres no deberían amamantar en lugares públicos como restaurantes.	completamente en desacuerdo	desacuerdo	neutra	de acuerdo	completamente de acuerdo
Bebés alimentados con leche materna son más sanos que aquellos alimentados por fórmula.	completamente en desacuerdo	desacuerdo	neutra	de acuerdo	completamente de acuerdo
Los bebés alimentados con leche materna son más propensos a ser sobrealimentados que los bebés alimentados con fórmula.	completamente en desacuerdo	desacuerdo	neutra	de acuerdo	completamente de acuerdo
Los papás se sienten excluidos si la madre amamanta (da pecho)	completamente en desacuerdo	desacuerdo	neutra	de acuerdo	completamente de acuerdo
La leche materna es el alimento ideal para los bebés	completamente en desacuerdo	desacuerdo	neutra	de acuerdo	completamente de acuerdo
La leche materna es mucho más fácil de digerir que la leche de fórmula	completamente en desacuerdo	desacuerdo	neutra	de acuerdo	completamente de acuerdo
La leche de fórmula es igual de saludable para un bebé que la leche materna	completamente en desacuerdo	desacuerdo	neutra	de acuerdo	completamente de acuerdo
La leche materna es más adecuada que la leche de fórmula.	completamente en desacuerdo	desacuerdo	neutra	de acuerdo	completamente de acuerdo
La leche materna es más barata que la leche de fórmula	completamente en desacuerdo	desacuerdo	neutra	de acuerdo	completamente de acuerdo
La mujer que ocasionalmente consume alcohol no debería amamantar a su bebé	completamente en desacuerdo	desacuerdo	neutra	de acuerdo	completamente de acuerdo

Anexo 2:

Carta de autorización

Mexicali, Baja California a diciembre de 2020.

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD No. 204

Presente:

Por este medio me permito hacer de su conocimiento que estoy enterado de la propuesta de investigación titulada:

“ACTITUD SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EN EMBARAZADAS ANTES Y DESPUÉS DE UN TALLER DE SENSIBILIZACIÓN”

Que de ser aprobada, no tengo inconveniente en que se lleve a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 para lo cual se designa a la Dra. Ossil Ruiz Valdez con matrícula 99024684 adscrito a UMF No. 28 como investigador responsable.

En caso de ser aprobado el proyecto se le brindarán todas las facilidades para el desarrollo del mismo.

Sin más por el momento, quedo atento a comentarios o aclaraciones.

Atentamente:


Dr. Fernando Javier Samiento Gastelum

Director UMF No. 28

ANEXO 3

(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	Actitud hacia la lactancia materna en embarazadas antes y después de un taller de sensibilización
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar. No 28, Marzo de 2021
Número de registro:	R-2021-204-008
Justificación y objetivo del estudio:	Es de gran importancia poder identificar si las mujeres embarazadas tienen una actitud positiva, neutra o negativa hacia la lactancia materna, ya que es preocupante el bajo porcentaje de lactancia materna que hay en nuestro país y por lo cual se impartirá un taller de sensibilización para mejorar la actitud de las mujeres embarazadas hacia la lactancia materna.
Procedimientos:	Se le aplicará una encuesta para conocer sus datos personales, así como su percepción hacia la lactancia materna y la lactancia artificial. Se le aplicará dicha encuesta con previa autorización suya por medio de esta carta de consentimiento informado, respetando en todo momento la información personal proporcionada en hoja de papel con 17 preguntas en las que tendrá que responder con una palomita o marca en equis las respuestas. La encuesta no tiene límite de tiempo para que la realice y puede decidir a no continuar contestando la encuesta si así lo desea en cualquier momento. También se le otorgará un taller de sensibilización para que conozca todos los beneficios que otorga la lactancia materna y sobre su adecuada práctica.
Posibles riesgos y molestias:	No se presenta ningún riesgo para su cuerpo, su salud, sus derechos y sus emociones en este estudio. Salvo el dedicar tiempo para acudir a las sesiones del taller de lactancia materna.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Recibirá información y conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna para usted misma y para sus futuros hijos o hijas y en que consiste la adecuada práctica.
Información sobre resultados:	De igual manera podrá comunicarse en cualquier momento con los que hicieron este estudio para saber sobre los resultados y conclusiones.
Participación o retiro:	Se respetará su decisión en caso que no decida participar o decida no continuar contestando la encuesta en cualquier momento guardando respeto en todo momento de su decisión. Sin que esto afecte el proceso de su atención en la Unidad.
Privacidad y confidencialidad:	Se respetará en todo momento la información personal que usted brinde a las personas que la estén encuestando y no mencionarán su nombre en revistas, periódicos, Internet, redes sociales o en conversaciones entre los mismos trabajadores de esta institución.
Declaración de consentimiento: Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas de este estudio:	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No acepto participar en este estudio. Si acepto participar y que se tome la información necesaria solo para este estudio. Si autorizo que se tome la información necesaria para este estudio y estudios posteriores hasta por 3 años.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable: Dra. Ossil Ruiz Valdez Ossilruiz@yahoo.com.mx	
Colaboradores: Dr. Higuera Lugo José Guadalupe Dr.higuerajose@gmail.com Dra. Vanessa Johanna Caro vanessa.caro@imss.gob.mx Dr. Alberto Barreras Serrano abarreras@uabc.edu.mx Mps.Sandoval Aguilar Nadya Carolina Nadya.sandoval@uabc.edu.mx	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º 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: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del sujeto Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.	
Clave: 2810-009-013	

ANEXO 4:

ASENTIMIENTO INFORMADO.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de asentimiento en menores de edad (8 a 17 años)

Nombre del estudio: "ACTITUD SOBRE LACTANCIA MATERNA EN EMBARAZADAS ANTES Y DESPUÉS DE UN TALLER DE SENSIBILIZACIÓN"

Número de registro institucional: R-2021-204-008

- **Objetivo del estudio y procedimiento:** Evaluar la actitud sobre la lactancia materna en embarazadas antes y después de un taller de sensibilización.

Hola, mi nombre es Higuera Lugo José Guadalupe y trabajo en el instituto mexicano del seguro social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de la actitud sobre la lactancia materna en embarazadas antes y después de un taller de sensibilización y para ello queremos pedirle que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en contestar una encuesta de actitudes y conocimientos, posterior recibir un taller de sensibilización de lactancia materna y sus conocimientos, y por último realizar la encuesta inicial por segunda ocasión.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papa o mama hayan dicho que puedes participar, si tu no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que su en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. (Si se proporcionara información a los padres, favor de mencionarlo en la carta).

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (x) en el cuadrado de abajo que dice "si quiero participar y escribe tu nombre. Si no quieres participar, déjalo en blanco.

Si quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: _____

Fecha: _____

Clave: 2810-009-014

ANEXO 5:

Carta descriptiva sobre Intervención educativa

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL CARTA DESCRIPTIVA					
TALLER DE SENSIBILIZACION			DIRIGIDO A: Pacientes embarazadas.		
INVESTIGADOR PRINCIPAL: Dr. Higuera Lugo José Guadalupe.		MODALIDAD: Taller y Clases teóricas.	FECHA: 2021 LUGAR: AULA "A" IMSS UMF #28 SESIONES: 1 DURACIÓN: 1 hora		
OBJETIVO: Evaluar la actitud sobre la lactancia materna en embarazadas antes y después de un taller de sensibilización					
FECHA Y HORA	CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	TÉCNICA DIDÁCTICA	Tiempo	AUXILIAR DIDÁCTICO
Sesión #1	1.- Lactancia materna (definiciones, fisiología, beneficios para la madre y el neonato).	Establecer objetivos y reglas durante el programa de intervención. Conocer las definiciones, fisiología y los beneficios para la madre y el neonato.	Magistral, técnica expositiva y Demostrativa.	- 10 min. - 5 min de dudas y preguntas.	-Escalas impresas -Proyector de diapositivas e imágenes. - proyección de video.
	2.- Adecuada practica de lactancia maternal y posiciones de lactancia materna.	Aprender la adecuada práctica de la lactancia materna.	Expositiva y demostrativa.	- 10 min. - 5 min de dudas y preguntas.	-Escalas impresas -Proyector de diapositivas e imágenes. - proyección de video.
	3.- Datos de hambre del neonato.	Identificar los datos o señales de alarma de hambre del neonato.	Expositiva y demostrativa	- 10 min. - 5 min de dudas y preguntas.	-Escalas impresas -Proyector de diapositivas e imágenes. - proyección de video.
	3.- Extracción de leche materna y modo de almacenamiento.	Conocer la adecuada extracción de leche materna y su modo de almacenamiento.	Expositiva y demostrativa.	- 10 min. - 5 min de dudas y preguntas.	-Escalas impresas -Proyector de diapositivas e imágenes. - proyección de video.

ANEXO 7.-

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Marzo- Mayo 2019	Junio- Agosto 2019	Septiembre - Noviembre 2019	Diciembre 2019 - Febrero 2020	Marzo- Mayo 2020	Junio- Agosto 2020	Septiembre - Noviembre 2020	Diciembre 2020 - Febrero 2021	Marzo- Mayo 2021	Junio- Agosto 2021	Agosto - diciem- bre 2021	Ene- ro 2022
Identificación del tema	X											
Revisión de bibliografías	x	x	x	x								
Planteamiento del problema	x	x										
Elaboración del protocolo	x	x	x	x	x	x	x					
Presentación de avances			x	x	x	x	x	X				
Registro en comité local de investigación								X				
Investigación de campo									X	x		
Análisis de información y resultados									X	X	x	
Presentación de proyecto en seminario												x