

|

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN NUTRICIÓN



**Actitudes, autoeficacia y obstáculos hacia la lactancia
materna de mujeres que acuden a centros de atención
primaria a la salud en Tijuana, B.C.**

TESIS

**PARA OBTENER EL GRADO EN
MAESTRA EN NUTRICIÓN**

PRESENTA:

María Fernanda Tatum Tejeda López

DIRECTORA:

Dra. Diana Bueno Gutiérrez

Tijuana B.C, México. Junio 2022

DECLARACIÓN INSTITUCIONAL

“ACTITUDES, AUTOEFICACIA Y OBSTÁCULOS HACIA LA LACTANCIA MATERNA DE MUJERES QUE ACUDEN A CENTROS DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD EN TIJUANA, B.C.”

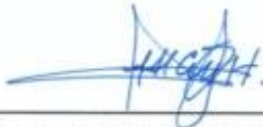
Se permite el uso académico de información contenida en esta tesis, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor. Para la reproducción parcial o total de este documento con fines académicos, se deberá contar con la autorización escrita de las autoridades que avalan esta tesis.



Dra. Glenda Díaz Ramírez
RESPONSABLE DE LA MAESTRÍA EN NUTRICIÓN



Dra. Julieta Yadira Islas Limón
DIRECTORA DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA



Dr. Carlos José Martín Vera Hernández
SUB-DIRECTOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

Tijuana, Baja California, a 11 de Junio del 2022.

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRIA EN NUTRICIÓN
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Directora de la tesis titulada ***Actitudes, autoeficacia y obstáculos hacia la lactancia materna de mujeres que acuden a centros de atención primaria a la salud en Tijuana, B.C.*** elaborada por la C. Maria Fernanda Tejeda López manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE

Dra. Diana Bueno Gutiérrez
Directora de Tesis

Tijuana, Baja California, a 11 de junio del 2022.

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRIA EN NUTRICIÓN
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Sinodal de la tesis titulada ***Actitudes, autoeficacia y obstáculos hacia la lactancia materna de mujeres que acuden a centros de atención primaria a la salud en Tijuana, B.C.*** elaborada por la C. María Fernanda Tejeda López, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dra. Montserrat Bacardí Gascón
Sinodal

C.c.p. Archivo
c.p. interesada

Tijuana, Baja California, a 11 de Junio del 2022.

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRIA EN NUTRICIÓN
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Sinodal de la tesis titulada ***Actitudes, autoeficacia y obstáculos hacia la lactancia materna de mujeres que acuden a centros de atención primaria a la salud en Tijuana, B.C.*** elaborada por la C. María Fernanda Tejeda López, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dra. Ana Lilia Armendáriz Anguiano
Sinodal

C.c.p. Archivo
c.p. interesada

DEDICATORIA

A mis padres, a los cuales adoro y admiro por siempre estar ahí y desear lo mejor para mí y para mis hermanos. Gracias por cada uno de los valores y principios inculcados, los consejos y enseñanzas que me han dado y que han guiado mi vida hasta el día de hoy. Agradezco el arduo trabajo y paciencia que han tenido para educar y formar a cinco hijos.

Gracias a mis hijos, Leonardo y Mauricio que son lo más preciado que tengo, les agradezco su tolerancia, resiliencia y paciencia, cediendo tiempo para que mamá siga creciendo en lo profesional y a mi esposo por amarme y siempre brindarme apoyo incondicional a una más de mis metas en la vida. ¡Los amo!

A todos mis seres queridos que hicieron posible la realización de este proyecto de investigación, que de una u otra manera estuvieron a mi lado, me apoyaron, me respaldaron, me dieron ánimos y sacrificaron tiempo. En especial a Elizabeth Leyva y Raquel Rivera por haberme ayudado a cuidar a mis hijos mientras iba a clases.

.

AGRADECIMIENTOS

Debo agradecer de manera muy especial a la Dra. Diana Bueno Gutiérrez, por incluirme y guiarme en el desarrollo de este proyecto de investigación, por el tiempo invertido en mí, por tus conocimientos transmitidos y el inmenso amor y compromiso que tienes por la lactancia materna, eres una fuente de inspiración.

A mis sinodales, la Dra. Montserrat Bacardí Gascón por compartir toda su experiencia, motivación, tiempo y paciencia brindados durante todos estos años y a la Dra. Ana Lilia Armendáriz por tu docencia y apoyo.

A la Dra. Glenda Díaz coordinadora de la Maestría de nutrición por el sustento brindado y palabras de aliento, al Dr. Raúl González Ramírez por el respaldo prestado al final de este camino y Ma. Luisa Limón por todo el apoyo brindado para gestionar todos los trámites administrativos y quien siempre te recibe con una gran sonrisa.

A mis compañeras de maestría, LP. Kathian Montoya QFB. Lupita Gallegos, LN. Karen Macías, LN. Karla Meza y muy en especial a la Dra. Karla Ramírez Ley por tantos años de amistad y apoyo. Gracias a todas por ese compañerismo y equipo que logramos formar, hicieron cada una de las clases más amenas e interesantes y disfrute cada momento. Sin duda un grupo muy diverso y enriquecedor.

A la Dra. Ilena De Anda por apoyarme y compartirme tu noción en bioestadística y así poder llevar un mejor análisis de los resultados de este proyecto de investigación.

A mi Alma Mater, por darme la oportunidad de avanzar un peldaño más en mi carrera profesional.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	1
ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS.....	3
ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS.....	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	7
1.INTRODUCCIÓN.....	9
2.ANTECEDENTES.....	11
2.1 Beneficios de la lactancia materna.....	11
2.2 Recomendaciones de la OMS.....	12
2.4 Prevalencia: De lo internacional a lo local	12
2.5 Determinantes de la lactancia materna	13
3. JUSTIFICACIÓN.....	19
4. PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	22
6. HIPÓTESIS.....	22
7. OBJETIVOS.....	23
7.1 Objetivo general.....	23
7.2 Objetivos específicos.....	23
8. METODOLOGÍA.....	24
8.1 Diseño.....	24
8.2 Población.....	24
8.3 Muestra.....	24
8.4 Criterios de inclusión.....	24
8.5 Criterios de exclusión.....	24
8.6 Variables	25
8.6.1 Sociodemográficos de la madre y el lactante.....	25
8.6.2 Antecedentes salud madre y lactante.....	25
8.6.3 Obstáculos para la lactancia materna.....	26

8.7 Instrumentos de medición.....	27
8.7.1 Cuestionario para valorar actitudes, autoeficacia y normas sociales sobre lactancia materna.....	27
8.7.2 Cuestionario para determinar obstáculos para la lactancia materna.....	29
8.7.3 Prácticas de lactancia materna, recordatorio de 24 horas..	30
8.8 Procedimiento.....	30
8.9 Comité de bioética y consentimiento informado.....	32
8.10 Análisis estadístico.....	32
9. RESULTADOS.....	34
10. DISCUSIÓN.....	43
11. CONCLUSIÓN.....	47
12. RECOMENDACIONES.....	48
BIBLIOGRAFÍA.....	49
ANEXOS.....	55
1. Consentimiento informado.....	55
2. Instrumento de medición.....	57
3. Código de variables.....	60

ÍNDICE DE FIGURA Y TABLAS

Figura 1.	Modelo de la teoría del comportamiento planificado	33
Tabla 1.	Características sociodemográficas de madre-lactante	35
Tabla 2.	Puntajes promedios de subescalas y diferencias entre LME y No LME.	36
Tabla 3.	Frecuencias de actitudes positivas	37
Tabla 4.	Frecuencias para valorar Autoeficacia	37
Tabla 5.	Frecuencias para valorar Normas Sociales según tipo práctica de alimentación	37
Figura 2.	Frecuencias de obstáculos para la LM.	38
Figura 3	Modelo TCP de asociación de obstáculos, comportamientos y prácticas de LME	39
Tabla 6.	Asociación entre obstáculos y prácticas de alimentación infantil.	40
Tabla 7.	Asociación entre obstáculos con actitudes positivas y autoeficacia.	41
Tabla 8.	Asociación entre actitudes, autoeficacia y normas sociales con prácticas de alimentación infantil.	42

ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

ANOVA	Análisis de varianza
BAPT	Breastfeeding attrition predicting tool
B.C.	Baja california
BF	Breastfeeding
DS	Desviación Estándar
EBF	Exclusive breastfeeding
IBCLC	Consultor Internacional de Lactancia Materna certificado
IC	Intervalo de Confianza
LM	Lactancia materna
LME	Lactancia materna exclusiva
N	Número de muestra
OMS	Organización Mundial de la Salud
OR	Odds Ratio (Razón de Momios)
P	Significancia estadística
PIL	Percepción insuficiente de leche
PIMS	Perception of insufficient milk supply
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales)
SD	Standard deviation

RESUMEN

La lactancia materna (LM) tiene beneficios para la salud del niño y la madre, beneficios económicos y tiene un impacto positivo en la sociedad. Es importante determinar cuáles son las razones por las que las madres deciden no continuar con una lactancia materna exclusiva (LME). A la fecha solo hay literatura que basa en marcos reduccionistas con enfoques biomédicos y donde la madre es la única responsable de la suspensión de la LM. Este estudio se basa en un marco socio ecológico, donde se determinaron 10 obstáculos principales a partir de una investigación formativa previa, en una población similar de bajos ingresos en Tijuana.

Objetivo: Evaluar las actitudes, autoeficacia, y los obstáculos hacia la LME y la asociación con las prácticas de alimentación infantil en mujeres que asisten a centros de atención primaria de salud en Tijuana B.C

Métodos: Se trata de un estudio transversal con una muestra de mujeres mexicanas que asisten a centros de atención primaria de salud en Tijuana, donde completaron una encuesta con datos sociodemográficos, actitudes, autoeficacia y normas sociales hacia la LM, prácticas de alimentación y obstáculos presentados. Se evaluaron prácticas alimentación infantil como LME (resultado primario) y uso de fórmula (resultado secundario). Todas las variables continuas se expresaron como medias $\pm$ desviación estándar (DS) y las variables categóricas se expresaron como porcentajes. Para determinar la diferencia entre el grupo de LME o no LME, se utilizó ji-cuadrada y ANOVA. Se utilizó regresión lineal para determinar la asociación entre los obstáculos con actitudes y con autoeficacia; y regresión logística para determinar las asociaciones entre

obstáculos y LME. Las variables de confusión ajustadas fueron edad de la madre, ocupación, nivel educativo, paridad, tipo de parto y si recibieron información sobre LM. Todos los valores considerados estadísticamente significativos tenían un valor p menor a 0.05. El análisis se realizó utilizando el paquete estadístico de IBM SPSS versión 25.

Resultados: De un total de 447 madres en este estudio la edad media fue de 26.3 ± 5.9 , el 53.2% (238) tuvo parto vaginal, el 40.5% (181) no tuvo embarazos previos, el 64.2% (287) recibió información sobre LME durante el embarazo. Los resultados del estudio muestran que el 44.5% (199) de las encuestadas practicaban LME y los obstáculos más reportados fueron el dolor (68.3%), insatisfacción del bebé (53.5%) y PIL (48.1%). Después de ajustar a variables confusoras, se encontró que las participantes tienen menos práctica de LME cuando reportan PIL e insatisfacción del bebé en un 80% y 83% respectivamente. Por otra parte, los obstáculos reportados disminuyen las actitudes positivas y la autoeficacia. La disminución de la autoeficacia disminuye la probabilidad de la práctica de LME en un 30%.

Conclusiones: El identificar los obstáculos más comunes y la capacidad de evaluar las actitudes, la autoeficacia y el apoyo social para la LM podría ayudar a identificar a las madres que están en riesgo de prácticas de LM subóptimas.

ABSTRACT

Breastfeeding (BF) has health benefits for the child and the mother, economic benefits and has a positive impact on society. It is important to determine the reasons why mothers decide not to continue exclusive breastfeeding (EBF). To date there is only literature that bases on reductionist frameworks with biomedical approaches and where the mother is solely responsible for the suspension of BF. This study is based on a socio-ecological framework, where 10 main barriers were determined from previous formative research in a similar low-income population in Tijuana.

Objective: To assess attitudes, self-efficacy, and barriers and their association with BF practices in women attending health care centers in Tijuana B.C.

Methods: This is a cross-sectional study with a sample of Mexican women attending primary health care centers in Tijuana, where they completed a survey with sociodemographic data, attitudes, self-efficacy and social norms towards BF, feeding practices, and barriers presented. BF practices were assessed to determine whether infants were exclusively breastfed or whether they used formula. All continuous variables were expressed as means $\pm$ standard deviation (SD) and categorical variables were expressed as percentages. To determine the difference between the EBF or non-EBF group, chi-square and ANOVA were used. Linear and logistic regression was used to determine the association between barriers and attitudes and self-efficacy and between barriers and EBF practice. The adjusted confounding variables were mother's age, occupation, educational level, parity, type of delivery and whether they received

information on BF. All values considered statistically significant had a p-value less than 0.05. The analysis was performed using IBM SPSS version 25 statistics.

Results: Out of a total of 447 mothers in this study the mean age was 26.3 ± 5.9 . The results of the study show that 44.5% (199) of the respondents practiced EBF. THE most reported barriers were pain (68.3%), infant dissatisfaction (53.5%) and PIL (48.1%). After adjusting for confounding variables, participants were found to have less EBF practice when reporting PIMS and baby dissatisfaction by 80% and 83% respectively. On the other hand, reported obstacles decrease positive attitudes and self-efficacy. Less self-efficacy decreases the likelihood of EBF practice by 30%.

Conclusions: Identifying common barriers and the ability to assess attitudes, self-efficacy, and social support for BF could help identify mothers who are at risk for suboptimal BF practices.

1. INTRODUCCIÓN

La lactancia materna puede entenderse como una conducta relacionada con la salud y definida como patrones de comportamiento, acciones y hábitos relacionados con el mantenimiento, restauración y mejora de la salud (Gómez-García et al., 2020). También provee protección tanto para la madre y el infante y es una de las medidas más efectivas para prevenir la morbilidad y mortalidad. (Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, et al 2015).

La Organización Mundial de la salud recomienda una lactancia materna exclusiva durante 6 meses y posteriormente comenzar a recibir alimentación complementaria, sin dejar la lactancia materna hasta los dos años o más, según desee la madre o el lactante (OMS, 2021). Sin embargo, datos de ENSANUT 2018, reportaron que la LME a nivel nacional es de 28.6%, muy por debajo de lo esperado. (ENSANUT 2018)

Existen diversos factores socio-estructurales que influyen en las prácticas de alimentación infantil y por medio de un marco socio-ecológico se pueden determinar ciertos factores que afectan las prácticas de lactancia materna e incluir diferentes niveles individuales, que son los inherentes a la madre, hijo o ambos, grupales que son los atribuidos al ambiente como el hospital, servicios médicos o área de trabajo y los sociales que son los factores que tienen influencia sobre la aceptabilidad y expectativa sobre la lactancia y donde se lleva a cabo esta práctica. (Bueno-Gutiérrez, D., & Chantry, C., 2015). Por otro lado, los factores psicológicos como las actitudes, la autoeficacia y el apoyo social son altamente predictivos para la práctica de la lactancia materna y puede

limitar o impulsar la voluntad de las madres a llevarla a cabo y llegar a cumplir con las recomendaciones (de Jager, E., Skouteris, H., Broadbent, J., Amir, L., & Mellor, K., 2013).

Actualmente en México hacen falta más investigaciones que estudien la asociación de estas variables, por lo que este estudio pretende dar continuidad a un proyecto de investigación realizado en la ciudad de Tijuana. (Bueno-Gutiérrez, D., Castillo, E., & Mondragón, A., 2021)

2. ANTECEDENTES

2.1 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

La OMS define a la lactancia materna exclusiva (LME) cómo la provisión de “solamente leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) durante los primeros 6 meses de vida, y ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto por sales de rehidratación oral, gotas y los jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos)” (OMS, 2021). La leche materna provee al lactante los nutrientes esenciales para su desarrollo y protección ya que tiene un elevado valor nutricional. La leche materna está compuesta en su mayoría por grasas, las cuales son el principal aporte energético para los lactantes (ha, M., Bahreynian, M., Saleki, M., & Kelishadi, R., 2017), consta de una gran capacidad inmunológica (Berdi et al., 2019), y también estimula y fortalece el vínculo madre-hijo (Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N., 2016).

La lactancia materna (LM) provee protección para la madre y es una de las medidas más efectivas para prevenir la morbilidad y mortalidad en el infante (Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, et al 2015). La evidencia científica comprueba que la LM proporciona beneficios a corto plazo, como una mayor contracción uterina, disminución del sangrado y por consiguiente menor riesgo de anemia posparto (Gremmo-Fejer, 2013), al igual que una rápida recuperación de peso anterior al embarazo, (López-Olmedo et al., 2016)) para la madre y contra infecciones gastrointestinales, respiratorias (Horta, B. L., Loret de Mola,

C., & Victora, C. G., 2015) y un 50 % menor riesgo de síndrome de muerte de cuna en lactantes en los primeros dos meses de vida (Thompson et al. ,2017) y a futuro confiere disminución de riesgo de cáncer de mama (Unar-Munguía, M., Torres-Mejía, G., Colchero, M. A., & González De Cosío, T., 2017) y cáncer de ovario (Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, et al. , 2015), disminuye el riesgo de DM2 Liu, B., Jorm, L., & Banks, E., 2010 y Aune D, Norat T, Romundstad P, Vatten LJ., 2014) e hipertensión (Lupton, S. J., Chiu, C. L., Lujic, S., Hennessy, A., & Lind, J. M., 2013), menor IMC y menor adiposidad (Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, et al. 2015) . También mejora la inteligencia hasta la edad adulta, lo cual podría tener un efecto tanto a nivel individual como social, aumentando un mejor desempeño educativo y por consiguiente mayor capacidad para obtener ingresos económicos, (Victora, C. G., Horta, B. L., Loret de Mola, C., Quevedo, L., Pinheiro, R. T., Gigante, D. P., Gonçalves, H., & Barros, F. C., 2015) mejor cociente intelectual (Deoni et al, 2013) y probablemente disminuye el efecto adverso de la contaminación ambiental sobre el sistema inmune, respiratorio, nervioso y cardiovascular (Zielinska, M. A., & Hamulka, J., 2019).

Desde la economía familiar la lactancia materna representa un ahorro importante por su bajo costo. El impacto económico de una lactancia deficiente se vio asociada a un costo social de 17.4 billones y 4396 muertes prematuras en Estados Unidos, en el año 2013 (Bartick M., 2013) y en el año 2017 se reportó que una lactancia maternal subóptima está asociada a 3340 muertes infantiles, lo que representa un valor de \$3000 millones de dólares en costos médicos, \$1300 millones en costos no médicos y \$14 200 millones para costos de muertes prematuras (Bartick M. C. et al, 2017). En una cohorte de mujeres

con enfermedades maternas, como diabetes tipo 2, cáncer de ovario y mamá, infarto de miocardio e hipertensión, se estimó un gasto de \$561.94 millones de dólares asociado a una lactancia deficiente y a 1681 muertes prematuras adicionales (Unar-Munguía, M., Stern, D., Colchero, M. A., & González de Cosío, T., 2019). En México, el costo anual de una LM subóptima oscila entre los 745 millones y los 2416 millones asociados a diferentes enfermedades infantiles (Colchero, M. A., Contreras-Loya, D., Lopez-Gatell, H., & González de Cosío, T., 2015).

2.2 RECOMENDACIONES DE LA OMS

Se recomienda una LME durante 6 meses y posteriormente comenzar a recibir alimentación complementaria, sin dejar la lactancia materna hasta los dos años o más, según desee la madre o el lactante (OMS, 2021).

2.3 PREVALENCIA DE LO INTERNACIONA A LO LOCAL

A nivel mundial las tasas de lactancia materna están por debajo de lo que se requiere para proteger a la población. Con datos obtenidos del 2013 al 2018, se encontró que solo el 43% inicia lactancia durante la primera hora de nacimiento, 41 % tiene LME en menores de 6 meses, el 70% continúa lactando por un año y disminuye a 45 % por 2 años. En México el 51 % de los infantes recibe LM en la primera hora después del nacimiento, el 30 % es lactado exclusivamente durante los primeros seis meses de vida, el 46 % continua por un año y desciende a 24 % en dos años (Global Breastfeeding Collective. Global Breastfeeding Scorecard, 2019).

Estadísticas nacionales del 2006 y 2012 de la ENSANUT muestran que la LME en menores de seis meses ha disminuido drásticamente, de un 17.3% a 12.7% en zonas urbanas y de un 36.9% a un 18.5% en zonas rurales. (ENSANUT 2012). Sin embargo, datos de ENSANUT 2018, reportaron que la LME aumentó a 25.2 % en zonas urbanas y a un 37.4% en zonas rurales, con un aumento a nivel nacional de un 14.4% a un 28.6% del 2012 al 2018 respectivamente. (RNSANUT 2018)

En Tijuana la prevalencia de LME que se reportó fue muy baja, de tan solo 1.6 % a tres meses y de 1.7 % a seis meses de nacidos, solo el 2.2 % de los niños fueron alimentados con leche materna exclusiva entre 90 y 180 días de vida. El 61.3 % reportó introducción de alimentos sólidos antes de los 90 días de nacidos. (Leyva–Pacheco et al., 1990)

En otro estudio realizado en 2010 en esta ciudad donde se encuestaron a 810 madres sobre las prácticas alimentarias de sus hijos de 0 a 24 meses de edad para identificar si los infantes eran alimentados exclusivamente al seno materno, con fórmula o lactancia suplementada con formula. Encontraron que la prevalencia de lactancia materna fue de 77%, con un promedio de solamente 4.5 meses de edad, y el 88 % de las madres introdujeron algún otro tipo de alimento antes de los 6 meses de edad. (Jiménez et al., 2010)

2.4 DETERMINANTES DE LACTANCIA MATERNA

Existen diversos factores psicosociales que pueden limitar la voluntad de las madres para llevar a cabo las recomendaciones sobre lactancia (de Jager, E., Skouteris, H.,

Broadbent, J., Amir, L., & Mellor, K 2013). Además, puede darse una desconexión entre lo que se asume que las madres necesitan aprender y las experiencias de la vida real (Forster, D. A., & McLachlan, H. L, 2010). La LM puede entenderse como una conducta relacionada con la salud y definida como patrones de comportamiento, acciones y hábitos relacionados con el mantenimiento, restauración y mejora de la salud (Gómez-García et al., 2020).

Para entender mejor los patrones de comportamiento que influyen en la LM, se usa la teoría del comportamiento planeado (TCP), la cual establece que la intención de realizar una conducta, en este caso la práctica de la LM, es más próxima a la participación del comportamiento y se basa en las actitudes de un individuo, las creencias normativas sociales y el control conductual percibido (autoeficacia) que presentan las madres. (Ajzen 1991).

En la ciudad de Tijuana, se realizó un estudio basado en un marco socio-ecológico adaptado para conocer los obstáculos a la LM, se incluyeron niveles individuales, que son los inherentes a la madre, hijo o ambos, grupales que son los atribuidos al ambiente como el hospital, servicios médicos o área de trabajo y los sociales que son los factores que tienen influencia sobre la aceptabilidad y expectativa sobre la lactancia y donde se lleva a cabo esta práctica. De los 22 obstáculos que se identificaron en los tres niveles, se consideraron los diez principales y se clasificaron en orden de importancia. Los obstáculos más frecuentes fueron: 1) factores individuales, como dolor, PIL, insatisfacción del bebé, tiempo/incomodidad y mantenimiento de lactancia materna por

más de seis meses; 2) factores grupales, como la falta de apoyo de familiares y trabajo; y 3) factores sociales, como lactancia en público, estética y cultura de la fórmula (Bueno, 2015). Si se pretende aumentar la LM según las recomendaciones, es necesario el uso de un marco socio-ecológico, definido como un modelo que considera la compleja interacción entre el individuo, la comunidad o grupos y los factores sociales en diferentes niveles. (CDC).

Los resultados obtenidos en un estudio de intervención también realizado en la ciudad de Tijuana, sugieren que la promoción de la LM basándose en un marco socio-ecológico puede mejorar las tasas de LME hasta en un 30 % en el grupo de intervención después de dos meses de haber abordado algunas de las necesidades de las madres dentro de sus diferentes contextos socioculturales. (Bueno-Gutiérrez, D., Castillo, E., & Mondragón, A., 2021). Gracias a estos resultados obtenidos, esta investigación es continuación del estudio referido anteriormente.

La tasa de abandono de la LME antes de los seis meses es más elevada en zonas urbanas que en rurales, en madres trabajadoras, en las que no han recibido información postnatal sobre lactancia y en las que lactan al primer hijo (Yeneabat, T., Belachew, T., & Haile, M., 2014).

En un estudio transversal por Díaz-Gómez et al., en España, se observó que las barreras para lactar fueron atribuidas a la dificultad para combinar la lactancia materna y el trabajo

en el 43.1% de los casos, a la incomodidad de amamantar en público en 38.9% y a cuestiones estéticas el 35.9%. Para dejar de lactar su principal motivo fue la percepción de leche insuficiente (29%) y el regreso al trabajo (18%) (Díaz-Gómez et al., 2016)

Un estudio transversal en Calgary, Canadá acerca de las percepciones maternas sobre el apoyo de su pareja y familiares durante la lactancia, mostró que cuando la pareja brindaba más apoyo, ayudando a posicionar al bebé, cambiando el pañal o hasta diciendo frases positivas y alentaban y conferían una mayor confianza a la madre en su producción de leche se presentaba mayor autoeficacia al lactar. (Mannion, C.A., Hobbs, A.J., McDonald, S.W. et al, 2013)

Resultados similares se describen en un estudio transversal sobre la suspensión de la LME, donde resaltan que la pareja es parte importante en esta decisión y que el riesgo de suspenderla después de ajustar a variables confusoras como la edad materna, la paridad y el nivel de educación, fue de 86% cuando el padre prefería que sus hijos fueran alimentados con formula y de 73 % cuando era indiferente en cuanto al método de alimentación (Ayton, J., Van Der Mei, I., Wills, K., Hansen, E., & Nelson, M, 2015)

En un estudio observacional realizado en Italia, la mayoría de las madres reportaron múltiples obstáculos durante la lactancia, el 70% reportaron dificultades para la práctica de la LM y los obstáculos más comunes fueron PIL y dolor. El 63% de los problemas ocurren durante el primer mes postnatal y si se recibe apoyo en esta etapa, puede disminuir el riesgo de suspensión de la LME significativamente por lo menos en los primero tres meses de vida (Gianni et al., 2019).

Se estima que el 85 % de las madres que lactan tiene múltiples factores de riesgo para suspender la LME, muchos están fuera de control de la madre. El tener tres o más factores puede aumentar significativamente el riesgo de suspensión. En teoría, si eliminamos estos factores de riesgo, las tasas de suspensión de LME podrían descender (Ayton, J., Van Der Mei, I., Wills, K., Hansen, E., & Nelson, M, 2015).

3. JUSTIFICACIÓN

Está bien documentado que la LME es una práctica importante en el desarrollo óptimo de los niños, pero con la tendencia actual a una mayor alimentación con fórmula, por su comodidad, practicidad y moda hacen más difícil continuar con esta práctica.

El costo-beneficio de la leche materna es superior al de la fórmula, ya que económicamente es más barato lactar que dar fórmula y tiene mayores beneficios de salud tanto para el bebé como para la madre. Todo esto tiene menor impacto sobre el presupuesto público para la salud. Se estima que si más del 90% de las mujeres amamantaran de 6 meses a un año se podrían prevenir 3,340 muertes infantiles y se ahorrarían 3 billones de dólares anuales en estados unidos. Así mismo se ahorrarían alrededor de 13 billones de dólares por problemas de morbilidad infantil y otros 18 billones por problemas maternos. En México una lactancia deficiente recae sobre el gasto público, en el 2016 represento un costo el 15 % del presupuesto del seguro popular, el 3.8% del IMSS y 2.5% del gasto público según el centro de investigación económica y presupuestaria del 2017.

Existen muchos factores de riesgo asociados a la suspensión temprana de la LME, los cuales podrían ser evitados, si se les orienta a los padres sobre cómo poder resolverlos a tiempo. La poca o nula información sobre los beneficios de la LME y de los posibles obstáculos que una madre puede presentar son los que provocan que opten por suspender la lactancia antes del tiempo recomendado. El tener conocimiento de cómo

llevar una adecuada LM llevaría a un aumento de la prevalencia y se podrían disminuir todos los problemas de salud pública que conlleva.

Se espera que los resultados obtenidos muestren las condiciones de LM en una población del norte de México, en donde existen condiciones de vulnerabilidad importantes y una alta tasa de migración, donde se enfrentan con varios obstáculos para continuar con la lactancia

Ya que los datos obtenidos de este estudio están basados en un marco socio-ecológico, esto nos podrá llevar a realizar cambios de comportamiento en las madres, por medio de un modelo integral, donde se evalúan actitudes, normas sociales y autoeficacia. Los resultados podrían ayudar a planear políticas públicas e intervenciones basadas en evidencia científica.

.

4. PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

Las recomendaciones de llevar a cabo una lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida es importante tanto para el desarrollo óptimo del infante como para beneficios de salud en la mujer (OMS, 2021). Actualmente tanto a nivel mundial como local estas recomendaciones no se llevan a cabo de la manera adecuada, ya que los porcentajes van en disminución (OMS 2021, ENSANUT 2018, ENAID 2018).

Se han descrito obstáculos que las madres enfrentan desde los primeros días de LM desde un enfoque biomédico, careciendo de investigaciones que utilicen modelos sociológicos para determinarlos. Se han reportado al dolor, PIL, preocupaciones estéticas, insatisfacción del bebé e incomodidad de amamantar en público como los principales obstáculos. (Bueno-Gutierrez, D., & Chantry, C., 2015).

Este estudio medirá de manera cuantitativa cuales son los principales obstáculos que presentan las madres para poder amamantar en los primeros meses posteriores al nacimiento y el impacto que tienen estos sobre las prácticas de LM en la ciudad de Tijuana, donde es una zona de alta migración y donde no se ha evaluado.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los obstáculos que afectan más la práctica de la lactancia materna en madres que acuden a centros de atención primaria a la salud en Tijuana B.C?

¿Cómo afectan los obstáculos a las actitudes, la autoeficacia y normas sociales en madres que acuden a a centros de atención primaria a la salud en Tijuana B.C?

¿Cómo afectan las actitudes, la autoeficacia y las normas sociales la práctica de la lactancia materna en madres que acuden a a centros de atención primaria a la salud en Tijuana B.C?

6. HIPÓTESIS

Las actitudes, la autoeficacia, las normas sociales y los obstáculos afectan la práctica de la lactancia materna en mujeres en Tijuana B.C

7. OBJETIVOS

7.1 Objetivo general:

Evaluar las actitudes, autoeficacia y los obstáculos hacia una lactancia materna en mujeres que acuden a centros de atención primaria a la salud en Tijuana B.C

7.2 Objetivos específicos:

1. Determinar la prevalencia de las prácticas de alimentación infantil: a) LME. b) Lactancia Mixta y c) Uso de fórmula.
2. Evaluar las actitudes, autoeficacia y normas sociales hacia la LM.
3. Estimar la prevalencia de los principales 10 obstáculos hacia la LM.
4. Evaluar las asociaciones entre los obstáculos y las prácticas de alimentación infantil.
5. Evaluar las asociaciones entre actitudes, autoeficacia, normas sociales y los obstáculos reportados.
6. Asociación entre actitudes, autoeficacia y normas sociales con las prácticas de alimentación infantil.

8. METODOLOGÍA

8.1 Diseño

Estudio transversal previo a un estudio de intervención de consejería en lactancia en centros de atención primaria a la salud.

8.2 Población

Mujeres con hijos menores de 5 meses de edad que acudieron a vacunación, tamizaje neonatal o consulta de niño sano en cinco centros de salud en Tijuana, Baja California.

8.3 Muestra

Muestreo por conveniencia. El cálculo del tamaño de muestra se realizó con base en el efecto esperado de la intervención.

8.4 Criterios de inclusión

Mujeres mayores de 18 años con hijos menores de 5 meses de edad

8.5 Criterios de exclusión

Madres de lactantes con bajo peso al nacer, prematuros, gemelos y con contraindicaciones para la lactancia materna.

8.6 Variables

8.6.1 Sociodemográficos de la madre y el lactante

- Edad de la madre: Se registró en años cumplidos.
- Ocupación: Se registró de acuerdo a si trabajaba, estudiaba, era ama de casa o desempleada.
- Escolaridad: Se registró el número de años escolares completados y se categorizó en educación básica, educación media y educación media superior
- Estado civil: Se registró el estado civil de la siguiente manera: casada/en unión libre o soltera.
- Lugar de origen: Se registró el estado de la república de donde era originaria o ciudad en caso de ser de Baja California.
- Años vividos en Tijuana: Se registró cuantos años tenía residiendo en la ciudad de Tijuana.
- Edad del lactante: Se calculó a partir de la fecha de nacimiento del lactante que se restó a la fecha de la encuesta. Se expresó en meses.
- Sexo del lactante: Se registró el sexo del lactante.

8.6.2 Antecedentes de salud de la madre y el lactante

- Peso del lactante al nacer: Se registró el peso del lactante al nacer, en kilogramos, según lo que la madre reportó.
- Número de hijos: Se registró el número de hijos vivos que tenía.
- Tipo de parto: Se registró que tipo de parto tuvo, ya sea parto vaginal o cesárea.

- Semanas de gestación: Se registró cuantas semanas de gestación cumplió a la fecha de parto.
- Información sobre lactancia: Se registró si durante el embarazo la madre recibió información sobre lactancia materna.

8.6.3 Obstáculos para la lactancia

- Dolor: Se registró si ha presentado o no dolor durante la lactancia
- Percepción insuficiente de leche (PIL): Se registró si ha sentido o no que produce insuficiente leche.
- Insatisfacción del bebé: Se registró si ha percibido o no que su bebé no se llena al comer o que a su bebé no le gusta su leche.
- Trabajo: Se registró si ha presentado o no problemas para amamantar a su bebé al regresar a trabajar.
- Apoyo familiar: Se registró si ha sentido o no falta de apoyo familiar para lactar.
- Tiempo/comodidad para lactar: Se registró si durante la lactancia ha presentado o no falta de tiempo o incomodidad para lactar.
- Estética: Se registró si ha tenido preocupación por presentar cambios físicos en la forma de sus senos por lactar.
- Lactancia materna en público: Se registró si al estar en público sintió o no incomodidad para lactar.
- Cultura de fórmula: Se registró si ha sentido presión social o no para utilizar fórmula como medio de alimentación para su bebé.

- Mantenimiento de lactancia: Se registró si ha sentido o no preocupación porque el bebé ya esté grande para seguir tomando leche materna (se vaya a acostumbrar, se haga dependiente, se hayan perdido los nutrientes de la leche).

8.7 Instrumentos de medición

8.7.1 Cuestionario para valorar las actitudes, autoeficacia y normas sociales sobre la lactancia materna. (Anexo 2) La herramienta para la predicción de deserción de la lactancia materna (BAPT por sus siglas en inglés) desarrollada por (Janke,1994), identifica a las mujeres que están en riesgo de dejar de lactar prematuramente y puede ser un instrumento con una validez establecida, tanto de constructo como de predicción y contenido. En esta investigación la autora nos brindó autorización para usar la versión traducida al español y adaptada para población México-americana Gill, S. L., Reifsnider, E., Lucke, J. F., & Mann, A. R., 2007). Esta encuesta se hizo a partir de tres constructos que miden las actitudes (sentimiento positivo y negativo de la LM), autoeficacia (control conductual percibido) y normas sociales (apoyo social).

La validez de constructo fue establecida por medio de análisis factorial (Janke 1991, Dick et al., 2002)) y por medio de un modelo bayesiano en su versión en español utilizada por Gill, S. L., Reifsnider, E., Lucke, J. F., & Mann, A. R., 2007). La validez de criterio predice la intención de lactar hasta por ocho semanas (Dick et al., 2002) y la validez de contenido fue evaluada por dos consultores Internacionales de Lactancia Materna certificados y cuatro enfermeras.

En cuanto a fiabilidad del instrumento, se encontró que tiene buena consistencia interna y confiabilidad para identificar a las madres que están en riesgo de dejar de amamantar. Con un Cronbach alpha mayor de 0.70 para la subescala de actitudes negativas y mayor a 0.80 para la de control. (Janke 1992)

Previo a este estudio, este mismo grupo de trabajo realizó un piloto donde se valoró reproducibilidad de estabilidad en el tiempo en un grupo de mujeres de características similares, que acudían a un centro de salud a inmunizar a su hijo, encontrando una correlación intraclass de 0.65 en las actitudes negativas y de 0.78 para el control. (Bueno-Gutiérrez, D., Castillo, E., & Mondragón, A 2021)

Para este análisis se tomaron tres de las subescalas (actitudes negativas, autoeficacia/control y normas sociales. El cuestionario está conformado por un total de 24 preguntas las cuales se dividen en tres secciones.

Actitudes:

Se evaluó la percepción negativa hacia la lactancia, a través de 11 ítems con respuestas tipo escala de Likert de tres opciones (de acuerdo, neutral y en desacuerdo). Para calcular el puntaje se asignaron tres puntos a la respuesta desacuerdo y un punto a la respuesta de acuerdo, y así valorar la actitud contraria (positiva). Se obtuvo una puntuación total para la subescala sumando todas las puntuaciones. Las puntuaciones

totales posibles oscilaron entre tres y treinta y tres. Cuanto más alta era la puntuación, más fuertes eran las creencias positivas sobre la LM.

Autoeficacia:

Consta de 8 ítems que miden la capacidad y confianza que tiene la madre para llevar a cabo la lactancia materna. Para calcular el puntaje se asignaron tres puntos a la respuesta de acuerdo y un punto a la respuesta en desacuerdo. Las puntuaciones totales posibles oscilaron entre tres y veinticuatro. A mayor puntuación, mayor autoeficacia (control percibido) sobre la LM.

Normas sociales:

Consta de 5 ítems que evalúan el apoyo que la madre recibe por parte de sus familiares y del personal de salud para amamantar. Se asignaron cuatro puntos si pensaban que lactar era la mejor opción, tres puntos si la alimentación mixta era la mejor opción, dos puntos si les era indiferente y un punto si pensaban que la fórmula era la mejor opción. A mayor puntuación, mayor apoyo tenía la madre para alimentar a su bebé con LM.

8.7.2 Cuestionario para determinar obstáculos para lactancia materna. (Anexo 2) Se utilizó una herramienta usada anteriormente en una investigación formativa en comunidades de bajos recursos en la ciudad de Tijuana, en donde se evaluaron las razones por las cuales la madre ha tenido problemas para lactar, y se le solicitó que las refiriera en orden de importancia.

8.7.3 Prácticas de LM según recordatorio de 24 horas. (Anexo 2) Se evaluaron las prácticas de alimentación que deseaban realizar y/o realizó al momento de la encuesta. de acuerdo con las respuestas a siete preguntas de opción múltiple Las preguntas se extrajeron de ENSANUT 2018. (ENSANUT, 2008)

8.8 Procedimiento

1. Se envió protocolo al comité de ética de la facultad de medicina y psicología de la Universidad Autónoma de Baja California para su aprobación.
2. A sugerencia de la jefa de enfermeras jurisdiccional y con base en la capacidad de participación del personal del centro de salud se seleccionaron cinco centros para llevar a cabo la recolección de datos.
3. Se solicitaron los permisos correspondientes para aplicar las encuestas en los centros de salud: pípila, rubí, cañón del padre, valle verde y la mesa.
4. Se acudió a los centros de salud seleccionados, al área de vacunación, tamizaje neonatal y consulta de niño sano y se les invitó a las madres a participar en el estudio, por medio de la aplicación de una encuesta.
5. Quien aceptó participar se le dio a firmar un consentimiento informado.
6. Se les aplicó la encuesta sobre BAPT actitudes y autoeficacia sobre prácticas de alimentación infantil.
7. Se les aplicó la encuesta sobre principales obstáculos para llevar a cabo la lactancia materna.

8. Se creó un código de variables para realizar la base de datos.
9. Se crearon las bases de datos, se alimentaron las bases de datos y se analizaron los resultados.

La encuesta transversal fue realizada de noviembre del 2020 a mayo del 2021. Las participantes fueron invitadas a participar en el momento que acudían al centro de salud a los servicios de vacunación, tamizaje o consulta de niño sano a menores de 5 meses de edad. Si cumplían con los criterios de inclusión se les solicitaba la firma del consentimiento informado, el cual fue leído y firmado por todas las participantes. La participación fue voluntaria.

La recolección de los datos fue realizada mediante la aplicación de un cuestionario estructurado que constaba de 3 secciones. El cuestionario fue administrado por médicas pasantes capacitadas en la metodología del estudio, quienes registraron las respuestas después de realizar cada pregunta, mientras las madres esperaban a pasar a los servicios de vacunación, tamizaje o consulta de sus hijos.

La primera sección del cuestionario constaba de todos los datos sociodemográficos de los binomios madre-lactante, tales como lugar de residencia, edad, sexo, nivel de educación, ocupación, paridad, número de hijos. La segunda sección constaba de preguntas para valorar las actitudes, autoeficacia y las prácticas sobre la alimentación del lactante. La tercera sección evaluó los obstáculos que las madres han experimentado al realizar la LM.

8.9 Comité de ética y consentimiento informado

El proyecto se sometió a la aprobación del comité de bioética de la facultad de medicina y psicología de la Universidad Autónoma de Baja California, campus Tijuana. Se proveyó consentimiento informado individual a todas las participantes (ANEXO 1) bajo el Código de Ética de la Asociación Médica Mundial (Code of Ethics of the World Medical Association). Declaración de Helsinki.

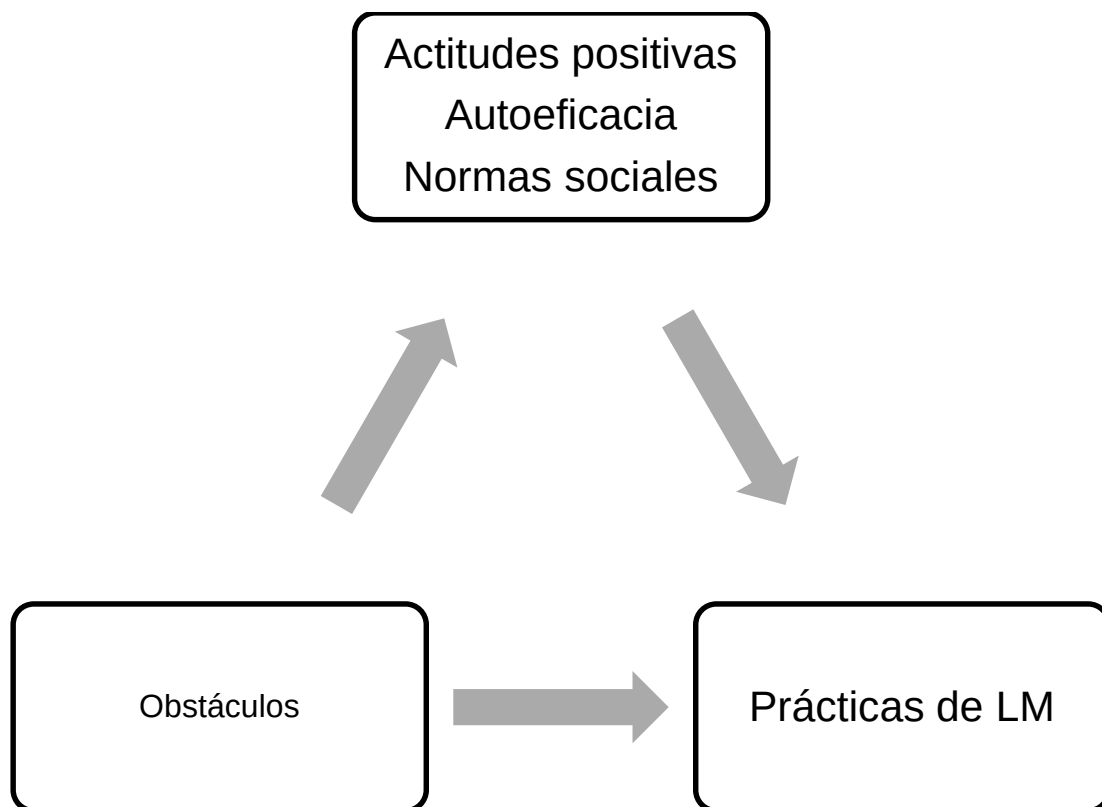
8.10 Análisis estadístico

Los datos obtenidos fueron codificados y analizados utilizando el paquete estadístico IBM SPSS versión 25.

Se empleó estadística descriptiva, para los datos sociodemográficos de variables continuas, se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión, y para variables cualitativas se calcularon frecuencias y porcentajes. Para calcular diferencia entre los grupos (LME y no LME) se utilizó ji cuadrada y prueba de ANOVA. Para evaluar las asociaciones y magnitud entre variables principales, se utilizó regresión lineal y logística, para analizar qué factores (actitudes, autoeficacia y obstáculos) que tienen más probabilidad de influir en el uso de la LME durante los primeros cinco meses. Las variables fueron ajustadas a nivel de educación de la madre, edad materna, ocupación, tipo de parto, número de gestas y si recibió información de LM durante el embarazo. Los valores de p menores a 0.05 fueron considerados estadísticamente significativos.

Se utilizó la teoría del comportamiento planificado como modelo (Fig 1), la cual indica que la intención de realizar un comportamiento está influenciada por las actitudes de un individuo, el control conductual percibido (autoeficacia) y las creencias normativas subjetivas (normas sociales). Este modelo ha sido utilizado para evaluar cambios de comportamiento en nutrición y en lactancia. (Bueno-Gutiérrez, D., Castillo, E., & Mondragón, A., 2021, Lau, C., Lok, K., & Tarrant, M., 2018, Tengku Ismail, T. A., Wan Muda, W. A., & Bakar, M. I., 2016).

Fig. 1 Modelo de la teoría del comportamiento planificado



9. RESULTADOS

De un total de 1393 mamás que se invitaron a participar, 846 presentaba alguno de los criterios de exclusión y 100 se negaron a participar por falta de tiempo y/o interés, quedando una muestra final de 447 binomios madre/lactante que acudieron a alguno de los cinco centros de salud adscritos a la Secretaria de salud en la ciudad de Tijuana (Pipila (32%), Rubí (12.8%), Cañón del padre (26.6%), Valle verde (25.5%) y La Mesa (3.1%)).

El promedio de edad de las madres fue de 26.6 ± 5.8 años, el 76.6% de la madres vivía en pareja, con una escolaridad promedio de 10.38 ± 3.3 años, el 81.2% de las participantes refirieron dedicarse al hogar y el 40.5% tenían como lugar de origen Baja California, el 59.5 % era multípara con un promedio de 2 ± 1.08 embarazos, el 53. 2% tuvo a su bebé por vía vaginal y el 62.4 % recibió información sobre lactancia materna durante su embarazo. La edad promedio de los lactantes fue de 1.80 ± 1.2 , 50.5 % de sexo masculino. Se observó que las madres multíparas, que tuvieron parto vaginal y las que recibieron información de LM previamente, presentaron mayor prevalencia de LME. (Tabla 1).

Tabla1. Características sociodemográficas de madre-lactante

(n=447)	Total	LME (n = 199)	No LME (n = 248)	
Medias $\pm$ DS				p
Edad Materna (años)	26.6 $\pm$ 5.8	26.6 $\pm$ 5.5	25.9 $\pm$ 6.1	0.25
Peso al nacer (gramos)	3329 $\pm$ 513	3378.77 $\pm$ 488	3289.60 $\pm$ 531	0.07
Número de embarazos	2 $\pm$ 1.08	2.12 $\pm$ 1.08	1.91 $\pm$ 1.08	0.04
Edad gestacional (semanas)	38.99 $\pm$ 1.61	38.97 $\pm$ 1.52	39.01 $\pm$ 1.68	0.80
Escolaridad (años)	10.38 $\pm$ 3.13	10.28 $\pm$ 3.30	10.46 $\pm$ 2.96	0.55
Frecuencias %				p
Estado civil				0.69
Soltera	23.7	46.2	53.8	
En pareja	12.9	44	56	
Ocupación				0.11
Hogar		46.8	53.2	
Empleada/Estudiante	16.1	24.1	65.9	
Desempleado	2.2	50	50	
Nivel de educación				0.45
Educación Básica	13.6	46.4	53.2	
Educación Media	32.7	40.7	59.3	
Educación Superior	37.4	47.9	52.1	
Edad lactante				0.09
< 1 mes	33.6	48.7	51.3	
1 a 2 meses	13.2	57.6	42.4	
2 a 3 meses	36.7	57.3	42.7	
3 a 4 meses	10	55.6	44.4	
> 4 meses	6.5	75.9	24.1	
Sexo del lactante				0.51
Masculino	50.5	42.9	57.1	
Femenino	49.5	46.2	53.8	
Número de embarazos				0.001
Primíparas	40.5	35.4	64.6	
Múltiparas	59.5	50.8	49.2	
Tipo de parto				< 0.05
Vía vaginal	53.2	50.4	49.6	
Cesárea	46.8	37.8	62.2	
Recibió información sobre LM				0.03
Si	64.2	48.4	51.6	
No	35.8	37.5	62.5	

n = muestra, DS = Desviación estándar, valor de p reportado de ji cuadrado, $p < 0.05$ = Estadísticamente significativo

En cuanto a las prácticas de la lactancia materna, el 44.5 % daba LME, 34.2 % LM mixta, y el 50.8 % de la muestra usaba fórmula. El 63.3% reportó haber tenido la intención de llevar a cabo LME en los primeros 6 meses. Por otra parte, solo el 43.4% reportó que ya tenían decidido la forma de alimentar a su bebé antes de embarazarse.

El puntaje promedio de la subescala de actitudes positivas fue de 19.1 ± 4.6 puntos de un total de 33 puntos, para autoeficacia de 21.5 ± 3.1 puntos de un total de 24 y en normas sociales fue de 15.9 ± 3.5 puntos de un total de 20. El grupo de LME presentó un puntaje promedio mayor en actitudes positivas, autoeficacia y normas sociales comparado con el grupo que no llevaba a cabo LME (Tabla 2).

Tabla 2. Puntajes promedios de subescalas y diferencias entre LME y No LME.

BAPT	Numero de ítems	Rango Puntos	Puntaje	No LME	LME	
Subescala				Media DS		p
Actitudes positivas	11	3 – 33	19.1 ± 4.6	18.8 ± 4.5	19.6 ± 4.6	0.05
Autoeficacia (control)	8	3 – 24	21.5 ± 3.1	20.7 ± 3.5	22.6 ± 1.9	0.000
Normas sociales	5	0 – 20	15.9 ± 3.5	15.7 ± 3.6	16.3 ± 3.5	0.05

DS = Desviación estándar, valor de p reportado de ji cuadrado, $p < 0.05$ = Estadísticamente significativo

En las tablas 3 a 5 se muestran los porcentajes de acuerdo-desacuerdo de las actitudes positivas, autoeficacia y normas sociales hacia la lactancia materna.

Tabla 3. Frecuencias de actitudes positivas .

Actitudes negativas (n=447)	De acuerdo %	Neutral %	Desacuerdo %
Dar pecho es doloroso	57.3	14.5	28.2
Cuando das pecho nadie te puede ayudar a alimentar al bebé	74.9	3.4	21.7
Es difícil amamantar en público	57.5	9.6	32.9
Amantar te hace lo pechos flácidos (caídos)	54.8	11.2	34
Amantar hace el regreso al trabajo más difícil	58.4	11	30.6
Cuando das pecho no puedes saber si el bebé está adquiriendo suficiente leche	61.3	7	31.7
Las madres que dan formula descansan más que las madres que dan pecho	37.8	15.4	46.8
Dar pecho requiere más tiempo que dar formula	63.3	7.6	29.1
Dar fórmula permite al padre más acercamiento con el bebé	49.2	9	41.8
Dar pecho ensucia tu ropa más que cuando das formula	72.7	5.6	21.7
Dar pecho te limita mas	53.1	6.9	40

Tabla 4. Frecuencias para valorar autoeficacia.

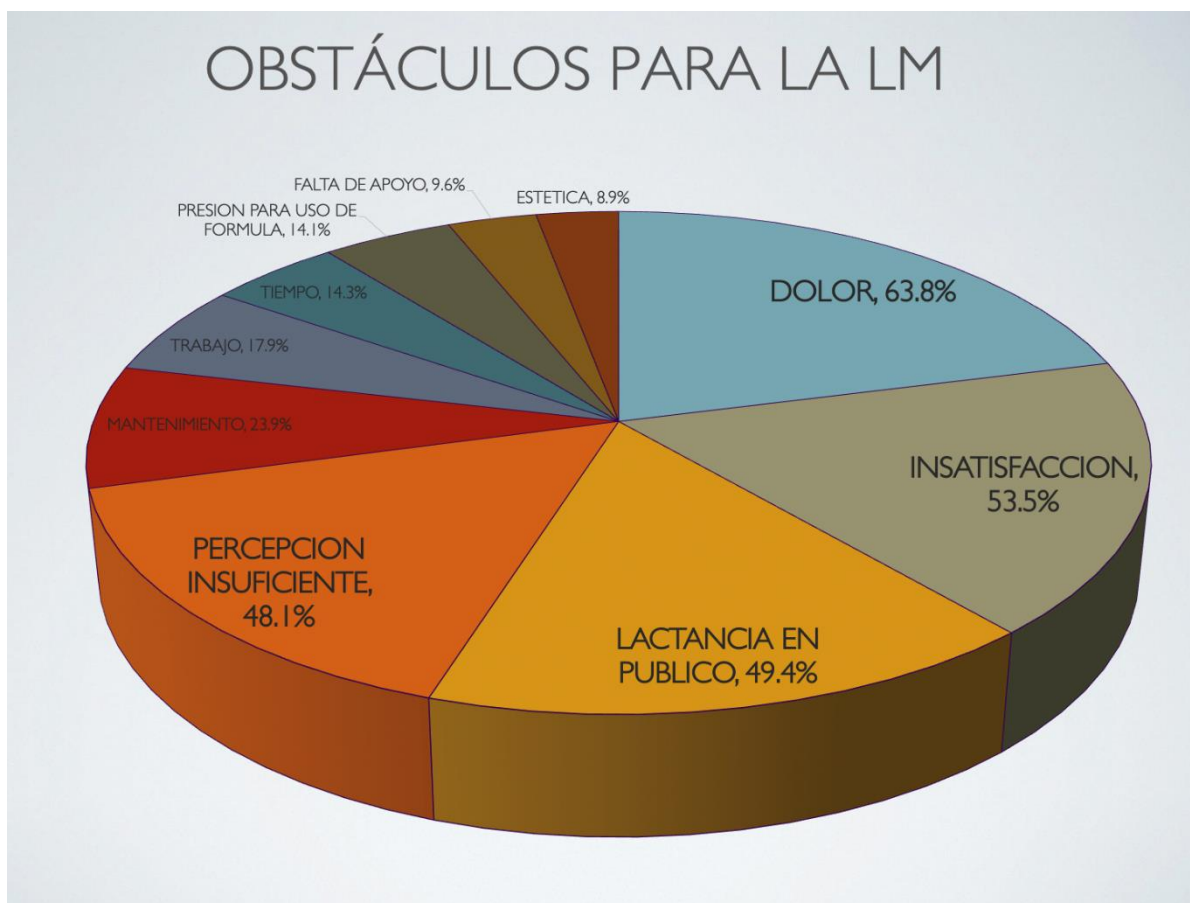
Autoeficacia (n=447)	De acuerdo %	Neutral %	Desacuerdo %
Estoy físicamente preparada para dar pecho	87.4	5.6	7
Se cómo dar pecho	83.2	9.4	7.4
Estoy decidida a dar pecho	92.6	4.5	2.9
No necesitaré ayuda para dar pecho	81.2	5.6	13.2
Dar pecho es fácil	62.4	14.5	23
Me siento confiada de que puedo dar pecho	89.5	6.3	4.2
Tengo la habilidad para amamantar	83.4	6.7	9.8
Tendré suficiente leche	64.2	14.8	21

Tabla 5. Frecuencias para valorar normas sociales según prácticas de alimentación infantil.

Normas Sociales (n=447)	Lactar %	Fórmula %	Mixta %
El padre del bebé piensa que yo debería:	66.4	1.6	11.2
Mi madre piensa que yo debería:	72.9	3.1	6.9
MI suegra piensa que yo debería:	59.2	4	5.4
Mi hermana piensa que yo debería:	48.3	4.5	6.7
Mi doctor piensa que yo debería:	86.8	1.1	5.6

En la figura 2 se presenta la frecuencia de la presencia de obstáculos reportados por las madres para poder amamantar. El 68.3 % de la muestra refirió haber presentado dolor, 53.5 % insatisfacción del bebé, 49.9% incomodidad para lactar en público y 48.1% percepción insuficiente de leche entre otros.

Fig. 2 Frecuencias de obstáculos para la LM.

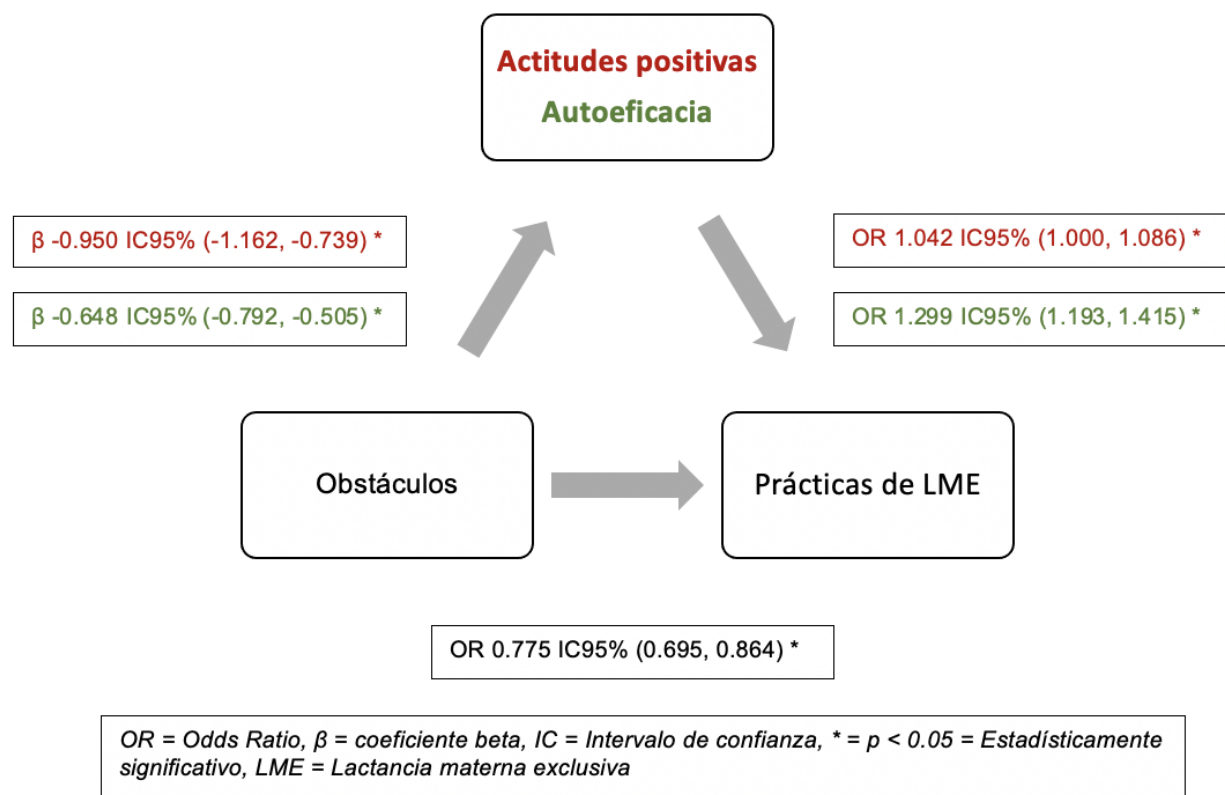


Solo el 7% de la muestra no reportó presencia de obstáculos para la LM, 15% reportó un obstáculo, 20% presentó dos obstáculos, 21% reportó tres obstáculos y 17% cuatro obstáculos. En orden de importancia, los obstáculos que fueron reportados con mayor frecuencia como el principal obstáculo (a diferencia del segundo o tercero en

importancia) fueron la insatisfacción del bebé 23%, dolor 18.3%, producción insuficiente de leche 17.9% y la lactancia en público 14.1%.

En la figura 3 se muestran las asociaciones entre número de obstáculos, actitudes, autoeficacia y LME. El número de obstáculos predice el 15% de la variación en el puntaje de autoeficacia y de actitudes positivas. Por cada obstáculo que presenta la madre el puntaje de autoeficacia disminuye 0.65 y el de actitudes positivas disminuye 0.95 y por cada obstáculo que la madre presenta, la práctica de LME disminuye 22.5%. Por cada unidad de cambio en actitudes positivas, la posibilidad de LME aumenta 4% y por cada unidad de cambio en autoeficacia, la posibilidad de LME aumenta 30%.

Fig. 3. Modelo TCP de asociación de obstáculos, comportamientos y prácticas de LME



Al analizar las asociaciones entre los obstáculos reportados y las prácticas de alimentación de alimentación infantil, se encontró que el 79% presentaba una menor probabilidad de LME al reportar PIL (OR 0.21, IC95% (0.14, 0.32) $p = 0.00$), y un 83% al presentar insatisfacción del bebé (OR 0.17, IC95% (0.12, 0.26) $p = 0.00$). En el caso de uso de fórmula, se encontró un aumento de 4.6 veces de probabilidades de llevar a cabo esta práctica al percibir producción insuficiente de leche (OR 4.65, IC95% (3.12, 6.93), $p=0.00$), y 5.7 veces al presentar insatisfacción del bebé (OR 5.72, IC95% (3.81, 8.60), $p=0.00$) (Tabla 6)

Tabla 6. Asociación entre obstáculos y prácticas de alimentación infantil.

Obstáculos (n=447)	LME		Uso de fórmula	
	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
PIL	0.210 (0.140, 0.315)	0.00	4.645 (3.116, 6.925)	0.00
Insatisfacción	0.174 (0.115, 0.262)	0.00	5.721 (3.805, 8.602)	0.00
Dolor	0.859 (0.583, 1.266)	0.44	1.326 (0.901, 1.952)	0.15
Lactancia en público	0.823 (0.566, 1.195)	0.30	1.321 (0.911, 1.916)	0.14
Mantenimiento	1.124 (0.727, 1.739)	0.59	0.936 (0.606, 1.446)	0.76
Trabajo	1.231(0.758, 1.998)	0.40	0.802 (0.494, 1.302)	0.37
Apoyo	0.887 (0.469, 1.677)	0.71	1.127 (0.600, 2.117)	0.70
Tiempo/ comodidad	0.831 (0.485, 1.422)	0.49	1.116 (0.657, 1.896)	0.68
Cultura fórmula	1.246 (0.731, 2.123)	0.42	0.801 (0.470, 1.367)	0.41
Estética	0.816 (0.421, 1.582)	0.54	1.507 (0.778, 2.922)	0.22

*n= muestra, OR = Odds Ratio, IC = Intervalo de confianza, $p < 0.05$ = Estadísticamente significativo
LME = Lactancia materna exclusiva, PIL = Percepción insuficiente de leche.*

Se observó una disminución significativa de actitudes positivas y autoeficacia con todos los obstáculos, excepto con cultura de la fórmula en el caso de actitudes y con mantenimiento de lactancia en el caso de autoeficacia. (Tabla 7)

Tabla 7. Asociación entre obstáculos con actitudes positivas y autoeficacia.

Obstáculos (n=447)	Actitudes positivas		Autoeficacia	
	β (CI 95%)	p	β (CI 95%)	p
PIL	-1.398 (-2.262, -0.535)	0.00	-2.061 (-2.609, -1.514)	0.00
Insatisfacción	-1.578 (-2.434, -0.722)	0.00	-1.874 (-2.425, -1.324)	0.00
Lactancia en público	-2.279 (-3.620, -1.974)	0.00	-0.881 (-1.450, -0.312)	0.00
Dolor	-2.502 (-3.368, -1.637)	0.00	-0.923 (-1.514, -0.332)	0.00
Mantenimiento	-1.857 (-2.863, -0.852)	0.00	-0.588 (-1.264, 0.088)	0.08
Trabajo	-1.970 (-3.112, -0.827)	0.00	-0.893 (-1.656, -0.130)	0.02
Tiempo/ comodidad	-1.521 (-2.748, -0.294)	0.01	-1.445 (-2.252, -0.639)	0.00
Cultura de Formula	-0.996 (-2.229, 0.238)	0.11	-1.356 (-2.171, -0.542)	0.00
Apoyo	-1.848 (-3.296, 0.399)	0.01	-1.212 (-2.178, -0.246)	0.01
Estética	-3.289 (-5.297, -2.360)	0.00	-1.066 (-2.069, -0.063)	0.01

Todos los modelos fueron ajustados para nivel de educación, edad maternal, ocupación, tipo de parto, número de gestas y si recibió información previa sobre LM.

n= muestra n, β = coeficiente beta, IC = Intervalo de confianza, $p < 0.05$ = Estadísticamente significativo

Al analizar la asociación entre autoeficacia con LME y con uso de fórmula, se encontró que por cada unidad de cambio en actitudes positivas la posibilidad de LME aumentaba en un 4% y la autoeficacia en un 30% y por otra parte por cada unidad de cambio en la autoeficacia, la posibilidad de usar formula disminuye en un 26% ($p= 0.000$). Tabla 8

Tabla 8. Asociación entre actitudes, autoeficacia y normas sociales con prácticas de alimentación infantil.

BAPT		LME		Uso de fórmula	
Subescala		OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Actitudes positivas		1.046 (1.003,1.091)	<0.05	0.962 (0.922,1.003)	0.06
Autoeficacia (control)		1.289 (1.180,1.407)	0.000	0.744 (0.612,0.815)	0.000
Normas sociales		1.050 (0.995,1.109)	0.07	0.921 (0.872,0.973)	<0.05

Todos los modelos fueron ajustados para nivel de educación, edad maternal, ocupación, tipo de parto, número de gestas y si recibió información previa sobre LM.

n= muestra, OR = Odds Ratio, IC = Intervalo de confianza, $p < 0.05$ = Estadísticamente significativo

10. DISCUSIÓN

Nuestros datos mostraron que el promedio de obstáculos que presentaron las madres incluidas en la muestra fue de tres. La presencia de múltiples obstáculos y/o factores de riesgo para llevar a cabo una lactancia exitosa se ha mostrado en otros estudios como en el de Ayton, 2015, realizado en Australia, donde se estimó que tener tres o más factores de riesgo puede aumentar significativamente la probabilidad de suspender la lactancia. Su análisis se basó en datos secundarios de un estudio transversal con una muestra de 22,000 mujeres, de las cuales el 85% presentaron múltiples factores de riesgo para suspender la LME, muchos de los cuales estuvieron fuera del alcance de la madre (Ayton, J., Van Der Mei, I., Wills, K., Hansen, E., & Nelson, M 2015).

Dos de los obstáculos que fueron reportados con mayor frecuencia: la insatisfacción del bebé (53.5%) y PIL (48.1%), también mostraron tener una asociación significativa con prácticas de lactancia, disminuyendo la LME en un 83% y 80% respectivamente. Asimismo, se identificó que estos obstáculos disminuyen actitudes positivas y autoeficacia para lograr una lactancia exitosa y tener todos los beneficios positivos de la leche materna de su madre.

Otro de los obstáculos más reportados por las madres fue la incomodidad para lactar en público (49.9%). Este resultado es consistente con un estudio transversal realizado en Qatar a 195 madres, que tuvo como objetivo evaluar los factores sociodemográficos y las barreras para la LM, encontrándose que las madres refirieron sentirse incómodas con

la lactancia en público (59,4 %) y no producir suficiente leche para las necesidades de su bebé (57 %) (Nasser et al., 2018).

En este estudio la PIL disminuyó en un 80% la probabilidad de LME con una (OR 0.21, IC95% (0.14, 0.31) P= 0.000). Este resultado es consistente con lo reportado con (Meilani et al, 2018), donde se observó que al tener una buena percepción de la lactancia materna tenían 9,75 veces más probabilidades de dar LME a sus hijos, en contraste con las madres con percepción negativa de LM.

En un análisis secundario de un estudio transversal realizado en Oaxaca y Querétaro, con el objetivo de investigar las prácticas, actitudes y creencias sobre la LM, se reportó que los principales obstáculos fueron PIL (38%) e incomodidad para lactar (36%). Así mismo se encontraron algunas creencias asociadas a la práctica de LM como pensar que podían enfermar a sus hijos por tener coraje o susto (Swigart et al., 2017).

Por otra parte, en este estudio las madres con mayor puntaje de autoeficacia y actitudes positivas tuvieron mayor probabilidad de amamantar exclusivamente, en un 30 y 4% respectivamente. Estos resultados son consistentes con estudios previos donde fue aplicado la encuesta BAPT (Gill, S. L., Reifsnider, E., Lucke, J. F., & Mann, A. R., 2007). En el estudio de (Cox, K. N., Giglia, R. C., & Binns, C. W., 20015), las madres con una puntuación alta en la escala de actitud de alimentación infantil tenían aproximadamente el doble de probabilidades de practicar la LME los primeros 6 meses y las que

presentaban una baja actitud tenían una duración menor de 5 semanas de LME ($p = 0.000$). Por otro lado, en un estudio de cohorte prospectiva de 151 madres en Indiana, donde el objetivo de este estudio fue investigar los factores psicosociales que subyacen a la decisión de la madre para practicar la LME durante 6 meses, utilizando la TCP, encontraron que las actitudes fueron el constructo más influyente para la intención de continuar con una LME (Bai Y.; Middlestadt, S. E.; Peng, C.-Y. J.; Fly, A. D. 2010).

En esta investigación se calificaron las normas sociales con el sentimiento que tienen las madres sobre cómo piensan el padre del bebé, la abuela, la hermana y el médico tratante sobre cómo deben alimentar a sus bebés y la mayoría obtuvieron mayores porcentajes cuando opinaron que todos pensaban que la mejor forma de alimentar a sus bebés fue la LM. Al igual que una encuesta transversal realizada en Calgary, Alberta con el objetivo de evaluar el apoyo social en 76 madres, encontraron que las madres se sintieron apoyadas por el padre del bebé, la madre materna, amigos y el médico tratante y que la información recibida sobre LM antes del parto fue la de mayor utilidad. (Mannion, C.A., Hobbs, A.J., McDonald, S.W. *et al*, 2013).

En cuanto a las prácticas de alimentación infantil, el presente estudio reporta que la LME se realizó en un 44.5%, en comparación con la LME a nivel nacional de un 28.6% (ENSANUT 2018). En otro estudio realizado en la CDMX con 500 madres 19 a 45 años, reportaron que el 60% refirió LME, el 33% de manera mixta y el resto con alimentación fórmula los primeros seis meses (Sámano et al., 2018).

Nuestros datos mostraron que el 64.2 % de las madres recibieron información sobre LM antes del nacimiento del bebé y del 69.8 % de estas madres practicaban la LME. En un estudio se encontró que solo el 45 % de las madres recibió información sobre lactancia antes del nacimiento de su bebé y solo el 30% dio LME y concluye que la educación sobre lactancia materna no prepara a las mujeres para amamantar; destaca los beneficios, pero no discute el proceso de amamantar (Brown, 2016).

Entre las limitaciones del estudio están el tamaño de la muestra, ya que no es representativa de la población de BC y debido a la pandemia por COVID, se limitaron los accesos a los centros de salud y el tiempo para realizar la entrevistas limitaba a algunas madres a participar.

Como fortalezas del presente estudio se logró evaluar la prevalencia de la LME y otras prácticas de alimentación infantil en madres de madres de nivel socioeconómico bajo de la ciudad de Tijuana, se cuantificaron los obstáculos que una madre enfrenta para llevar una LME, basados en un marco socio-ecológico y el uso de factores de la TCP como modelo teórico evaluando comportamientos como actitudes, autoeficacia y normas sociales que pueden afectar el llevar una LME exitosa.

11. CONCLUSIONES

Según los hallazgos de esta investigación se observó una asociación entre los obstáculos que reportaron las madres y la LME, entre los que destacan PIL e insatisfacción del bebé. A su vez, estos obstáculos tuvieron un efecto disminuyendo las actitudes positivas y la autoeficacia para amamantar. También se pudo estimar la prevalencia de LME y otras prácticas de alimentación infantil en un grupo de madres de bajo nivel socioeconómico de la ciudad de Tijuana.

Los resultados obtenidos en esta investigación podrían ser de utilidad, ya que las prácticas de lactancia dependen de él ambiente socio-ecológico en el que la madre se encuentra (Bueno, 2021), y es importante identificar los obstáculos que cada una presenta para poder desarrollar programas que orienten de manera adecuada a estas madres y puedan aumentar la prevalencia de LME. Las intervenciones que se enfocan en los obstáculos específicos de la lactancia materna y promueven la educación para prácticas óptimas mejorarán los comportamientos que llevan a mejorar las prácticas de LME (Bueno, 2015).

12. RECOMENDACIONES

De acuerdo a lo observado en esta investigación se recomienda realizar otros estudios para lograr mayor representatividad de la población de Tijuana e identificar otros factores que puedan afectar la práctica de LME, basándose en un marco socio-ecológico. Asimismo, se recomienda que los programas de intervención en lactancia consideren los obstáculos más frecuentes que las madres presentan y evalúen los comportamientos que se ven afectados por estos obstáculos para poder dar una mejor orientación y tener mayor impacto en incrementar la prevalencia de LME en los primeros seis meses de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Ajzen I. . (1991). The theory of planned behavior. *Annu Rev Psychol*, 50, 179-211.
- Aune D, Norat T, Romundstad P, Vatten LJ. (2014). Breastfeeding and the maternal risk of type 2 diabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. . *Nutr Metab Cardiovasc Dis* , 24, 107–15.
- Ayton, J., Van Der Mei, I., Wills, K., Hansen, E., & Nelson, M. (2015). Cumulative risks and cessation of exclusive breast feeding: Australian cross-sectional survey. *Archives of Disease in Childhood*, 100(9), 863–868. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-307833>.
- Bai Y.; Middlestadt, S. E.; Peng, C.-Y. J.; Fly, A. D. (2010). Predictors of Continuation of Exclusive Breastfeeding for the First Six Months of Life. *Journal of Human Lactation*, 26(1), 26–34. doi:10.1177/0890334409350168.
- Bartick M. C., Schwarz, E. B., Green, B. D., Jegier, B. J., Reinhold, A. G., Colaizy, T. T., Bogen, D. L., Schaefer, A. J., & Stuebe, A. M. (2017). Suboptimal breastfeeding in the United States: Maternal and pediatric health outcomes and costs. *Maternal & child nutrition*, 13(1), e12366. <https://doi.org/10.1111/mcn.12366>;
- Bartick M. (2013). Mothers' costs of suboptimal breastfeeding: implications of the maternal disease cost analysis. *Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 8(5), 448–449. <https://doi.org/10.1089/bfm.2013.0070>
- Berdi, M., de Lauzon-Guillanin, B., Forhan, A., Castelli, F. A., Fenaille, F., Charles, M. A., Heude, B., Junot, C., Adel-Patient, K., & EDEN Mother-Child Cohort Study Group (2019). Immune components of early breastmilk: Association with maternal factors and with reported food allergy in childhood. *Pediatric allergy and immunology : official publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology*, 30(1), 107–116. <https://doi.org/10.1111/pai.12998> 8.
- Brown A. (2016). What Do Women Really Want? Lessons for Breastfeeding Promotion and Education. *Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 11, 102–110. <https://doi.org/10.1089/bfm.2015.0175>
- Bueno-Gutiérrez, 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. <https://doi.org/10.1017/S1368980015000452>
- Bueno-Gutiérrez, D., Castillo, E., & Mondragón, A. (2021). Breastfeeding counseling based on formative research at primary healthcare Services in Mexico. *International journal for equity in health*, 20(1), 173. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01491-6>
- CDC. Data and statistics. <https://www.cdc.gov/breastfeeding/index.htm>

- Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, et al. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl* , 104, 96-113.
- Colchero, M. A., Contreras-Loya, D., Lopez-Gatell, H., & González de Cosío, T. (2015). The costs of inadequate breastfeeding of infants in Mexico. *The American journal of clinical nutrition*, 101(3), 579–586. <https://doi.org/10.3945/ajcn.114.092775>
- Cox, K. N., Giglia, R. C., & Binns, C. W. (2015). The influence of infant feeding attitudes on breastfeeding duration: evidence from a cohort study in rural Western Australia. *International breastfeeding journal*, 10, 25. <https://doi.org/10.1186/s13006-015-0048-3>
- Deoni, S. C. L., Dean, D. C., Piryatinsky, I., O'Muircheartaigh, J., Waskiewicz, N., Lehman, K., ... Dirks, H. (2013). Breastfeeding and early white matter development: A cross-sectional study. *NeuroImage*, 82, 77–86. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.05.090>
- Díaz-Gómez, N Marta, Ruzafa-Martínez, María, Ares, Susana, Espiga, Isabel, & De Alba, Concepción. (2016). Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Revista Española de Salud Pública*, 90, e40016. Epub 07 de junio de 2021. Recuperado en 11 de junio de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100416&lng=es&tlng=es.
- Dick, M. J., Evans, M. L., Arthurs, J. B., Barnes, J. K., Caldwell, R. S., Hutchins, S. S., & Johnson, L. K. (2002). Predicting early breastfeeding attrition. *Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association*, 18(1), 21–28. <https://doi.org/10.1177/089033440201800104>
- ENAIID (2018) Encuesta nacional de la dinámica demográfica 2018. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/enadid2018_manual.pdf
- ENSANUT (2012). *Encuesta nacional de nutrición - Presentación de resultados*
Retrieved from <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/analiticos/DeterioroPracLactancia.pdf>
- ENSANUT (2018). *Encuesta nacional de nutrición - Presentación de resultados*
Retrieved from https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- Forster, D. A., & McLachlan, H. L. (2010). Women's views and experiences of breast feeding: positive, negative or just good for the baby?. *Midwifery*, 26(1), 116–125. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.04.009>

- Gianni, Bettinelli, Manfra, Sorrentino, Bezze, Plevani, ... Mosca. (2019). Breastfeeding Difficulties and Risk for Early Breastfeeding Cessation. *Nutrients*, 11(10), 2266. <https://doi.org/10.3390/nu11102266>
- Gill, S. L., Reifsnider, E., Lucke, J. F., & Mann, A. R. (2007). Predicting breast-feeding attrition: adapting the breast-feeding attrition prediction tool. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 21(3), 216–224. <https://doi.org/10.1097/01.JPN.0000285811.21151.37>
- Global Breastfeeding Collective. Global Breastfeeding Scorecard (2019): *Enabling Women to Breastfeed through Better Policies and Programmes*. New York, Geneva: UNICEF, WHO, 2018.
- Gómez-García, J. Alberto, Rojas-Russell, Mario E., Serrano-Alvarado, Karina, Juárez-Castelán, Mariel A., Huerta-Ibáñez, Alondra, & Ramírez-Aguilar, Martín. (2020). Intención de lactar exclusivamente con leche materna: un estudio basado en la Teoría de la Conducta Planeada. *Clínica y Salud*, 31(1), 13-20. Epub 17 de febrero de 2020. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2019a20>
- Gremmo-Féger G. [An update on lactation physiology and breastfeeding]. *Arch Pediatr* (2013) 20 (09) 1016-1021 . Doi: 10.1016/j.arcped.2013.06.011Horta, 2013)
- Horta, B. L., Loret de Mola, C., & Victora, C. G. (2015). Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 104(467), 30–37. <https://doi.org/10.1111/apa.13133>
- INEGI <https://www.inegi.org.mx/rde/2019/04/23/practica-la-lactancia-materna-en-mexico-analisis-datos-la-encuesta-nacional-la-dinamica-demografica-enadid-2014-2/>
- de Jager, E., Skouteris, H., Broadbent, J., Amir, L., & Mellor, K. (2013). Psychosocial correlates of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Midwifery*, 29(5), 506–518. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.04.009>
- Janke J. Prediction of breast-feeding attrition: instrument development. *Appl Nurs Res*. 1992;5(1):48–53
- Janke JR. Development of the breastfeeding attrition pre- diction tool. *Nurs Res*. 1994;43(2):100–104.
- Jimenez-Cruz, A., Bacardi-Gascon, M., Pichardo-Osuna, A., Mandujano-Trujillo, Z., & Castillo-Ruiz, O. (2010). Infant and toddlers' feeding practices and obesity amongst low-income families in Mexico. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 19(3), 316–323.
- Keikha, M., Bahreynian, M., Saleki, M., & Kelishadi, R. (2017). Macro- and Micronutrients of Human Milk Composition: Are They Related to Maternal Diet? A Comprehensive

- Systematic Review. *Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 12(9), 517–527. <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.0048>
- Leyva-Pacheco, R., Bacardi-Gascón, M., & Jiménez-Cruz, A. (1994). Variables asociadas a patrones de lactancia en Tijuana, México [Variables associated with breastfeeding patterns in Tijuana, Mexico]. *Salud publica de Mexico*, 36(2), 161–167.
- Lau, C., Lok, K., & Tarrant, M. (2018). Breastfeeding Duration and the Theory of Planned Behavior and Breastfeeding Self-Efficacy Framework: A Systematic Review of Observational Studies. *Maternal and child health journal*, 22(3), 327–342. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2453-x>
- Liu, B., Jorm, L., & Banks, E. (2010). Parity, breastfeeding, and the subsequent risk of maternal type 2 diabetes. *Diabetes care*, 33(6), 1239–1241. <https://doi.org/10.2337/dc10-0347>
- López-Olmedo, N., Hernández-Cordero, S., Neufeld, L. M., García-Guerra, A., Mejía-Rodríguez, F., & Méndez Gómez-Humarán, I. (2016). The Associations of Maternal Weight Change with Breastfeeding, Diet and Physical Activity During the Postpartum Period. *Maternal and child health journal*, 20(2), 270–280. <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1826-7>
- Lupton, S. J., Chiu, C. L., Lujic, S., Hennessy, A., & Lind, J. M. (2013). Association between parity and breastfeeding with maternal high blood pressure. *American journal of obstetrics and gynecology*, 208(6), 454.e1–454.e4547. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.02.014>
- Meilani et al., Family Support as a Factor Influencing the Provision of Exclusive Breastfeeding among Adolescent Mothers in Bantul, Yogyakarta (2018). *Kesmas National Public Health Journal* 12(3), 114-119.
- Mannion, C.A., Hobbs, A.J., McDonald, S.W. et al. Maternal perceptions of partner support during breastfeeding. *Int Breastfeed J* 8, 4 (2013). <https://doi.org/10.1186/1746-4358-8-4>
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11(11), CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
- Nasser, A., Omer, F., Al-Lenqawi, F., Al-Awwa, R., Khan, T., El-Heneidy, A., Kurdi, R., & Al-Jayyousi, G. (2018). Predictors of Continued Breastfeeding at One Year among Women Attending Primary Healthcare Centers in Qatar: A Cross-Sectional Study. *Nutrients*, 10(8), 983. <https://doi.org/10.3390/nu10080983>

- OMS Unicef/WHO/UNICEF. WHO: Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 1 Definitions. Geneva: WHO; (2021) <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340706/9789240018389-eng.pdf?sequence=1>
- Sámano, Reyna; Chico Barba, Gabriela; Armenteros Martínez, Tabata; Escamilla Fonseca, Nancy; Piélago Álvarez, Carlos; Aguilar Álvarez, Jorge; Méndez Celayo, Silvia., (2018). Barriers and facilitators of exclusive breastfeeding practice in mothers from Mexico City. *Arch. latinoam. nutr* , 68, 41-50.
- Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality. A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015;104:3-13.
- 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. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180185>
- Tengku Ismail, T. A., Wan Muda, W. A., & Bakar, M. I. (2016). The extended Theory of Planned Behavior in explaining exclusive breastfeeding intention and behavior among women in Kelantan, Malaysia. *Nutrition research and practice*, 10(1), 49–55. <https://doi.org/10.4162/nrp.2016.10.1.49>
- Thompson, J. M. D., Tanabe, K., Moon, R. Y., Mitchell, E. A., McGarvey, C., Tappin, D., ... Hauck, F. R. (2017). Duration of breastfeeding and risk of sids: An individual participant data meta-Analysis. *Pediatrics*, 140(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1324>.
- Unar-Munguía, M., Stern, D., Colchero, M. A., & González de Cosío, T. (2019). The burden of suboptimal breastfeeding in Mexico: Maternal health outcomes and costs. *Maternal & child nutrition*, 15(1), e12661. <https://doi.org/10.1111/mcn.12661>
- Unar-Munguía, M., Torres-Mejía, G., Colchero, M. A., & González De Cosío, T. (2017). Breastfeeding Mode and Risk of Breast Cancer: A Dose-Response Meta-Analysis. *Journal of Human Lactation*, 33(2), 422–434. <https://doi.org/10.1177/0890334416683676>
- Victora, C. G., Horta, B. L., Loret de Mola, C., Quevedo, L., Pinheiro, R. T., Gigante, D. P., Gonçalves, H., & Barros, F. C. (2015). Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *The Lancet. Global health*, 3(4), e199–e205. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70002-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70002-1)

- Yeneabat, T., Belachew, T., & Haile, M. (2014). Determinants of cessation of exclusive breastfeeding in Ankesha Guagusa Woreda, Awi Zone, Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, 14, 262. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-262>
- Zielinska, M. A., & Hamulka, J. (2019). Protective effect of breastfeeding on the adverse health effects induced by air pollution: Current evidence and possible mechanisms. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), 1–30. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214181>

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO

“Efecto de consejería interpersonal en el desarrollo infantil en un centro de salud de atención primaria”

Objetivo del estudio: El estudio tiene como objetivo evaluar el efecto de la consejería interpersonal sobre desarrollo infantil en centros de salud en Tijuana.

Procedimiento: Este estudio incluye la aplicación de un cuestionario y consejería interpersonal relacionada con el tema de desarrollo infantil. Tiene una duración de 20 minutos en promedio. Se realiza al momento de vacunar a su bebé y se le solicitará que cuando acuda a la siguiente dosis de vacunación en 2 meses, llene otro cuestionario.

Riesgos e inconvenientes. No hay riesgos físicos.

Beneficios. Recibirá orientación sobre alimentación y desarrollo infantil por personal de salud entrenado.

Voluntariedad: La participación en el programa es voluntaria y puede retirarse en el momento que lo desee, el hecho de decidir no participar en el programa o de retirarse no afectará su relación con la institución.

Confidencialidad: La información obtenida será resguardada por los investigadores principales siguiendo los principios de confidencialidad. La Dra. Diana Bueno Gutiérrez, Dra. Ana Lilia Armendáriz Anguiano al teléfono (664 682 1233) en la Facultad de Medicina y Psicología de la Universidad Autónoma de Baja California, Calzada Universidad 14418, Parque Internacional Industrial Tijuana, 22390 Tijuana, Baja California, en papel sin ser digitalizados, en ningún CASO serán cedidos a terceros (Ley orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal y la Ley Federal de Protección de Datos personales en posesión de los particulares de México; 2010). Los datos obtenidos del estudio solo serán tratados estadísticamente y para publicaciones científicas y eventos académicos junto con los otros participantes, por lo que en las tablas no aparecerán los valores individuales.

Dudas y preguntas: Si tiene alguna duda o pregunta puede comunicarse con los responsables del proyecto a la Facultad de Medicina de la UABC o al teléfono 664 682 12 33 extensión 111. También puede contactarlos a los correos electrónicos: dbueno@uabc.edu.mx, alarmendariz@uabc.edu.mx y diaz.glenda@uabc.edu.mx, Sandra León, Fernanda Tejeda **responsables del proyecto:** Dra. Diana Bueno Gutiérrez, Dra. Ana Lilia Armendáriz, Dra. Glenda Díaz

Seguidamente en el reverso de este documento se le preguntará su consentimiento en presentación del presente estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO (Reverso)
“Efecto de consejería interpersonal en el desarrollo infantil en un centro de salud de atención primaria”

DOCUMENTO DE ACEPTACION

Yo C. _____ he leído la hoja informativa en el anverso de este documento para conocer en qué consiste el estudio allí reflejado, he podido hacer las preguntas necesarias y he recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que ello interfiera en mis decisiones sobre futuros estudios.

Por ello libre y voluntariamente mi conformidad para participar en el estudio “Efecto de consejería interpersonal en el desarrollo infantil en un centro de salud de atención primaria”

Tijuana, Baja California a _____ de _____ del 2020.

Firma y nombre de la participante

Testigo 1 _____

Nombre y firma

Testigo 2 _____

Nombre y firma

ANEXO 2. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

CRF – Encuesta Desarrollo Infantil – Centro de Salud

ID participante: -- Fecha de encuesta: / /
(dd/mm/aaaa)

Vacunación: Tamiz: Consulta: E: C:

Datos del Participante

Nombre completo: _____

Domicilio (Col. / Fracc.): _____

Teléfono: () - - Fijo ☐ Móvil ☐

Correo electrónico : _____

Edad: (años) Lugar de Origen: _____

Municipio: _____

Estado civil: casado ☐ soltero ☐ unión libre ☐

Ocupación: hogar ☐ empleado ☐ estudiante ☐ desempleado ☐

Escolaridad: primaria ☐ secundaria ☐ preparatoria ☐ licenciatura ☐ otro _____

Tiempo de residencia en Tijuana: años meses Número de hijos:

Datos del último embarazo

Fecha de nacimiento último hijo: / / (dd/mm/aaaa)

Tipo de parto: cesárea ☐ vaginal ☐ Semanas de gestación al nacer

Peso al nacer: kg gr Sexo del bebé: femenino ☐ masculino ☐ otro ☐

Recibió información sobre lactancia materna: Si ☐ No ☐

Estatus de la Encuesta

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Notas: _____

Marque con una " X " la opción que considere adecuada.				
#	Enunciado	De acuerdo	Neutral	Desacuerdo
1	Dar pecho es doloroso.	☐	☐	☐
2	Cuando das pecho nadie te puede ayudar a alimentar al bebé.	☐	☐	☐
3	Es difícil dar pecho en público.	☐	☐	☐
4	Dar pecho te hace los pechos flácidos (caídos).	☐	☐	☐
5	Dar pecho hace el regreso al trabajo más difícil.	☐	☐	☐
6	Cuando das pecho no puedes saber si el bebé está adquiriendo suficiente leche.	☐	☐	☐
7	Las madres que dan fórmula descansan más que las madres que dan pecho.	☐	☐	☐
8	Dar pecho requiere más tiempo que dar fórmula.	☐	☐	☐
9	Dar fórmula permite al padre más acercamiento con el bebé.	☐	☐	☐
10	Dar pecho ensucia tu ropa más que cuando das fórmula.	☐	☐	☐
11	Dar pecho te limita más.	☐	☐	☐
12	Estoy físicamente preparada para dar pecho.	☐	☐	☐
13	Sé cómo dar pecho.	☐	☐	☐
14	Estoy decidida a dar pecho.	☐	☐	☐
15	No necesitare ayuda para dar pecho.	☐	☐	☐
16	Dar pecho es fácil.	☐	☐	☐
17	Me siento confiada de que puedo dar pecho.	☐	☐	☐
18	Tengo la habilidad para amamantar.	☐	☐	☐
19	Tendré suficiente leche.	☐	☐	☐
		Dar pecho	Dar fórmula	Indiferente
20	El padre del bebé piensa que yo debería:	☐	☐	☐
21	Mi madre piensa que yo debería:	☐	☐	☐
22	Mi suegra piensa que yo debería:	☐	☐	☐
23	Mi hermana piensa que yo debería:	☐	☐	☐
24	Mi doctor(a) piensa que yo debería:	☐	☐	☐
Circule la letra que considere adecuada				
25	¿Cuándo tomaste la decisión sobre cómo alimentar a tu bebé?	1. Antes del embarazo 2. Embarazo 1ra mitad 3. Embarazo 2da mitad 4. Al momento del nacimiento		
26	¿De qué manera planeabas alimentar a tu bebé en los primeros 6 meses?	1. Solo lactancia materna 2. Combinar lactancia materna con fórmula 3. Sólo fórmula		
27	¿Le dio pecho alguna vez a su bebé?	1. Si 2. No		
28	¿Le dio en algún momento? (puede elegir más de una opción)	1. Agua 2. Té u otra infusión 3. Fórmula 4. Jugo de fruta 5. Otros tipos de leche 6. Otros 7. No		

29	¿El día de ayer le dio pecho a su bebé?	1. Si 2. No
30	¿En cualquier momento de ayer o de anoche le dio al bebé alguno de los siguientes (líquidos)?	1. Agua 2. Té u otra infusión 3. Fórmula 4. Jugo de fruta 5. Otros tipos de leche 6. Otros 7. No
31	¿En cualquier momento de ayer o de anoche le dio a su bebé alguno de los siguientes (sólidos): galletas, fruta, verduras, papilla u otra comida sólida?	1. Galletas 2. Fruta 3. Verduras 4. Papilla 5. Otra comida sólida 6. No

¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas al momento de dar pecho a su bebé?

Marque con una "X" si ha presentado alguno de los siguientes obstáculos

En caso de presentar más de un obstáculo, favor de enumerar en orden de importancia (1= el más importante) dentro de cada paréntesis.

☐	Dolor	()
☐	Producción insuficiente de leche	()
☐	Sentir que su bebé no se llena/ Sentir que a su bebé no le gusta su leche	()
☐	Problemas por tener que salir a trabajar	()
☐	Falta de apoyo de su familia (mamá, suegra, pareja, otros)	()
☐	Falta de tiempo /Incomodidad	()
☐	Preocupación de que los pechos se vayan a caer/deformar, cambie el cuerpo	()
☐	Incomodidad de amamantar en público	()
☐	Presión de la sociedad de usar fórmula (Estatus, modernidad)	()
☐	Preocupación que se acostumbre/se haga dependiente/ la leche no le sirva porque ya pasó tiempo (6 meses, un año o más)	()
☐	Otro Favor de anotar: _____	()

Nombre y firma del encuestador: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del investigador: _____ Fecha: ____/____/____

ANEXO 3. CÓDIGO DE VARIABLES

CÓDIGO DE VARIABLES

Datos sociodemográficos del binomio			
Pregunta	Nombre de variable	Código para base de datos	Tipo de variable
No. De Identificación	no_id	Número de identificación	Entrada libre
Visita al centro de salud (tipo)	visita_e	Tipo de visita al centro de salud 1: vacunación 2: tamiz 3: consulta	Categórica
Tipo de participación	participacion_e	1: Experimental 2: Control	Categórica
Nombre completo del participante	nombre_p	Nombres/apellido paterno/apellido materno	Entrada libre
Domicilio del participante	domicilio_p	Nombre de colonia/Fraccionamiento	Entrada libre Hay más de 600 colonias*adjunte lista en excel
Teléfono 1 del participante	telefono1_p	Área y número (xxx) xxx-xxxx	Numérica (Entrada libre)
Teléfono (tipo)	telefono1_t_p	1: fijo 2: móvil	Categórica (dicotómica)
Teléfono 2 del participante	telefono2_p	Área y número (xxx) xxx-xxxx	Numérica (Entrada libre)
Teléfono (tipo)	telefono2_t_p	1: fijo 2: móvil	Categórica (dicotómica)
Correo electrónico	email_p	Correo electrónico	Entrada libre
Edad del participante	edad_p	Años (1-100)	numérica

Lugar de origen del participante	origen_p	1. Aguascalientes 2. Baja California 3. Baja California Sur 4. Campeche 5. Chiapas 6. Chihuahua 7. Ciudad de México 8. Coahuila de Zaragoza 9. Colima 10. Durango 11. Estado de México 12. Guanajuato 13. Guerrero 14. Hidalgo 15. Jalisco 16. Michoacán de Ocampo 17. Morelos 18. Nayarit 19. Nuevo León 20. Oaxaca 21. Puebla 22. Querétaro 23. Quintana Roo 24. San Luis Potosí 25. Sinaloa 26. Sonora 27. Tabasco 28. Tamaulipas 29. Tlaxcala 30. Veracruz de Ignacio de la Llave 31. Yucatán 32. Zacatecas 33. Extranjero	Categoría
Extranjero	extranjero_p	Al seleccionar opción 33 en la pregunta de Lugar de Residencia, se anotará de qué parte del extranjero es	Entrada libre
Municipio	Municipio_p	1. Tijuana 2. Rosarito 3. Tecate 4. Ensenada 5. Mexicali	categoría
Estado civil del participante	ecivil_p	1: soltero 2: Casado 3: unión libre	categoría
Ocupación del participante	ocupacion_p	1: hogar 2: empleado 3: estudiante 4: desempleado	categoría

Nivel de escolaridad en años cursados del participante	escolaridad_p	Años (0) primaria (6) secundaria (3) preparatoria (3, preguntar si curso preparatorio de 2 años) universidad () poner en el cuadro número de años concluidos	continua
Tiempo de residencia en Tijuana	residenciat_p	Meses (0-1000)	numérica
Número de hijos	gestas_p	(0-15) hijos nacidos vivos	numérica
Datos del último embarazo del participante			
Fecha de Nacimiento de su último hijo/hija	Fnacimiento_b	Dd/mm/aaaa (incluir número y diagonal)	numérica
Edad en días	Edad_b	Se calculará edad de bebé en base a fecha de nacimiento	numérica
Tipo de parto	Parto_p	1: cesarean 2: vaginal	categoría
Semanas de gestación al nacer	edadgest_b	23-45	numérica
Peso al nacer en kilogramos	Peso_b	Registrar en gramos	numérica
Sexo del bebe	Sexo_b	1: femenino 2: masculino 3: otro	categoría
Recibió información sobre lactancia materna	infolm_p	1: si 2: no	categoría
BAPT			
Preguntas # 1 al 11 Actitudes, # 12 al 19 Autoeficacia, # 20 al 25 Normas sociales			
Dar pecho es doloroso	enun_1_p	1: De acuerdo 2: Neutral 3: Desacuerdo	categoría
Cuando das pecho nadie te puede ayudar a alimentar al bebé	Enun_2_p	1: De acuerdo 2: Neutral 3: Desacuerdo	categoría
Es difícil amamantar en público	Enun_3_p	1: De acuerdo 2: Neutral 3: Desacuerdo	categoría
Amamantar te hace lo pechos flácidos (caídos)	Enun_4_p	1: De acuerdo 2: Neutral 3: Desacuerdo	categoría

Amamantar hace el regreso al trabajo más difícil	Enun_5_p	1: De acuerdo 2: Neutral 3: Desacuerdo	categoría
Cuando das pecho no puedes saber si el bebé está adquiriendo suficiente leche	Enun_6_p	1: De acuerdo 2: Neutral 3: Desacuerdo	categoría
Las madres que dan formula descansan más que las madres que dan pecho	Enun_7_p	1: De acuerdo 2: Neutral 3: Desacuerdo	categoría
Dar pecho requiere más tiempo que dar formula	Enun_8_p	1: De acuerdo 2: Neutral 3: Desacuerdo	categoría
Dar fórmula permite al padre más acercamiento con el bebé	Enun_9_p	1: De acuerdo 2: Neutral 3: Desacuerdo	categoría
Dar pecho ensucia tu ropa más que cuando das formula	Enun_10_p	1: De acuerdo 2: Neutral 3: Desacuerdo	categoría
Dar pecho te limita mas	Enun_11_p	1: De acuerdo 2: Neutral 3: Desacuerdo	categoría
Estoy físicamente preparada para dar pecho	Enun_12_p	1: De acuerdo 2: Neutral 3: Desacuerdo	categoría
Se como dar pecho	Enun_13_p	1: De acuerdo 2: Neutral 3: Desacuerdo	categoría
Estoy decidida a dar pecho	Enun_14_p	1: De acuerdo 2: Neutral 3: Desacuerdo	categoría
No necesitaré ayuda para dar pecho	Enun_15_p	1: De acuerdo 2: Neutral 3: Desacuerdo	categoría
Dar pecho es fácil	Enun_16_p	1: De acuerdo 2: Neutral 3: Desacuerdo	categoría
Me siento confiada de que puedo dar pecho	Enun_17_p	1: De acuerdo 2: Neutral 3: Desacuerdo	categoría
Tengo la habilidad para amamantar	Enun_18_p	1: De acuerdo 2: Neutral 3: Desacuerdo	categoría

Tendré suficiente leche	Enun_19_p	1: De acuerdo 2: Neutral 3: Desacuerdo	categorica
El padre del bebé piensa que yo debería: en caso de dar pecho y formula se pondrá mixta	Enun_20_p	1: Dar Pecho 2: Dar fórmula 3: Indiferente 4: mixta 5: no aplica	categorica
Mi madre piensa que yo debería:	Enun_21_p	1: Dar Pecho 2: Dar fórmula 3: Indiferente 4: mixta 5: no aplica	categorica
MI suegra piensa que yo debería:	Enun_22_p	1: Dar Pecho 2: Dar fórmula 3: Indiferente 4: mixta 5: no aplica	categorica
Mi hermana piensa que yo debería:	Enun_23_p	1: Dar Pecho 2: Dar fórmula 3: Indiferente 4: mixta 5: no aplica	categorica
Mi doctor piensa que yo debería:	Enun_24_p	1: Dar Pecho 2: Dar fórmula 3: Indiferente 4: mixta 5: no aplica	categorica
Prácticas de alimentación			
¿Cuándo tomaste la decisión sobre cómo alimentar a tu bebé?	Enun_25_p	1: Antes del embarazo 2: Embarazo 1er. mitad 3: Embarazo 2da. Mitad 4: Al momento del nacimiento	categorica
¿De qué manera planeabas alimentar a tu bebé en los primeros 6 meses?	Enun_26_p	1: Sólo lactancia materna 2: Combinar lactancia materna y fórmula 3: Sólo fórmula	categorica
¿Le dio pecho alguna vez a su bebé?	Enun_27_p	1: Si 2: No	categorica
¿Le dio en algún momento? si la participante menciona fórmula, siempre deberá ponerse en esta columna	Enun_28a_p	1: Agua 2: té u otra infusión 3: fórmula 4: jugo de frutas 5: Otros tipos de leche 6: otros 7: No	categorica
¿Le dio en algún momento?	Enun_28b_p	1: Agua 2: té u otra infusión 3: fórmula	categorica

		4: jugo de frutas 5: Otros tipos de leche 6: otros 7: No	
¿Le dio en algún momento?	Enun_28c_p	1: Agua 2: té u otra infusión 3: fórmula 4: jugo de frutas 5: Otros tipos de leche 6: otros 7: No	categorica
¿Le dio en algún momento?	Enun_28d_p	1: Agua 2: té u otra infusión 3: fórmula 4: jugo de frutas 5: Otros tipos de leche 6: otros 7: No	categorica
¿El día de ayer le dio pecho a su bebé?	Enun_29_p	1: Si 2: No	categorica
¿En cualquier momento de ayer o de anoche le dio a bebé alguno de los siguientes (líquidos)?	Enun_30_p	1: Agua 2: te u otra infusión 3: fórmula 4: jugo de frutas 5: Otros tipos de leche 6: otros 7: No	categorica
¿En cualquier momento de ayer o de anoche le dio a su bebé alguno de los siguientes (solidos)?	Enun_31_p	1: Galletas 2: Fruta 3: Verduras 4: Papilla 5: Otra comida sólida 6: No	categorica
Estatus de encuesta	Estatus_e	1: completada 2: incompleta 3: nota al reverso de la página 4: rechazo	categorica
Obstáculos			
Dolor	Dolor_o	1: si 2: no aplica	categorica
Producción Insuficiente	Insuficiente_o	1: si 2: no aplica	categorica
Sentir que su bebé no se llena/ sentir que a su bebé no le gusta su leche	Insatisfaccion_o	1: si 2: no aplica	categorica
Problemas por tener que salir a trabajar	Trabajo_o	1: si 2: no aplica	categorica
Falta de apoyo de su familia (mamá, suegra, pareja, otros)	Apoyo_o	1: si 2: no aplica	categorica

Falta de tiempo/incomodidad	Tiempo_o	1: si 2: no aplica	categorica
Preocupación de que los pechos se vayan a caer/deformar, cambie el cuerpo	Deformidad_o	1: si 2: no aplica	categorica
Incomodidad de amantar en público	Publico_o	1: si 2: no aplica	categorica
Presión de la sociedad de usar fórmula (estatus, modernidad)	Presionformula_o	1: si 2: no aplica	categorica
Preocupación que se acostumbre/se haga dependiente/ la leche no le sirva porque ya paso tiempo (6 meses, un año o más)	Preocupacion_o	1: si 2: no aplica	categorica
Otro:	Otro_o	Que otro tipo de obstáculo presenta	Entrada libre
Obstáculo 1	obstaculo_1	1: Dolor 2: Producción Insuficiente 3: Sentir que su bebé no se llena/ sentir que a su bebé no le gusta su leche 4: Problemas por tener que salir a trabajar 5: Falta de apoyo de su familia (mamá, suegra, pareja, otros) 6: Falta de tiempo/incomodidad 7: Preocupación de que los pechos se vayan a caer/deformar, cambie el cuerpo 8: Incomodidad de amamantar en público 9: Presión de la sociedad de usar fórmula (estatus, modernidad) 10: Preocupación que se acostumbre/se haga dependiente/ la leche no le sirva porque ya paso tiempo (6 meses, un año o más) 11: otro obstáculo 12: No aplica	categorica
Obstáculo 2	Obstaculo_2	1: Dolor 2: Producción Insuficiente 3: Sentir que su bebé no se llena/ sentir que a su bebé no le gusta su leche 4: Problemas por tener que salir a trabajar 5: Falta de apoyo de su familia (mamá, suegra, pareja, otros) 6: Falta de tiempo/incomodidad 7: Preocupación de que los pechos se vayan a caer/deformar, cambie el cuerpo	categorica

		8: Incomodidad de amamantar en público 9: Presión de la sociedad de usar fórmula (estatus, modernidad) 10: Preocupación que se acostumbre/se haga dependiente/ la leche no le sirva porque ya paso tiempo (6 meses, un año o más) 11: otro obstáculo 12: No aplica	
Obstáculo 3	Obstaculo_3	1: Dolor 2: Producción Insuficiente 3: Sentir que su bebé no se llena/ sentir que a su bebé no le gusta su leche 4: Problemas por tener que salir a trabajar 5: Falta de apoyo de su familia (mamá, suegra, pareja, otros) 6: Falta de tiempo/incomodidad 7: Preocupación de que los pechos se vayan a caer/deformar, cambie el cuerpo 8: Incomodidad de amamantar en público 9: Presión de la sociedad de usar fórmula (estatus, modernidad) 10: Preocupación que se acostumbre/se haga dependiente/ la leche no le sirva porque ya paso tiempo (6 meses, un año o más) 11: otro obstáculo 12: No aplica	categórica
Obstáculo 4	Obstaculo_4	1: Dolor 2: Producción Insuficiente 3: Sentir que su bebé no se llena/ sentir que a su bebé no le gusta su leche 4: Problemas por tener que salir a trabajar 5: Falta de apoyo de su familia (mamá, suegra, pareja, otros) 6: Falta de tiempo/incomodidad 7: Preocupación de que los pechos se vayan a caer/deformar, cambie el cuerpo 8: Incomodidad de amamantar en público 9: Presión de la sociedad de usar fórmula (estatus, modernidad) 10: Preocupación que se acostumbre/se haga dependiente/ la leche no le sirva	categórica

		porque ya paso tiempo (6 meses, un año o más) 11: otro obstáculo 12: No aplica	
Obstáculo 5	Obstaculo_5	1: Dolor 2: Producción Insuficiente 3: Sentir que su bebé no se llena/ sentir que a su bebé no le gusta su leche 4: Problemas por tener que salir a trabajar 5: Falta de apoyo de su familia (mamá, suegra, pareja, otros) 6: Falta de tiempo/incomodidad 7: Preocupación de que los pechos se vayan a caer/deformar, cambie el cuerpo 8: Incomodidad de amamantar en público 9: Presión de la sociedad de usar fórmula (estatus, modernidad) 10: Preocupación que se acostumbre/se haga dependiente/ la leche no le sirva porque ya paso tiempo (6 meses, un año o más) 11: otro obstáculo 12: No aplica	categórica
Obstáculo 6	Obstaculo_6	1: Dolor 2: Producción Insuficiente 3: Sentir que su bebé no se llena/ sentir que a su bebé no le gusta su leche 4: Problemas por tener que salir a trabajar 5: Falta de apoyo de su familia (mamá, suegra, pareja, otros) 6: Falta de tiempo/incomodidad 7: Preocupación de que los pechos se vayan a caer/deformar, cambie el cuerpo 8: Incomodidad de amamantar en público 9: Presión de la sociedad de usar fórmula (estatus, modernidad) 10: Preocupación que se acostumbre/se haga dependiente/ la leche no le sirva porque ya paso tiempo (6 meses, un año o más) 11: otro obstáculo 12: No aplica	categórica
Obstáculo 7	Obstaculo_7	1: Dolor 2: Producción Insuficiente	categórica

		3: Sentir que su bebé no se llena/ sentir que a su bebé no le gusta su leche 4: Problemas por tener que salir a trabajar 5: Falta de apoyo de su familia (mamá, suegra, pareja, otros) 6: Falta de tiempo/incomodidad 7: Preocupación de que los pechos se vayan a caer/deformar, cambie el cuerpo 8: Incomodidad de amamantar en público 9: Presión de la sociedad de usar fórmula (estatus, modernidad) 10: Preocupación que se acostumbre/se haga dependiente/ la leche no le sirva porque ya paso tiempo (6 meses, un año o más) 11: otro obstáculo 12: No aplica	
Obstáculo 8	Obstaculo_8	1: Dolor 2: Producción Insuficiente 3: Sentir que su bebé no se llena/ sentir que a su bebé no le gusta su leche 4: Problemas por tener que salir a trabajar 5: Falta de apoyo de su familia (mamá, suegra, pareja, otros) 6: Falta de tiempo/incomodidad 7: Preocupación de que los pechos se vayan a caer/deformar, cambie el cuerpo 8: Incomodidad de amamantar en público 9: Presión de la sociedad de usar fórmula (estatus, modernidad) 10: Preocupación que se acostumbre/se haga dependiente/ la leche no le sirva porque ya paso tiempo (6 meses, un año o más) 11: otro obstáculo 12: No aplica	categórica
Obstáculo 9	Obstaculo_9	1: Dolor 2: Producción Insuficiente 3: Sentir que su bebé no se llena/ sentir que a su bebé no le gusta su leche 4: Problemas por tener que salir a trabajar 5: Falta de apoyo de su familia (mamá, suegra, pareja, otros) 6: Falta de tiempo/incomodidad	categórica

		7: Preocupación de que los pechos se vayan a caer/deformar, cambie el cuerpo 8: Incomodidad de amamantar en público 9: Presión de la sociedad de usar fórmula (estatus, modernidad) 10: Preocupación que se acostumbre/se haga dependiente/ la leche no le sirva porque ya paso tiempo (6 meses, un año o más) 11: otro obstáculo 12: No aplica	
Obstáculo 10	Obstaculo_10	1: Dolor 2: Producción Insuficiente 3: Sentir que su bebé no se llena/ sentir que a su bebé no le gusta su leche 4: Problemas por tener que salir a trabajar 5: Falta de apoyo de su familia (mamá, suegra, pareja, otros) 6: Falta de tiempo/incomodidad 7: Preocupación de que los pechos se vayan a caer/deformar, cambie el cuerpo 8: Incomodidad de amamantar en público 9: Presión de la sociedad de usar fórmula (estatus, modernidad) 10: Preocupación que se acostumbre/se haga dependiente/ la leche no le sirva porque ya paso tiempo (6 meses, un año o más) 11: otro obstáculo 12: No aplica	categórica
Obstáculo 11	Obstaculo_11	1: Dolor 2: Producción Insuficiente 3: Sentir que su bebé no se llena/ sentir que a su bebé no le gusta su leche 4: Problemas por tener que salir a trabajar 5: Falta de apoyo de su familia (mamá, suegra, pareja, otros) 6: Falta de tiempo/incomodidad 7: Preocupación de que los pechos se vayan a caer/deformar, cambie el cuerpo 8: Incomodidad de amamantar en público 9: Presión de la sociedad de usar fórmula (estatus, modernidad)	categórica

		10: Preocupación que se acostumbre/se haga dependiente/ la leche no le sirva porque ya paso tiempo (6 meses, un año o más) 11: otro obstáculo	
Información de lactancia materna general	Infolm_gral	Si la participante no menciona ningún obstáculo, se le dará información general sobre lactancia materna 1: si 2: n/a	categorica
CONTROL DE CONSEJERIA			
Consejería completada	Consejeriacompl etada_i	1: si 2: no	categorica
Tiempo	Tiempo_i	Minutos	Numérica
Notas	Notas_i	Comentarios sobre encuesta realizada	Entrada libre

NOTA: Cualquier variable con información faltante deberá llenarse con un “.” (punto)

CÓDIGO DE VARIABLES EXCLUSIVO PARA BASE DE DATOS EN SPSS			
Escolaridad por grados	escolaridad_cat	primaria = 1 a 6 años secundaria = 7 a 9 años preparatoria = 10 a 12 años universidad = 13 a 17 años posgrado = más de 18 años	categorica
residencia en años	residencia_p_a	Años vividos en Tijuana	Numérica
edad bebe en meses	edad_b_m	edad de bebe en meses	Entrada libre
edad bebe en categoría por meses	edad_b_cat	1 = < 1 mes 2 = 1 a 2 meses 3 = 2 a 3 meses 4 = < 3 meses	categorica
LMExclusiva	LMExclusiva	0 = no 1 = LM exclusiva	categorica
	LMPredominante	0 = no 1 = LM predominante	categorica
	LMParcial_formula	0 = no 1 = LM parcial + formula	categorica
	LMParcial_solido	0 = no 1 = LM parcial + solidos	categorica
	Formula_exclusiva	0 = no 1 = uso de formula	categorica
Actitudes positivas score	actitudepositivas_score	1 = 3 puntos 2 = 2 puntos 3 = 1 punto	categorica
Autoeficacia score	autoeficacia2score	1 = 3 puntos 2 = 2 puntos 3 = 1 punto	categorica
Normas sociales score	normassociales2_score	1 = LM 4 puntos 2 = Formula 1 punto 3 = Mixta 3 puntos 4 = Indiferente 2 puntos	categorica

