



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27

“Impacto de la Educación Prenatal en la Autoeficacia y Duración de Lactancia Materna Exclusiva”

Investigador

Dra. Áurea Edith Félix Méndez

Asesor de Investigación

Dra. María Cecilia Anzaldo Campos

Asesor de Especialidad

Dra. Mónica Maldonado Millán

Colaboradores

Dr. Gerardo Arce Sandoval
Dra. Perla Jeannete Ureña Jasso
T.S. Eulalia Velázquez Román

Tijuana, B. C. Octubre 2017

INVESTIGADORES

Nombre: Áurea Edith Félix Méndez
Puesto: Residente de la Especialidad de Medicina Familiar
Lugar de Trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 27
Matrícula: 98023183
Teléfono: 6645959513 y 6646699071
Correo Electrónico: aurea.edith.felix.mendez@gmail.com

Nombre: Dra. María Cecilia Anzaldo Campos
Puesto: Coordinadora de Educación e Investigación Médica
Lugar de Trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 27
Matrícula: 99024366
Teléfono: 6646296385
Correo Electrónico: maria.anzaldo@imss.gob.mx

Nombre: Dra. Mónica Maldonado Millán
Puesto: Médico Pediatra. Coordinador del Comité de Lactancia Materna del H.G.R. No.1 IMSS-Tijuana
Lugar de Trabajo: Hospital General Regional No. 1
Matrícula: 8320535
Teléfono: 6646270963
Correo Electrónico: dra.monymm@gmail.com

Nombre: Dr. Gerardo Arce Sandoval
Puesto: Medico General
Lugar de Trabajo: Grupo de Atención Médica Integral (GAMI)
Cédula Profesional: 9139278
Teléfono: 6645959808
Correo Electrónico: drgerardoarce@gmail.com

Nombre: Perla Jeannete Ureña Jasso
Puesto: Residente de la Especialidad de Medicina Familiar
Lugar de Trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 27
Matrícula: 98023856
Teléfono: 6621720042
Correo Electrónico: janet_jasso@hotmail.com

Nombre: Eulalia Velázquez Román
Puesto: Trabajadora Social
Lugar de Trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 27
Matrícula: 12113654
Teléfono: 6641337543
Correo Electrónico: lic.evelazquezr@gmail.com



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **201** con número de registro **13 CI 02 002 193** ante COFEPRIS
H GRAL ZONA NUM 30, BAJA CALIFORNIA

FECHA **29/04/2016**

MTRA. MARIA CECILIA ANZALDO CAMPOS

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Impacto de la Educación Prenatal en la Autoeficacia y Duración de Lactancia Materna Exclusiva.

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2016-201-24



ATENTAMENTE

DR.(A). MARTÍN ALEJANDRO DAUTT ESPINOZA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 201

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

COMITE DE INVESTIGACION
H. G. Z. II No. 30
MEXICALI, B. C.

REVISADO

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
DIRECCION GENERAL DE INVESTIGACION Y POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA DE TIJUANA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27

Minuta de examen profesional para obtener el grado
Especialista en Medicina Familiar

Reunidos en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ciudad de Tijuana, Baja California el día 15 de Junio del 2017, los siguientes Médicos como representantes del Jurado:

Presidente: Grego Orlando Salinas Merlos

Secretario: Juan José Camacho Romo

Sinodal: Vanessa Isela Bermúdez Villalpando

Participaron en la réplica del examen profesional para obtener el grado de la Especialidad de Medicina Familiar





Después de deliberar los señores del Jurado acordaron

Aprobada con mención Honorífica

Al alumno Áurea Edith Félix Méndez


Presidente


Secretario


Sinodal


Alumno

Tijuana, Baja California, a 15 de Junio del 2017

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto aprobatorio

Habiendo fungido como Presidente en la evaluación de la tesis titulada: **“IMPACTO DE LA EDUCACIÓN PRENATAL EN LA AUTOEFICACIA Y DURACIÓN DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA”**, elaborada por **Áurea Edith Félix Méndez**; manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE


Dr. Grego Orlando Salinas Merlos
Presidente

C. c. p. Archivo

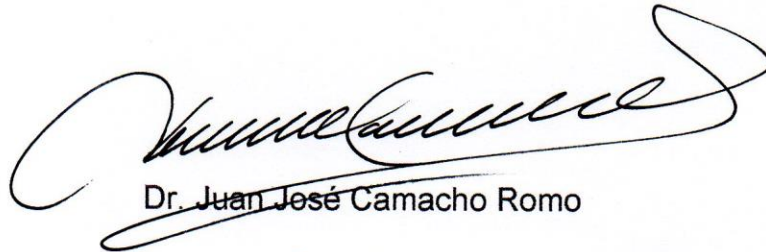
Tijuana, Baja California, a 15 de Junio del 2017

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto aprobatorio

Habiendo fungido como Secretario en la evaluación de la tesis titulada: **“IMPACTO DE LA EDUCACIÓN PRENATAL EN LA AUTOEFICACIA Y DURACIÓN DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA”**, elaborada por **Áurea Edith Félix Méndez**; manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dr. Juan José Camacho Romo

Secretario

C. c. p. Archivo

Tijuana, Baja California, a 15 de Junio del 2017

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto aprobatorio

Habiendo fungido como Sinodal en la evaluación de la tesis titulada: **“IMPACTO DE LA EDUCACIÓN PRENATAL EN LA AUTOEFICACIA Y DURACIÓN DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA”**, elaborada por **Áurea Edith Félix Méndez**; manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE


Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villaalpando

Sinodal

C. c. p. Archivo

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la oportunidad de alcanzar un logro más y la fortaleza para seguir adelante después de cada prueba.

A mi esposo y colaborador principal Gerardo, gracias por trabajar a mi lado y acompañarme en todos los pasos de este camino, tu apoyo fue la clave para llegar a nuestra meta. Eres mi pilar.

A mi abuela Mamafina y mi hermano Humberto, ángeles que partieron poco antes de ver terminado este proyecto. Gracias por su apoyo, las muestras de cariño y palabras de aliento. El que creyeran que podía lograrlo me dio el impulso para sobreponerme al dolor de su pérdida y finalizar mi trabajo. Dedico esta Tesis a ustedes.

A mis padres Áurea y Humberto, por el esfuerzo que hicieron para darme una educación, han sido mi guía y ejemplo. Gracias por su amor incondicional, les debo todo.

A mi hermano Oscar, gracias por la ayuda en los problemas de logística, fuiste de gran apoyo.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social por mi formación como Médico Familiar y la **Universidad Autónoma de Baja California** por permitirme estudiar nuevamente en ella. Me siento orgullosa de ser profesional egresada de tan honorables instituciones.

A mis asesora de investigación, Dra. María Cecilia Anzaldo, por aceptarme para realizar esta tesis bajo su dirección, su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable. Le agradezco también el haberme facilitado los medios para llevar a cabo las actividades propuestas durante el desarrollo de esta tesis.

A mi asesora de especialidad, Dra. Mónica Maldonado, la energía que da al orientar sobre lactancia a las nuevas madres y la forma en que lucho para implementar las normativas de lactancia en su hospital fueron una gran inspiración. Gracias por su guía y apoyo en este proyecto.

A mis colaboradoras Dra. Perla Ureña y T.S. Eulalia Velázquez, gracias por su ayuda invaluable para el desarrollo de esta tesis, sin ustedes hubiera sido muy difícil lograrlo.

A mis primas Diana y Dennise, colaboradoras no oficiales. Gracias por todo su apoyo en los aspectos técnicos del desarrollo de los talleres.

A mis amigas Carolina y Nayeli, por ser apoyo moral una de otras durante este largo camino. Fueron mi pie en la tierra.

A toda mi familia, gracias por sus palabras de ánimo y su comprensión por mis frecuentes ausencias.

Y en especial a todas las madres participantes de este estudio, gracias por su tiempo. Me dieron una visión nueva sobre la práctica de la lactancia materna.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ANTECEDENTES	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
OBJETIVOS	9
JUSTIFICACIÓN	10
HIPÓTESIS	11
MATERIAL Y MÉTODOS	12
ASPECTOS ÉTICOS	21
RECURSOS UTILIZADOS	22
FACTIBILIDAD	22
MUESTRA DE ESTUDIO	23
RESULTADOS	24
PRE INTERVENCIÓN	24
POST INTERVENCIÓN	33
AUTOEFICACIA	33
CONOCIMIENTOS DE LACTANCIA MATERNA	35
SEGUIMIENTO	38
ESTADÍSTICA INFERENCIAL	51
CONOCIMIENTOS DE LACTANCIA Y DURACIÓN DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	52
CONOCIMIENTOS DE LACTANCIA Y AUTOEFICACIA	53
AUTOEFICACIA Y DURACIÓN DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	54
AUTOEFICACIA Y TIPOS DE LACTANCIA	55
ANÁLISIS BIVARIADO	60
DISCUSIÓN	71
CONCLUSIÓN	75
FORTALEZAS Y LIMITACIONES	77
RECOMENDACIONES	79
BIBLIOGRAFÍA	81
ANEXOS	86
ANEXO 1 – DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES	86
ANEXO 2 – HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PRENATALES	94
ANEXO 3 – HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS POSTNATALES Y SEGUIMIENTO	96
ANEXO 4 – CUESTIONARIO PRENATAL BREAST-FEEDING SELF-EFFICACY SCALE (PBSES-E)	98
ANEXO 5 – EVALUACIÓN DE LACTANCIA MATERNA	99
ANEXO 6 – LISTA DE VERIFICACIÓN PRENATAL	100
ANEXO 7 – ESCALA DE GRAFFAR-MÉNDEZ CASTELLANOS	101
ANEXO 8 – CONSENTIMIENTO INFORMADO	102
ANEXO 9 – CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	103

RESUMEN

Título: “Impacto de la Educación Prenatal en la Autoeficacia y Duración de Lactancia Materna Exclusiva”

Investigadores: Áurea Edith Félix Méndez, Dra. María Cecilia Anzaldo Campos, Dra. Mónica Maldonado Millán, Dr. Gerardo Arce Sandoval

Antecedentes: La Lactancia Materna Exclusiva (LME) se recomienda durante los primeros 6 meses de vida. La mortalidad mundial por lactancia materna subóptima fue de 804 000 en el 2011. En México la Encuesta Nacional de Salud 2012 (ENSANUT) reporta una disminución de LME del 22.3% en el 2006 al 14.4%, debido al desconocimiento y el poco apoyo para iniciar y establecer la LME.

Objetivo: Evaluar la Autoeficacia y duración de LME posterior a una intervención educativa.

Material y métodos: Estudio cuasiexperimental, longitudinal. Se realizó una intervención educativa sobre LME a 63 mujeres embarazadas que cursaron su semana 34 de gestación y se dio seguimiento a seis meses. Se midieron cambios en la autoeficacia, conocimiento de LM y frecuencia de LME, así como parámetros relacionados a la buena práctica de LM. Se utilizó estadística descriptiva, pruebas no paramétricas: Prueba de Wilcoxon, Prueba de McNemar, Correlación de Spearman y Chi-cuadrada de Pearson con análisis Post Hoc.

Resultados. Se valoró el nivel de Autoeficacia pre y post intervención educativa mediante el cuestionario Prenatal Breast-feeding Self-Efficacy Scale (PBSES-e). Con la prueba de Wilcoxon se observó un aumento promedio de 31 puntos en la Media ($p = 0.001$). Se evaluaron los conocimientos de LM pre y post intervención, se observó un aumento de 26 puntos en la Media ($p = 0.001$). El patrón de Lactancia encontrado a los 6 meses de seguimiento fue 44% Lactancia Artificial (LA), 35% Lactancia Materna Parcial (LMP) y 21% Lactancia Materna Exclusiva (LME). Se valoró la puntuación de Autoeficacia post intervención y la duración de LME con la prueba Correlación de Spearman, encontrando una relación positiva débil ($Rho = 0.313$, $p = 0.014$). Con la Prueba Chi-cuadrada de Pearson se encontró relación entre LME – Ocupación ($p = 0.003$), LME – Uso de biberón en casa ($p = 0.001$) LA – Síntomas gastrointestinales frecuentes ($p = .001$), LMP – Motivos de inicio relacionados a la madre ($p = 0.001$) y Técnica de LM adecuada – Dificultad para LM ($p = 0.001$).

Conclusiones: Hubo cambios significativos en el periodo prenatal con la intervención educativa. Sin embargo, al enfrentarse las madres a la experiencia de lactancia, su oportunidad de lograr LME a los 6 meses disminuyó. De un 98.4% que deseaba dar Lactancia Materna al inicio del estudio, solo 56% lo pudo lograr hasta los 6 meses. La educación prenatal no es suficiente, se necesita apoyo continuo durante el la lactancia.

Palabras clave: Lactancia Materna Exclusiva, Autoeficacia, Intervención educativa.

ANTECEDENTES

La Lactancia Materna Exclusiva (LME) es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la alimentación que consiste en dar al lactante únicamente leche materna: no se le dan otros líquidos ni sólidos, ni siquiera agua, exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.¹

En el año 2000 se realizaron dos revisiones sistemáticas independientes, la primera dirigida por la OMS (Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo / Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente), la segunda por los investigadores Dr. Michael Kramer y Dr. Ritsuko Kakuma. Entre las dos investigaciones se analizaron 2668 referencias. Ambas revisiones sistemáticas concluyeron que la Lactancia Materna Exclusiva durante 6 meses tiene varias ventajas sobre LME durante 3 a 4 meses continuando posteriormente con Lactancia Mixta. Entre estas ventajas se encuentra la disminución del riesgo de infecciones gastrointestinales, mayor pérdida ponderal en las madres después del nacimiento y retraso en el retorno del periodo menstrual. En conclusión la OMS recomienda la Lactancia Materna Exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. También reconoce la necesidad de la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad y recomienda la introducción de alimentos adecuados, seguros y apropiados, conjuntamente con el mantenimiento de la Lactancia Materna hasta los 2 años de edad o más, para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos.^{2,3}

Una nueva revisión sistemática realizada en el 2012 por los mismos autores, Dr. Michael Kramer y Dr. Ritsuko Kakuma, sobre la duración óptima de LME apoya

las recomendaciones iniciales de la OMS, concluyendo que la LME durante 6 meses ofrece muchas ventajas sobre la alimentación con LME durante 3 – 4 meses con Lactancia Mixta posterior.⁴

La LME proporciona un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres.⁵ La LME durante los primeros 6 meses de vida contribuye a la protección contra infecciones comunes durante la infancia y disminuyen la frecuencia y severidad de las mismas, como otitis media aguda, infecciones respiratorias, gastroenteritis, infecciones urinarias y conjuntivitis,⁶ pudiéndose observar el efecto protector hasta los 12 meses de edad para las infecciones de tracto respiratorio.⁷

La leche materna brinda protección contra enfermedades atópicas debido a los múltiples factores que modulan y promueven el desarrollo del sistema inmune de los niños. Entre estos factores están incluidas inmunoglobulinas como la IgA, proteínas antimicrobianas como CD14, citoquinas y ácidos grasos. La leche humana contiene todos los nutrientes que facilitan la maduración intestinal. Se ha examinado la materia fecal del intestino delgado previo al nacimiento observándose epitelio inmaduro y escasas células linfoides. En contraste, posterior al nacimiento e inicio de Lactancia Materna, el análisis de materia fecal de la misma porción de intestino revela epitelio maduro y proliferativo con diferenciación de enterocitos y abundante tejido linfoide. La composición de la leche materna evoluciona con el tiempo para ayudar al infante a adaptarse al dinámico ambiente extrauterino. Por ejemplo, el calostro contiene múltiples factores tróficos que ayudan a la proliferación

de los enterocitos cuando se compara con leche humana madura. Así, la naturaleza compleja y dinámica de la leche materna se encuentra en sintonía con las necesidades cambiantes del infante y tiene implicaciones importantes en el desarrollo del sistema inmune.⁸ Además de la protección contra enfermedades comunes de la infancia y desarrollo del sistema inmune, la LME ofrece más beneficios para la salud infantil incluyendo el desarrollo cerebral. Numerosos estudios han asociado a la Lactancia Materna con puntuaciones elevadas en pruebas cognitivas y de neurodesarrollo en el futuro, sugiriendo que la leche materna puede impactar en el desarrollo temprano del cerebro, con importantes implicaciones biológicas, médicas y sociales.⁹

La Lactancia Materna subóptima eleva el riesgo de mortalidad en los primeros años de vida. Las cifras de muerte en niños menores de 5 años a nivel mundial fue de 6.9 millones en el 2011. La desnutrición (que incluye restricción del crecimiento intrauterino, Lactancia Materna subóptima, retraso del crecimiento, marasmo, deficiencia de vitamina A y Zinc) fue la causa del 3.1 millones (45.4%) de muertes y el número de decesos atribuidos a La Lactancia Materna subóptima fue de 804 000 (11.6%).¹⁰

A pesar de los numerosos beneficios que ofrece la Lactancia Materna y de los esfuerzos por promoverla, la OMS reporta que en el 2015 el porcentaje promedio de infantes alimentados con LME de 0-6 meses a nivel mundial fue de 36%. Siendo mayor en países en desarrollo con un promedio de 47%. El mayor porcentaje lo obtuvo Ruanda con 85%, seguido de Sri Lanka con 76%. Mencionando otros países: Cuba 49%, Colombia 43%, Argentina 33%, España

29%, China 28%, Canadá 26%, Estados Unidos 19%, Dinamarca 17%, Reino Unido 1%, Finlandia 1%.¹¹

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, la Lactancia Materna Exclusiva en menores de 6 meses bajó casi 8 puntos porcentuales (pp) en México entre 2006 y 2012, al pasar del 22.3% al 14.4%, respectivamente. En el sur del país la LME se redujo de 28.5% a 15.5%; en el medio rural pasó de 36.9% a 18.5% y en la población indígena de 34.5% a 27.5%. Esto significa que en el país, son las poblaciones en mayor pobreza quienes están abandonando más aceleradamente las buenas prácticas de lactancia. Este descenso puede ser explicado, por lo menos parcialmente, por un incremento de 4 pp en el porcentaje de niños amamantados que además de leche materna consumen agua (por lo que la lactancia materna deja de ser exclusiva), y 5.5 pp más de niños que consumen fórmula (con o sin leche materna).¹²

La disminución en la frecuencia de Lactancia Materna Exclusiva a nivel global resulta de la interacción de factores sociales, culturales, comerciales y del sistema de salud, así como el pobre conocimiento sobre Lactancia Materna. Estos factores incluyen: promoción de lactancia mixta por parte del sector salud y por creencias sociales (p. ej.: creer que los niños necesitan líquidos adicionales o alimento sólido antes de los 6 meses de vida porque la alimentación al seno materno por sí sola no es adecuada); las prácticas y políticas de las instituciones y el personal de salud no son promotoras de la Lactancia Materna; falta de habilidades para el apoyo de la LM; promoción agresiva de fórmula láctea y otros sucedáneos de LM; legislaciones inadecuadas respecto a licencia de

maternidad/paternidad y políticas laborales que impiden el apoyo a la LM cuando las madres regresan a trabajar; desconocimiento sobre las técnicas de LM y sobre el peligro de la no alimentación exclusiva al seno materno entre las mujeres, sus parejas, familia, personal de salud y legisladores.¹³

De manera particular se han realizado estudios evaluando las razones por las que las madres suspenden la Lactancia Materna Exclusiva, entre ellas: por recomendación del médico, por insuficiente producción de leche materna (auto percibida o verdadera), por factores maternos (enfermedad o por medicamentos), factores relacionados al niño (enfermedad), retorno laboral, malas experiencias previas o no experiencia previa.^{14, 15}

En México ENSANUT 2012 se reportó que entre las razones para la disminución de LME se encontraban: desconocimiento o poco apoyo antes y alrededor del parto, para iniciar y establecer la lactancia.¹²

Entre noviembre de 1998 y marzo de 1999 se efectuó un estudio transversal con madres derechohabientes IMSS de Ensenada, Baja California, México. Se evaluó a 265 madres entre los tres y nueve meses posparto. El 42.3% (112) de las madres abandonaron temprano la lactancia materna. Las principales razones para el destete reportadas por las madres fueron: el trabajo (25.9%), producción insuficiente de leche (20.5%) y el rechazo por parte del niño (15.2%). Los factores de riesgo fueron: tener conocimientos pobres sobre lactancia materna, la ausencia de antecedente de haberla practicado en un hijo previo, tener plan de duración de la misma de 0 a 3 meses y falta de facilidades en el trabajo para efectuarla.¹⁶

En el año 2014 se realizó un estudio transversal para conocer la prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 2, 4 y 6 meses de edad en lactantes de madres derechohabientes UMF 27 Tijuana, B.C. Se realizaron 200 encuestas encontrando una prevalencia de LME a los 2 meses de 38.5%, a los 4 meses 25% y 10.5% a los 6 meses. Sobre los motivos por los cuales decidieron introducir alimentación con leche de fórmula, el 49.5% manifestó que su bebé no se llenaba y 13 % encontró a la Lactancia Artificial más sencilla que la LM. Entre los factores dependientes de la madre para interrupción de LM se encontró: 12.5% por enfermedad / medicamento, 12% regreso a su trabajo/escuela, 11% por decisión propia, 10.5% hipogalactia, 4.5% por indicación médica y 2% por dolor.¹⁷

Entre los factores modificables que influyen en el inicio y la duración de la Lactancia Materna Exclusiva durante 6 meses se encuentran: la intención de la madre para amamantar, el apoyo social y la autoeficacia en lactancia materna. Es conocido que cuando las mujeres tienen un fuerte deseo para amamantar durante periodos largos de tiempo, cuando tienen confianza en sus habilidades para alimentar a sus hijos y si tienen buen apoyo familiar, la duración de LME será mayor y la experiencia de amamantar positiva.¹⁸ Entre otros factores que se asocian de manera positiva a LME prolongada se encuentran: mujeres con mayor edad, casadas, mayor nivel educativo y socioeconómico, las experiencias intra-parto (como el apoyo continuo durante el nacimiento), el inicio temprano de lactancia materna, multiparidad, experiencia previa en lactancia materna, nacimiento por vía vaginal, peso normal del bebé, adecuado control prenatal y apoyo del personal de salud.^{18,19}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La frecuencia de lactancia materna exclusiva en el país (14.4%) y en nuestra localidad (10.5%) se encuentra debajo del reportado a nivel mundial (36%).^{11, 12,17}

Entre las causas de disminución de la lactancia materna se encuentran poco conocimiento sobre sus beneficios y la técnica inadecuada para amamantar. Este estudio busca responder la siguiente pregunta:

¿Cuál es el impacto de la educación prenatal en la Autoeficacia y duración de Lactancia Materna Exclusiva, en mujeres embarazadas derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27?

OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar impacto de la educación prenatal en la Autoeficacia y en la duración de la Lactancia Materna Exclusiva.

Objetivos Específicos

- Evaluar los conocimientos sobre Lactancia Materna y la Autoeficacia pre y post intervención educativa.
- Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
- Describir las razones de inicio de Lactancia Materna Parcial (LMP) y Lactancia Artificial (LA).
- Describir la morbilidad de los bebés por infecciones gastrointestinales y respiratorias, relacionándolas con el tipo de Lactancia a los 6 meses.
- Describir el patrón de Lactancia encontrado a los 6 meses
- Relacionar la duración de la LME con los conocimientos sobre Lactancia y con la puntuación obtenida en el cuestionario Prenatal Breast-feeding Self-Efficacy Scale (PBSES-e).²⁰
- Relacionar las características sociodemográficas con el tipo de Lactancia encontrado a los 6 meses.

JUSTIFICACIÓN

Las cifras de muerte en niños menores de 5 años a nivel mundial fue de 6.9 millones en el 2011 y el número de decesos atribuidos a la Lactancia Materna subóptima fue de 804 000 (11.6%).¹⁰ En México, de acuerdo a ENSANUT 2012 la Lactancia Materna Exclusiva en menores de 6 meses bajó casi 8 puntos porcentuales (pp) entre 2006 y 2012, al pasar del 22.3% al 14.4%, respectivamente. En el sur del país la LME se redujo de 28.5% a 15.5%; en el medio rural pasó de 36.9% a 18.5% y en la población indígena de 34.5% a 27.5%.¹²

Entre los factores que se han reportado que influyen en la duración de lactancia materna se encuentra la educación sobre los beneficios de la misma y sobre las técnicas para amamantar. El desconocimiento favorece una interrupción temprana de la lactancia exclusiva. La Autoeficacia en Lactancia Materna es la habilidad que la madre percibe de sí misma para alimentar a su bebé. Está determinada por sus experiencias previas en lactancia materna, su estado mental y el apoyo social percibido. Un alto nivel de autoeficacia se asocia con una lactancia prolongada, para mejorar su confianza en amamantar se debe enseñar a la madre sobre los retos a los que se pudiera enfrentar al inicio de la alimentación al seno materno y como vencer estos retos.¹⁸ Debido a la importante morbilidad asociada a una lactancia subóptima, es importante implementar medidas que ayuden a proteger, fomentar y apoyar la lactancia materna.

HIPÓTESIS

- **Hipótesis de Investigación**

- La educación prenatal incrementa la Autoeficacia y duración de Lactancia Materna

- **Hipótesis Nula**

- La educación prenatal no tiene impacto en la Autoeficacia y duración de Lactancia Materna

- **Hipótesis Alterna**

- La educación prenatal disminuye la Autoeficacia y duración de Lactancia Materna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Enfoque cuantitativo, de alcance correlacional, cuasiexperimental, longitudinal, medición pre-test y pos-test.

Lugar de estudio: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Unidad de Medicina Familiar no. 27 (UMF no. 27). Tijuana, Baja California, México.

Periodo de realización: de 1ro de mayo de 2016 a febrero 2017.

Población en estudio: Embarazadas que cursan las 34 – 36 Semanas de Gestación (SDG) que sean derechohabientes del IMSS, UMF No. 27.

Selección de la muestra: Muestreo no probabilístico por conveniencia

Tamaño de la muestra: Se invitaron a participar 63 mujeres embarazadas que cumplieron con los criterios de inclusión, se presentaron el día de intervención y firmaron el consentimiento informado.

Criterios de inclusión: Embarazadas 34 – 36 SDG que sean derechohabientes del IMSS, UMF No. 27, que firmen el consentimiento informado y que puedan ser contactadas por vía telefónica.

Criterios de no inclusión: Mujeres con embarazo < 34 y > 36 SDG, pacientes no derechohabientes a la UMF No.27 del IMSS. Que no deseen participar. Indicación por médico tratante de no iniciar LM. Que no puedan ser contactadas por vía telefónica.

Criterios de eliminación: Óbito fetal. Que deseen abandonar el estudio.

Metodología: Una vez autorizado el protocolo por parte del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación de salud (CLIEIS) No. 201, se procedió a solicitar permiso al Director de la Unidad, para invitar a las derechohabientes que cumplan con los criterios de inclusión a participar en el programa de intervención, las cuales se abordaron en trabajo social, el área de medicina preventiva y sala de espera de los consultorios de medicina familiar. Para aumentar el número de posibles participantes a invitar se tomó el número de seguro social de pacientes con las semanas de gestación necesarias registradas en el “Listado de derechohabientes mujeres con registro de vigilancia prenatal y/o puerperal” disponible en la Red Local de Consulta – SIAIS de la UMF No. 27, posteriormente se corroboró en el expediente electrónico que sí cumplieran con las semanas de gestación y tuvieran registrado un teléfono de contacto. Ellas fueron invitadas al estudio vía telefónica.

Se asignó el día de la intervención a cada posible participante en base a las semanas de gestación que cursaba el día del reclutamiento. Solo se ingresaron al estudio de investigación aquellas que se presentaran el día de la intervención y firmaran el consentimiento informado.

El estudio se dividió en tres fases traslapadas:

- *Fase de Reclutamiento:* Comprendido del 9 de mayo al 15 de julio 2016. A las mujeres embarazadas que cumplían con los criterios de inclusión y deseaban participar, se les citaban al sábado siguiente del día en que fueron

reclutadas o según su disponibilidad en algún sábado posterior, tomando en cuenta la edad gestacional de su embarazo.

- *Fase de intervención:* La intervención se dio cada sábado en el periodo comprendido del 28 de mayo al 16 de julio 2016. A las mujeres embarazadas que se presentaron el día de su cita, previo a la sesión educativa, se les invitaba a firmar el consentimiento informado. Posteriormente se les llenó una ficha de identificación con folio y número de seguro social (NSS) y se llenó la hoja de recolección de datos con todas las variables independientes PRENATALES (Ver ANEXO 2) descritas más adelante. Se evaluó el nivel socioeconómico familiar utilizando la escala de Graffar-Méndez Castellanos que clasifica a la familia en estratos. Consta la evaluación de 5 variables: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia y condiciones del alojamiento. Los resultados se clasifican en 5 grupos según el puntaje: de 4 a 6 puntos estrato alto, de 7 a 9 puntos estrato medio alto, de 10 a 12 puntos estrato medio bajo, de 13 a 16 puntos estrato obrero y de 17 a 20 puntos estrato marginal. (Ver ANEXO 7). Cada sábado se formaron grupos entre 3 a 13 personas. A cada grupo se le dio una intervención educativa dividida en dos partes, cada una con duración aproximada de 1.5 – 2 horas, con un receso de 15 minutos, dentro de las instalaciones de la Unidad.
- *Fase de seguimiento:* Comprendido del 9 de julio 2016 al 18 de febrero 2017. Se realizó seguimiento telefónico a la semana de nacimiento y a los 6 meses de edad del bebé, se llenó la hoja de recolección de datos con las variables independientes POSTNATALES (Ver ANEXO 3) descritas más adelante.

VARIABLES. Las variables **dependientes**: Autoeficacia, evaluada con el cuestionario Prenatal Breast-feeding Self-Efficacy Scale (PBSES-e) (Ver ANEXO 4) y Conocimientos de Lactancia Materna, evaluados con un examen basado en lista de verificación prenatal del módulo 3 de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (Ver ANEXO 5 y 6). La tercera variable dependiente evaluada fue la Frecuencia de LME a los 6 meses, también se evalúa la frecuencia de LMP y LA.

Las variables **independientes** a estudiar se dividieron en *prenatales*, *postnatales* y *de seguimiento*.

- Las variables **PRENATALES** se dividen en: Sociodemográficas: edad, estado civil, ocupación, nivel educativo, nivel socioeconómico. Laborales: turno laboral, horas de trabajo a la semana, facilidades para lactancia materna en el trabajo. Antecedentes gineco-obstétricos: número de gesta, partos, abortos, cesáreas; Fecha de última menstruación y Fecha probable de parto. Control prenatal: Trimestre de inicio de control prenatal y número de consultas prenatales. Complicaciones en embarazos previos y el actual. Antecedentes de lactancia previa: calidad de la experiencia previa y tiempo de lactancia, intención de otorgar lactancia materna en actual embarazo y por cuanto tiempo, influencia de terceros en su decisión para amamantar. Orientación en lactancia materna por personal de salud. Familia: Tipo de familia. Apoyo de cónyuge para lactancia, apoyo familiar. Ayuda doméstica. Antecedentes personales patológicos de la madre: Enfermedades asociadas, tabaquismo.

- Las variables **POSTNATALES** se dividen en: Perinatales: Semanas de gestación al nacimiento, vía de nacimiento, peso al nacer, complicaciones, lugar de atención del nacimiento, calidad de la atención del nacimiento. Primeras horas del nacimiento: primer contacto madre/hijo, alojamiento conjunto, inicio temprano de lactancia materna, uso de sucedáneos de leche materna y biberón en el hospital. Ayuda para LM. Recomendaciones para iniciar LM parcial, LM predominante o abandonar LM al alta del hospital y Técnica adecuada de Lactancia Materna.
- Las variables de **SEGUIMIENTO** se dividen en Alimentación: Tipo de Alimentación a los 6 meses, duración de LME, edad de inicio de LMP o LA, duración de alimentación al SM, plan de continuar con alimentación al SM por más tiempo, uso de biberón en casa, razones para inicio de lactancia parcial o lactancia artificial que se dividirán en relacionadas al niño y relacionadas a la madre. Dificultad para Lactancia Materna: Tipo de dificultad presentada, momento de presentación de dificultad, ayuda recibida en esa dificultad y por quien. Antecedentes patológicos del niño: número de episodios de enfermedades gastrointestinales y de vías respiratorias, síntomas gastrointestinales frecuentes Asistencia a consultas de control del niño sano, esquema de vacunación. Otras: Extracción de leche, método de extracción de leche y asistencia a grupo de apoyo.

DESCRIPCIÓN DE LAS FASES DEL ESTUDIO

FASE DE RECLUTAMIENTO. Descrita previamente

FASE DE INTERVENCIÓN. La intervención se orientó a reforzar las recomendaciones de la Iniciativa Hospital Amigo del niño (IHAN), OMS y UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund, en español Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia) sobre la Lactancia Materna, siguiendo un programa educativo creado por el investigador.²¹ (Ver ANEXO 5 y 6)

La intervención se dividió en dos partes:

- Parte 1.
 - Duración: 1.5 – 2 Horas
 - Lugar: Aula 1 UMF No. 27
 - Contenidos: Tipos de lactancia, fisiología básica sobre la producción de leche, Importancia de la lactancia exclusiva para el bebé y para la madre, beneficios de la Lactancia Materna sobre otros tipos de alimentación, importancia del contacto inmediato piel con piel, composición de la leche, tamaño del estómago de un bebé, etapas de la leche, problemas al utilizar biberones y chupones artificiales. Mitos sobre la lactancia.
 - Técnicas didácticas: Exposición docente con participación activa de las madres. Uso de información escrita y manual de lactancia. Material audiovisual.

- Evaluación pre intervención sobre nivel de autoeficacia para lactancia materna: Se realizó con el cuestionario Prenatal Breast-feeding Self-Efficacy Scale (PBSES-e) (Ver ANEXO 4), el cual es un cuestionario que evalúa la Autoeficacia previa al nacimiento. Consiste en 20 ítems valorados en una escala Likert de 1 a 5 puntos (*nada segura a completamente segura*). La puntuación total es de 20 a 100 puntos. 18 ítems son agrupados en 4 temas: Habilidades requeridas para amamantar (7 ítems), Encontrar información de cómo amamantar (5 ítems), Amamantar frente a otras personas y sentimientos de vergüenza durante el amamantamiento (4 ítems), presión social al amamantar (2 ítems). Los últimos 2 temas son independientes, evalúan la confianza para discutir la importancia de lactancia materna con su compañero y la confianza para dar Lactancia Materna durante 1 año.
- Evaluación del conocimiento sobre lactancia pre intervención: Basado en lista de verificación prenatal del módulo 3 de Iniciativa Hospital Amigo del Niño. (Ver ANEXO 5 y 6)
- Parte 2.
 - Duración: 1.5 – 2 Horas
 - Lugar: Aula 1 UMF No. 27
 - Contenidos: Reflejos del bebé. Técnica de lactancia materna: cómo identificar un buen y mal agarre, cómo identificar succión adecuada e inadecuada, técnica para ofrecer de manera adecuada el pecho, posición de la madre al amamantar, posición del bebé al amamantar.

Cada cuanto amantar, cuanto tiempo en cada pecho, como saber si el bebé está obteniendo suficiente leche. Técnica para la extracción manual de leche, adecuado almacenamiento de la leche materna extraída, alimentación con taza. Dificultades al amamantar. A dónde acudir si necesitan ayuda para continuar la lactancia materna: Orientación sobre los grupos de ayuda en lactancia existentes en la comunidad de Tijuana y el personal de salud capacitado.

- Técnicas didácticas: Demostración activa sobre las técnicas de posicionamiento adecuado del bebé, con posterior práctica grupal e individual de las madres. Uso de material audiovisual
- Evaluación del conocimiento lactancia post intervención: Basado en lista de verificación prenatal del módulo 3 de Iniciativa Hospital Amigo del Niño (Ver ANEXO 5 y 6).

FASE DE SEGUIMIENTO. Se realizó un primer seguimiento telefónico a los 7 días posteriores al nacimiento para recabar todas las variables independientes de la hoja de recolección de datos POSTNATALES (Ver ANEXO 3). El segundo seguimiento telefónico se realizó a los 6 meses y se recabaron las variables independientes de la hoja de recolección de datos SEGUIMIENTO (Ver ANEXO 3). En cada entrevista se le hizo un recordatorio a la madre de los grupos de ayuda en lactancia materna existentes en la comunidad de Tijuana y del personal de salud capacitado a los que puede acudir en caso de alguna dificultad para continuar con la lactancia materna. También se les invito a manifestar al investigador sus dudas, problemas o preocupaciones relacionados a Lactancia Materna.

Análisis estadístico:

- Se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas. Frecuencias para variables cualitativas.
- Estadística de tipo no paramétrico.
 - Se utilizó prueba de Wilcoxon para comparación de medianas
 - Prueba de McNemar para muestras relacionadas.
 - Para correlación de variables de intervalo y ordinales se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman
 - Para correlación de variables cualitativas se utilizó la Prueba Chi-cuadrada de Pearson y se realizó un análisis Post Hoc de la misma que incluye: Coeficiente V de Cramer, Análisis de Residuos con la Corrección de Bonferroni y Coeficiente Tau de Goodman-Kruskal
- Las diferencias estadísticamente significativas se consideraron con valores de $p < 0.05$. El análisis estadístico se realizó con el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS Statistics Base) versión 21.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio se elaboró, siguiendo los lineamientos de la declaración de Helsinki de 1964, modificada por la asamblea de Hong Kong en 1989, así como también la ley General de Salud en materia de investigación, y los lineamientos en materia de investigación por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El presente investigación se sometió a revisión para su autorización al Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud (CLIEIS) No. 201. Una vez aprobada, se solicitó autorización al Director de la Unidad para proceder a su realización. Las mujeres embarazadas que aceptaron participar en el estudio firmaron una carta de consentimiento informado. (Ver ANEXO 8).

Por razones de ética, aquellas madres que en el momento de la entrevista de seguimiento presentaron alguna dificultad para continuar con la lactancia fueron orientadas por vía telefónica. A las madres que lo requerían, se les dio la opción de agendar una revisión para valorar su problema de manera personal, la cual se realizó en las instalaciones de la UMF No. 27.

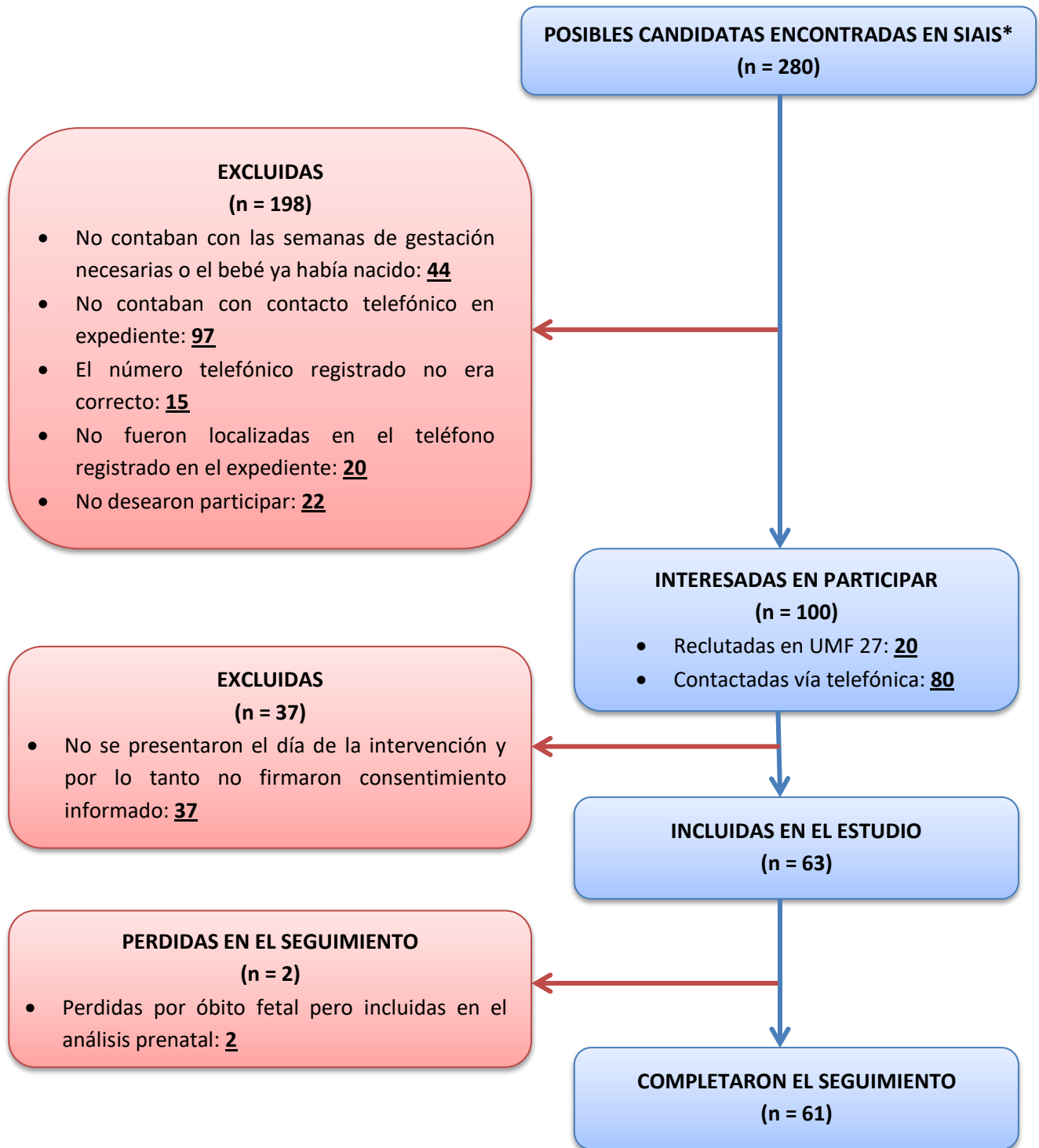
RECURSOS UTILIZADOS

- Instalaciones físicas de la UMF No. 27 para realización de la intervención educativa
- Material audiovisual y didáctico: se elaboró un Manual con la información brindada en las sesiones e información de contacto de los grupos ayuda de Lactancia Materna y del investigador. Se utilizaron muñecos para demostración y práctica de la técnica de lactancia.
- Se utilizaron recursos propios del investigador para:
 - Equipos de proyección visual utilizado en las sesiones
 - Artículos de papelería necesarios en la elaboración y llenado de los manuales, las encuestas, hojas de recolección de datos y consentimientos informados
 - Uso de servicios de telefonía para el seguimiento de las participantes
 - Aperitivos para consumo durante las sesiones

FACTIBILIDAD

La unidad cuenta con la población de estudio requerida y los recursos suficientes para desarrollar las actividades de la investigación, por lo que es factible su implementación. No requirió financiamiento.

MUESTRA DE ESTUDIO



* "Listado de derechohabientes mujeres con registro de vigilancia prenatal y/o puerperal" disponible

en la Red Local de Consulta – SIAIS de la UMF No. 27

RESULTADOS

PRE INTERVENCIÓN. En el estudio participaron 63 mujeres embarazadas de 14 a 39 años de edad (media de 26.76, DE \pm 5.465), cursando 34, 35 y 36 SDG. La mayoría de las participantes se encontraba entre los 20 y 34 años de edad (87.3%, n = 55) (Figura 1), estado civil casada (54%, n = 34) (Figura 2), escolaridad estudios básicos (49.2%, n = 31) (Figura 3), empleo remunerado (69.8%, n = 44) (Figura 4) y nivel socioeconómico medio – bajo (55.6%, n = 35) (Figura 5).

Figura 1. Edad

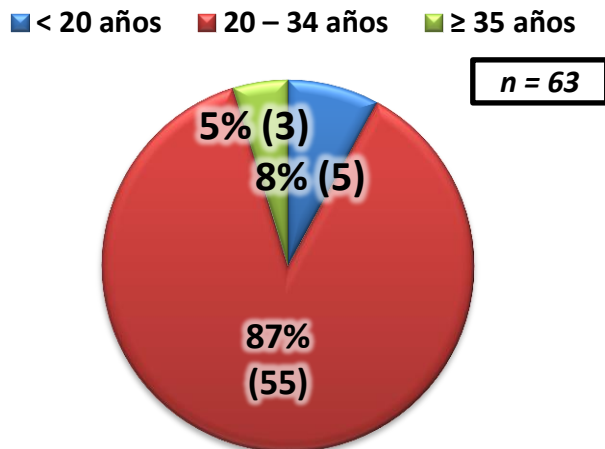


Figura 2. Estado Civil

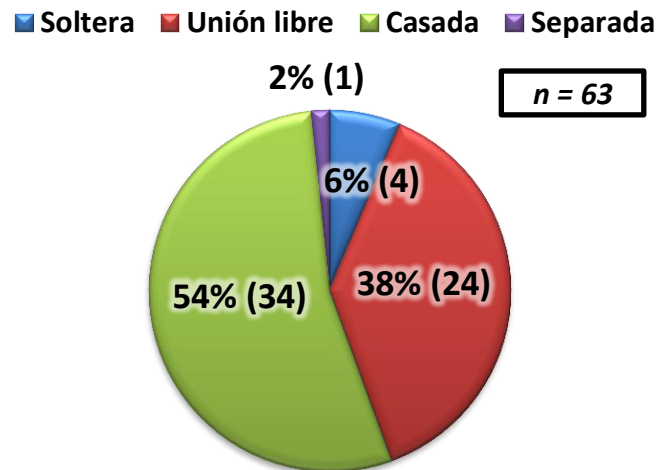


Figura 3. Escolaridad

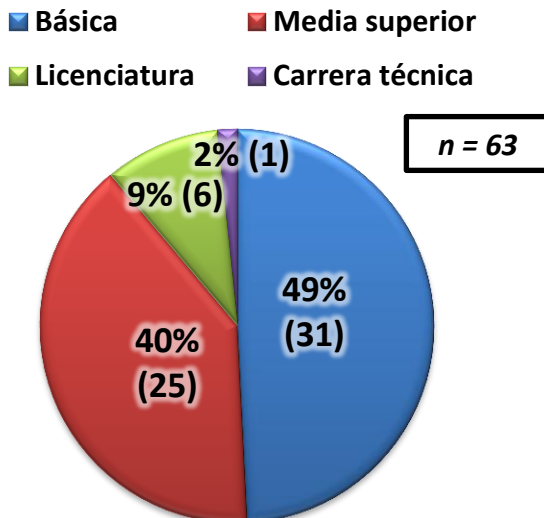


Figura 4. Ocupación

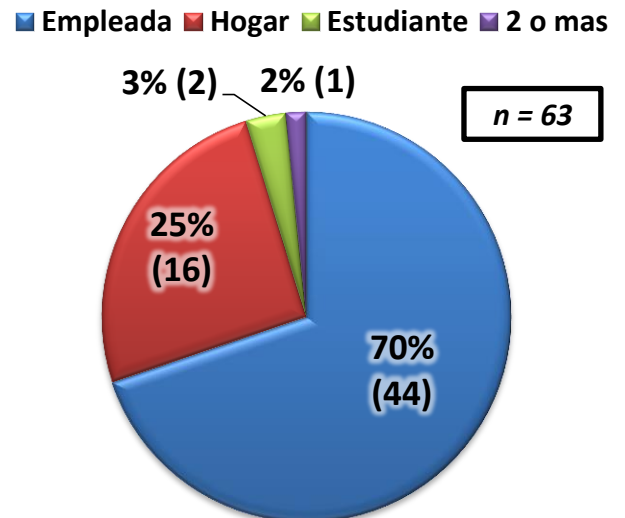
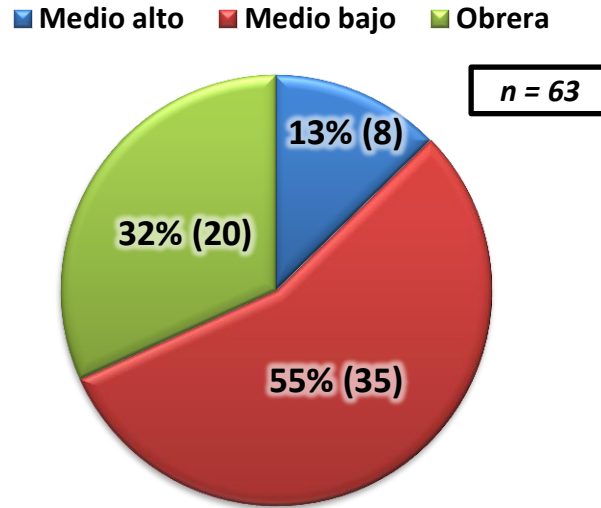


Figura 5. Nivel Socioeconómico



De las mujeres embarazadas con empleo el 82.2% (n = 37) tenía su turno en horario matutino, 60% (n = 27) trabajaba entre 41 – 50 horas por semana y el 57.7% (n = 26) contaba con facilidades laborales para la Lactancia Materna, (Tabla 1).

Tabla 1. Características Laborales

	N	%
TOTAL de Participantes con Empleo	45	100
Turno Laboral		
• Matutino	37	82.2
• Vespertino	3	6.6
• Nocturno	4	8.8
• Mixto	1	2.2
Horas de Trabajo Semanales		
• 31 – 40 horas	16	35.5
• 41 – 50 horas	27	60
• > 50 horas	2	4.4
Facilidades Laborales para LM		
• Si	26	57.7
• No	5	11.1
• Desconoce	14	31.1

El 87.3% (n = 55) de las mujeres embarazadas de este estudio no padecían alguna enfermedad previo a su embarazo actual; de las participantes con alguna enfermedad preexistente 3.2% (n = 2) tenía Diabetes Mellitus Tipo II (DM2), el 3.2% (n = 2) tenía 2 o más enfermedades (1 con DM2 e Hipertensión Arterial Sistémica (HAS); 1 con DM2, HAS, Hipotiroidismo y Depresión), el 6.3% (n = 4) de las participantes tenía otras enfermedades (Trombocitopenia; Rinitis Alérgica; Anemia; Artritis Reumatoide) y el 90.5% (n = 57) negó fumar, (Tabla 2).

Tabla 2. Antecedentes Personales Patológicos

	N	%
TOTAL	63	100
Enfermedades Preexistentes		
• Diabetes Mellitus Tipo 2	2	3.2
• Dos o más	2	3.2
• Otras	4	6.3
• Ninguna	55	87.3
Tabaquismo		
• Pasivo	6	9.5
• Negado	57	90.5

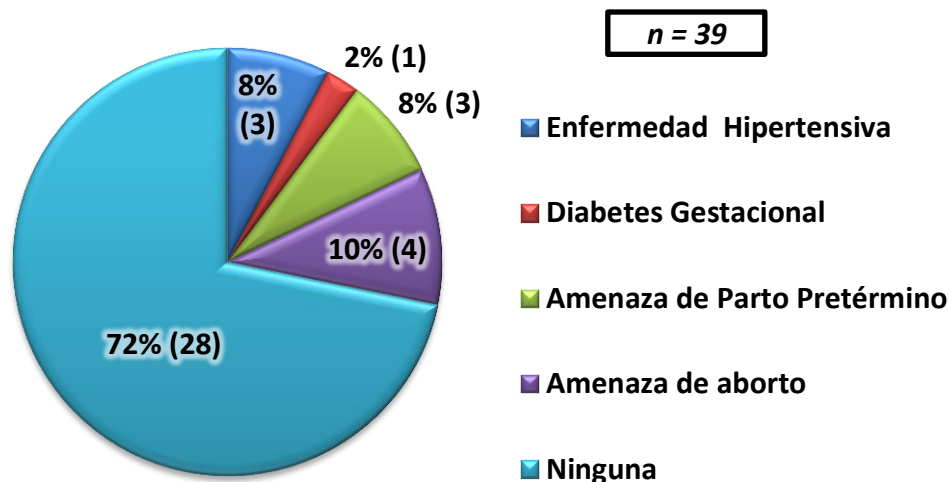
El 61.9% (n = 39) era Multigesta, 50.8% (n = 32) no había tenido partos anteriormente y 98.4% (n = 62) llevo control prenatal en el embarazo actual, (Tabla 3).

Tabla 3. Antecedentes Ginecoobstétricos

	N	%
	63	100
Número de Embarazos		
• Primigesta	24	38.1
• Multigesta	39	61.9
Número de Partos		
• Nulípara	32	50.8
• Primípara	21	33.3
• Multípara	10	15.9
Control Prenatal		
• Si	62	98.4
• No	1	1.6

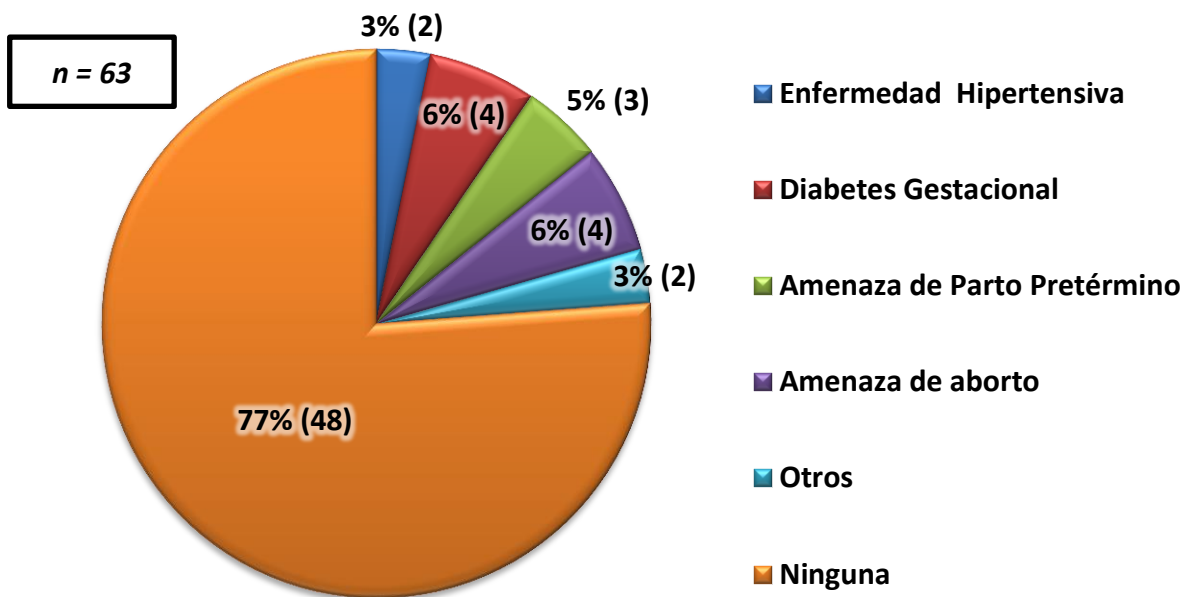
De las 39 participantes multigestas el 72% (n = 28) negó complicaciones en sus embarazos previos. De las que tuvieron alguna complicación; 1 fue por Diabetes Gestacional, 3 por Enfermedad Hipertensiva, 3 por Amenaza de Parto Pretérmino y 4 por Amenaza de Aborto (Figura 6).

Figura 6. Complicaciones Embarazos Previos



El 77% (n = 48) de las participantes cursaba un embarazo normo evolutivo al momento del reclutamiento y 15 tuvieron alguna complicación o enfermedad en el embarazo actual; Enfermedad Hipertensiva (n = 2), Diabetes Gestacional (n = 4), Amenaza de Parto Pretérmino (n = 3), Amenaza de Aborto (n = 4) y otros (Placenta previa (n = 1), Malformación Cardíaca Fetal (n = 1), (Figura 7).

Figura 7. Complicaciones Embarazo Actual



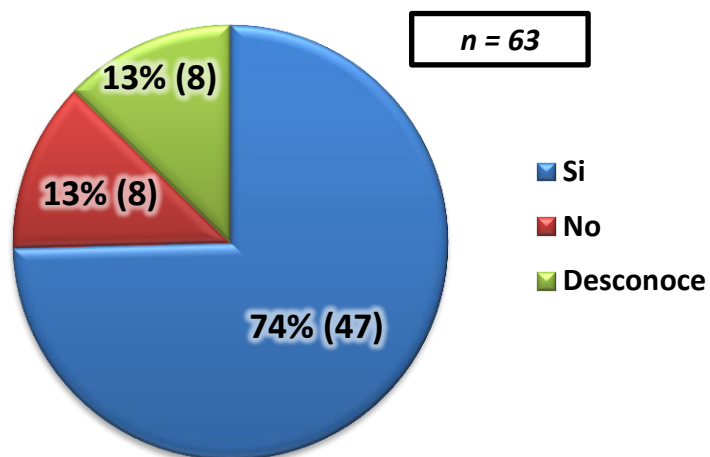
Sobre las características familiares; el 90.5% (n = 57) pertenecía a una familia con núcleo integrado, 95.2% (n = 60) refirió contar con apoyo de su conyugue para la LM, 96.8% (n = 61) con el de su familia y el 52.4% (n = 33) contaba con ayuda doméstica, (Tabla 4).

Tabla 4. Características Familiares

	N	%
TOTAL	63	100
Tipología Familiar		
• Núcleo Integrado	57	90.5
• Núcleo no Integrado	6	9.5
Apoyo del Conyugue para LM		
• Si	60	95.2
• No	3	4.8
Apoyo Familiar para LM		
• Si	61	96.8
• No	2	3.2
Ayuda Domestica		
• Si	30	47.6
• No	33	52.4

Sobre los antecedentes relacionados con la Lactancia Materna, el 74% (n = 47) de las participantes fue amamantada por su madre, (Figura 8).

Figura 8. Lactancia Materna en Infancia



De las participantes multigestas, el 77.1% (n = 27) tuvo antecedente de lactancia en embarazos anteriores, (Tabla 5.1).

Tabla 5.1 Lactancia Previa

	N	%
TOTAL	39	100
Lactancia en Embarazos Anteriores		
• Si	27	69.2
• No	12	30.8

De ellas el 63% (n = 17) lactó por un periodo igual o mayor a 6 meses y el 51% (n = 14) calificó la experiencia como “Buena”, (Tabla 5.2).

Tabla 5.2 Lactancia Previa

	N	%
TOTAL	27	100
Tiempo de Lactancia Previa		
• < 6 meses	10	37
• ≥ 6 meses	17	63
Calidad de la Experiencia Previa de Lactancia		
• Muy Buena	5	19
• Buena	14	51
• Regular	5	19
• Mala	3	11

El 98% (n = 62) de las participantes aseguró tener la intención de dar Lactancia Materna (Figura 9), el 70% (n = 44) por un periodo igual o mayor a 6 meses, (Figura 10).

Figura 9. Intención de dar LM

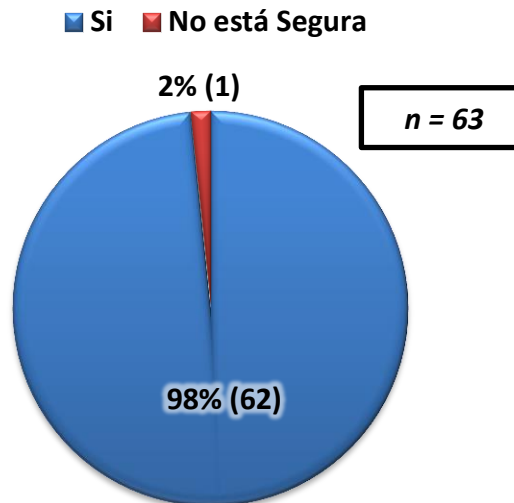
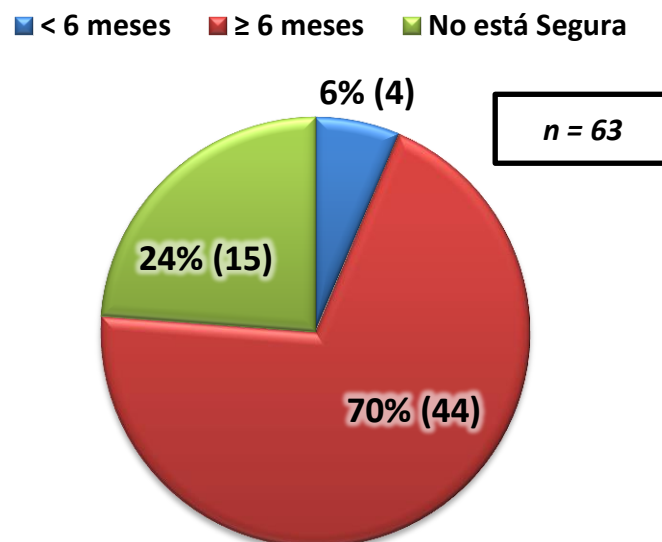


Figura 10. Tiempo de Intención de LM



El 32% (n = 20) manifestó que una tercera persona influía sobre su decisión de dar LM (Figura 11), siendo el 55% (n = 11) algún familiar, (Figura 12).

Figura 11. Influencia en decisión de dar LM

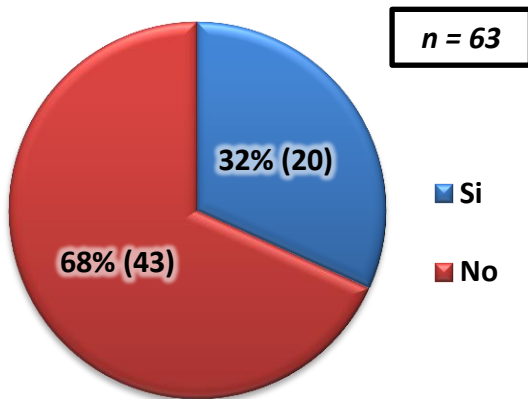
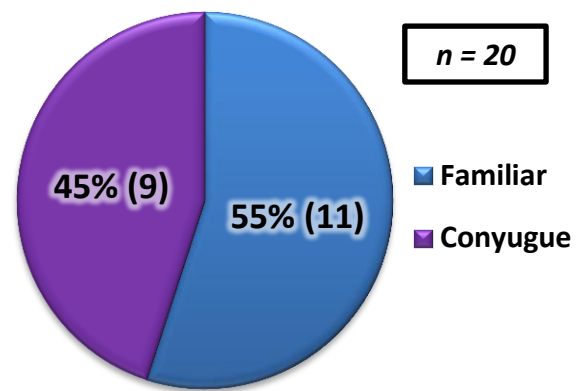
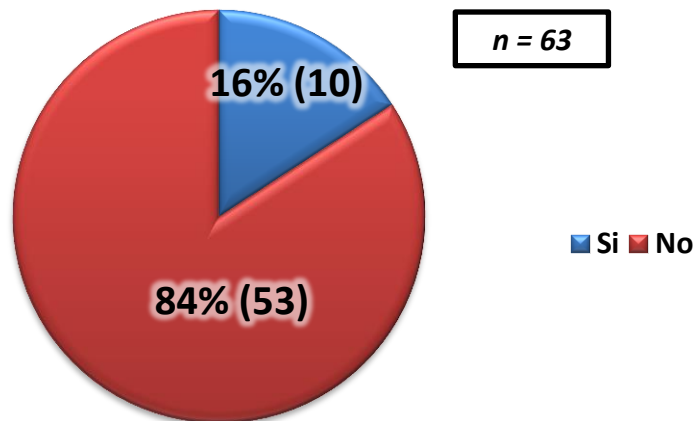


Figura 12. Persona que influye en decisión de dar LM



Del total de participantes, el 84% (n = 53) no había recibido anteriormente orientación sobre Lactancia Materna por parte de algún personal de salud, (Figura 13).

Figura 13. Orientacion en LM por Personal de Salud



POST INTERVENCIÓN. Se dio la misma intervención educativa a todas las mujeres embarazadas de este estudio. Se evaluó el nivel de autoeficacia y los conocimientos generales sobre Lactancia Materna antes y después de la intervención mediante el cuestionario Prenatal Breast-feeding Self-Efficacy Scale (PBSES-e) (Ver ANEXO 4) y un examen basado en lista de verificación prenatal del módulo 3 de Iniciativa Hospital Amigo del Niño (Ver ANEXO 5 y 6), respectivamente.

Se realizó la Prueba de Normalidad Kolmogorov-Smirnov con una significancia de 0.001 lo que indica que la distribución de la muestra no es normal, por lo que se aplicaron las siguientes pruebas estadísticas no paramétricas: Prueba de Wilcoxon y McNemar para dos muestras relacionadas con el objetivo de analizar la variable cualitativa independiente *Intervención Educativa* con las variables dependientes *Puntuación en el cuestionario PBSES (cuantitativa)*, *Conocimientos de Lactancia Materna (cuantitativa)* y *Conocimientos de Lactancia Materna (cualitativa)*, pre y post intervención.

AUTOEFICACIA. Se valoró el nivel de Autoeficacia pre y post intervención educativa mediante el cuestionario Prenatal Breast-feeding Self-Efficacy Scale (PBSES-e). Con la prueba de Wilcoxon se observó un aumento promedio de 31 puntos en la Media (Media pre intervención de 69.79 y post intervención de 85.57 y Mediana 70 y 88 respectivamente) (Figuras 14 y 15), 61 mujeres embarazadas aumentaron su puntuación en el cuestionario PBSES-e mientras que 2 permanecieron sin cambios. Se encontró una $p = 0.001$, resultando una diferencia estadísticamente significativa, con un intervalo de confianza de 95%, (Tabla 6).

Figura 14. Resultado de la puntuación del PBSES por participante

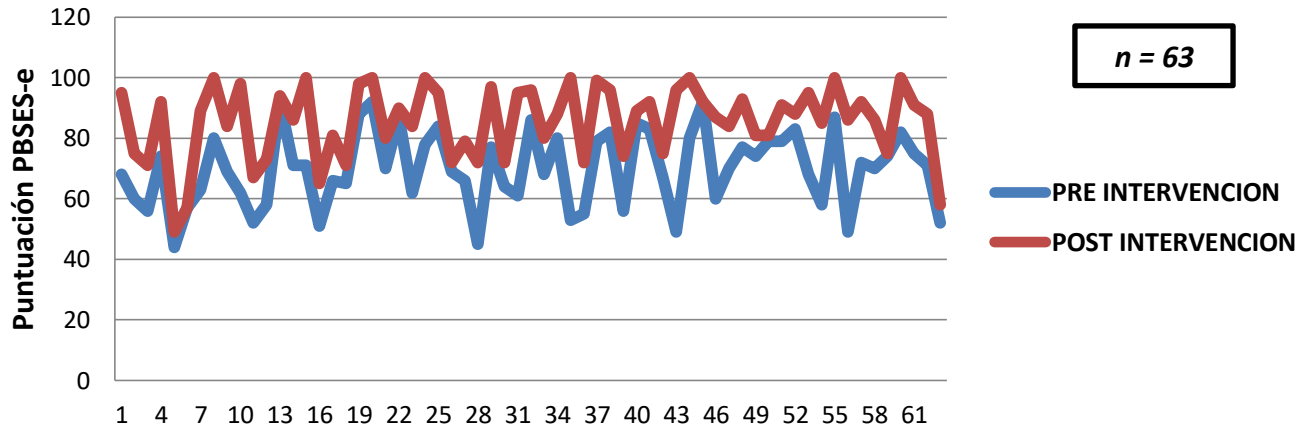


Figura 15. Autoeficacia Pre y Post Intervención

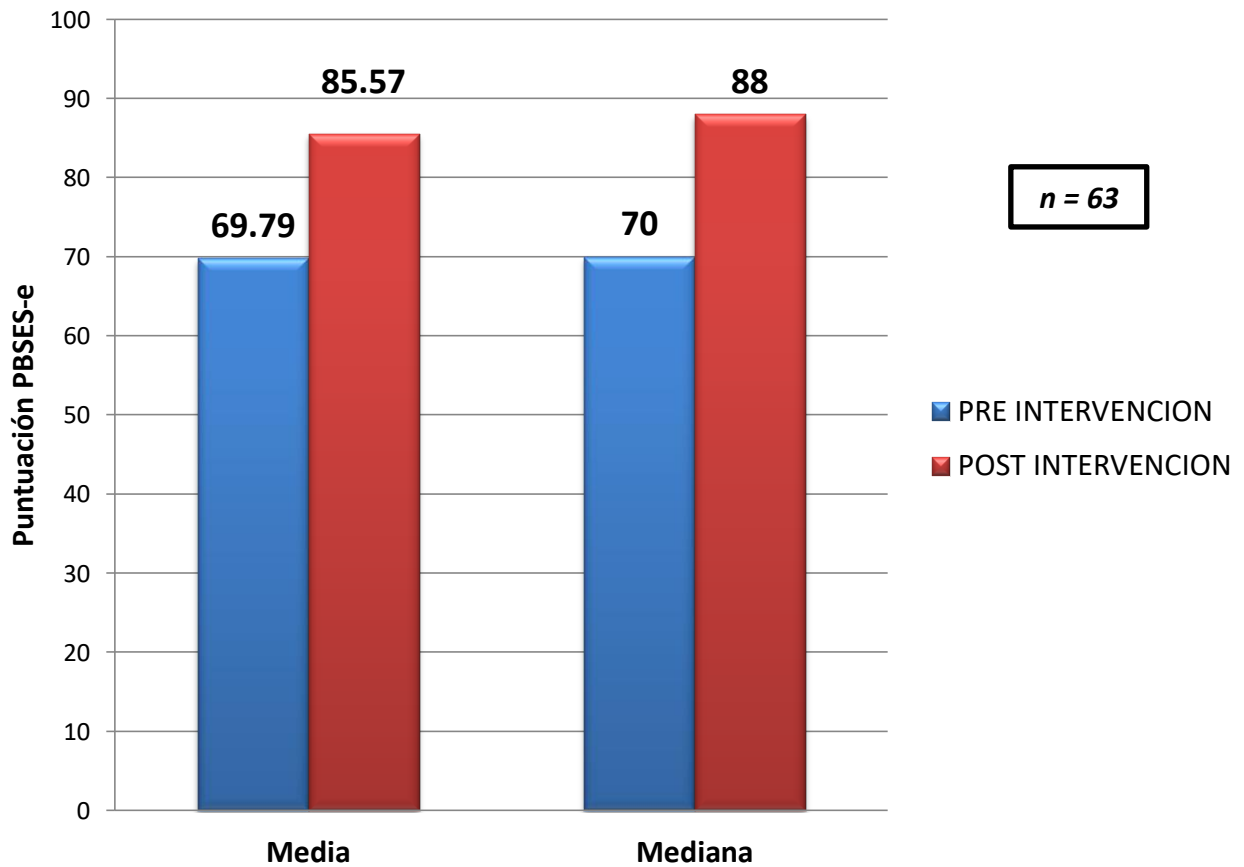


Tabla 6. Resultados de la Puntuación del PBSES pre y post intervención educativa.

	PRE INTERVENCIÓN	POST INTERVENCIÓN
N	63	63
Mínimo	44	92
Máximo	49	100
Media	69.79	85.57
Mediana	70	88
DE	± 12.42	± 12.067
<i>p</i>	0.001*	
Rangos negativos	0	
Rangos positivos	61	
Empate	2	
Rango Promedio	31	

* Prueba de Wilcoxon $p < 0.05$

CONOCIMIENTOS DE LACTANCIA MATERNA. Se valoró el conocimiento general sobre Lactancia Materna con un examen basado en Lista de Verificación Prenatal del Módulo 3 de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño. Con la prueba de Wilcoxon se observó un aumento promedio de 26 puntos en la Media (Media pre intervención de 70.97 y post intervención de 97.76 y Mediana 71.42 y 100 respectivamente) (Figura 16), 51 mujeres embarazadas aumentaron su puntuación en el cuestionario PBSES-e mientras que 12 permanecieron sin cambios. Se encontró una $p = 0.001$, resultando una diferencia estadísticamente significativa, con un intervalo de confianza de 95%, (Tabla 7).

Figura 16. Conocimientos de LM Pre y Post Intervención

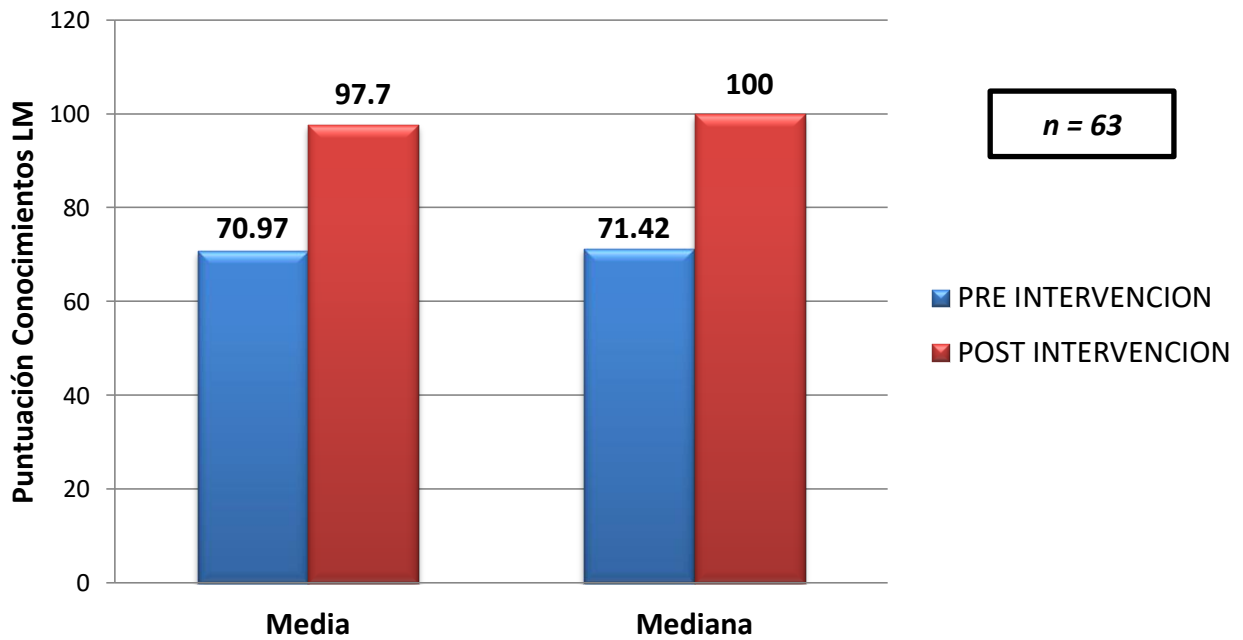


Tabla 7. Resultados de la Puntuación del PBSES-e pre y post intervención educativa.

	PRE INTERVENCIÓN	POST INTERVENCIÓN
N	63	63
Mínimo	28.57	71.42
Máximo	100	100
Media	70.97	97.73
Mediana	71.42	100
DE	± 21.92	± 6.39
p	0.001*	
Rangos negativos	0	
Rangos positivos	51	
Empate	12	
Rango Promedio	26	

* Prueba de Wilcoxon $p < 0.05$

Se categorizaron los conocimientos sobre Lactancia Materna en Suficientes e Insuficientes y se analizaron los resultados con la prueba de McNemar de muestras relacionadas. En la evaluación de los conocimientos pre intervención se encontraron 38 participantes con conocimientos suficientes y 25 con conocimiento insuficiente. En la evaluación post intervención se encontraron 63 participantes con conocimientos suficientes. La prueba de McNemar resulto con significancia exacta de 0.001, traduciéndose en una diferencia estadísticamente significativa, con un intervalo de confianza de 95% (Tabla 8).

Tabla 8. Conocimientos de Lactancia Materna pre y post intervención.

CONOCIMIENTOS PRE INTERVENCIÓN (n = 63)		CONOCIMIENTOS POST INTERVENCIÓN (n = 63)	
<i>SUFICIENTES</i>	<i>INSUFICIENTES</i>	<i>SUFICIENTES</i>	<i>INSUFICIENTES</i>
38	25	<u>63</u>	0
<i>p 0.001*</i>			

*Prueba de McNemar $p < 0.05$

SEGUIMIENTO. Se dio seguimiento a la semana de nacimiento y a los 6 meses. Se recabaron todas las variables postnatales descritas previamente. Se obtuvo un total de 61 participantes al final del seguimiento, 2 participantes se perdieron debido a óbito fetal. De los 61 bebés a los que se les dio seguimiento, el 90% (n = 55) nació a término (Figura 17), 72% (n= 44) por vía vaginal (Figura 18) y el 92% (n = 56) tuvo peso normal al nacer (Figura 19), ninguno tuvo alguna complicación posterior al nacimiento.

Figura 17. Edad de Nacimiento

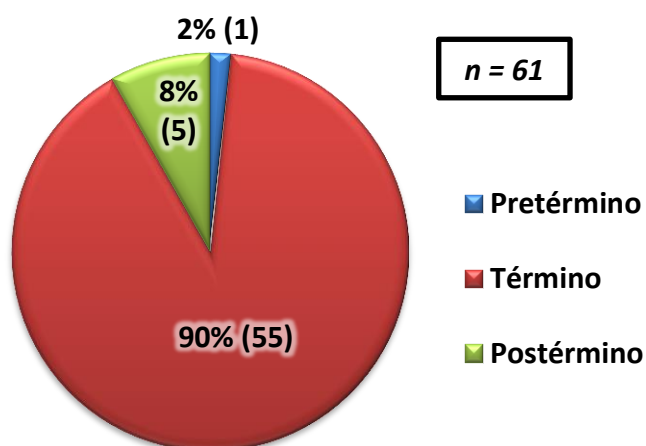


Figura 18. Vía de Nacimiento

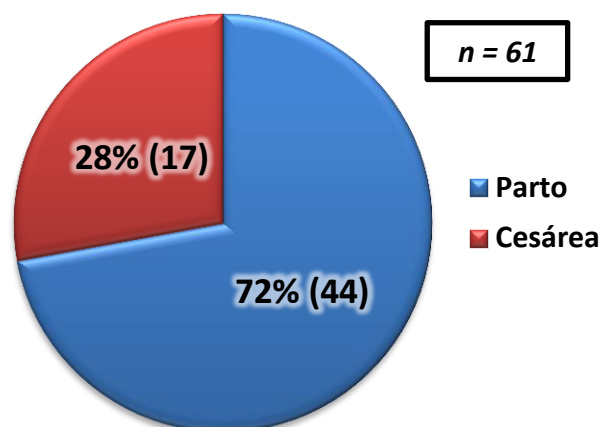
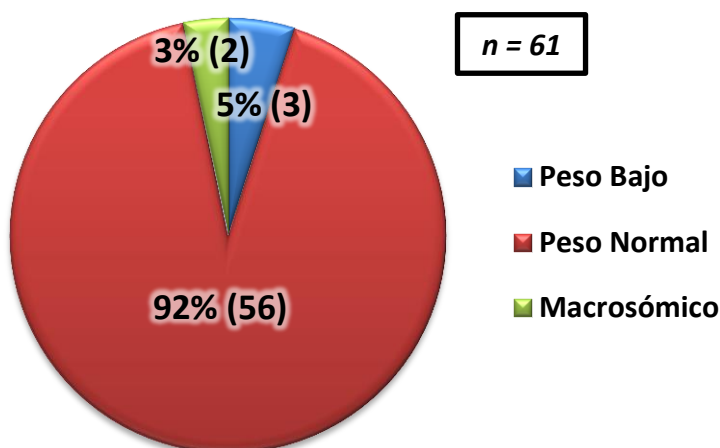
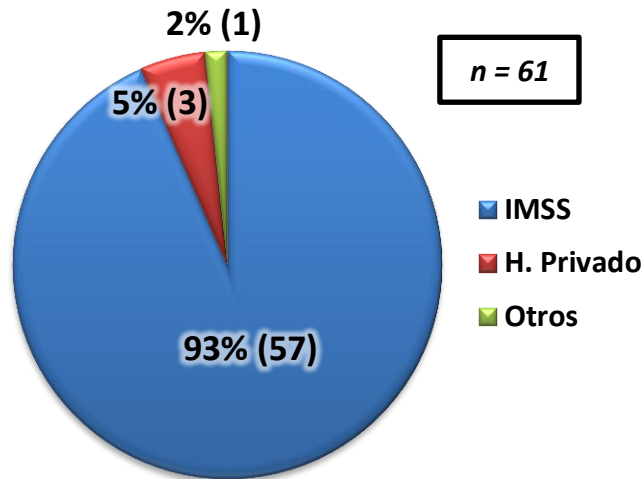


Figura 19. Peso al Nacer



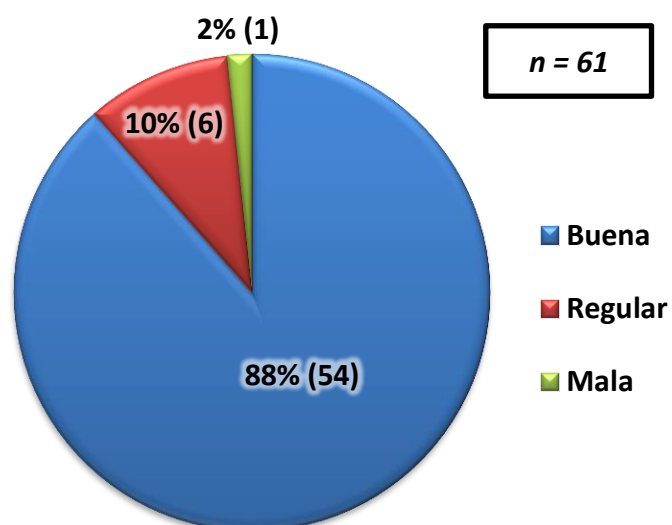
El 93% (n = 57) nació en el IMSS en el Hospital General Regional No. 1 de Tijuana, 3 nacieron en hospitales privados y 1 nació en Estados Unidos (Figura 20).

Figura 20. Lugar del Nacimiento



El 88% (n = 54) de las participantes calificaron la atención recibida al nacimiento de sus hijos como "Buena", (Figura 21).

Figura 21. Calidad de la Atención



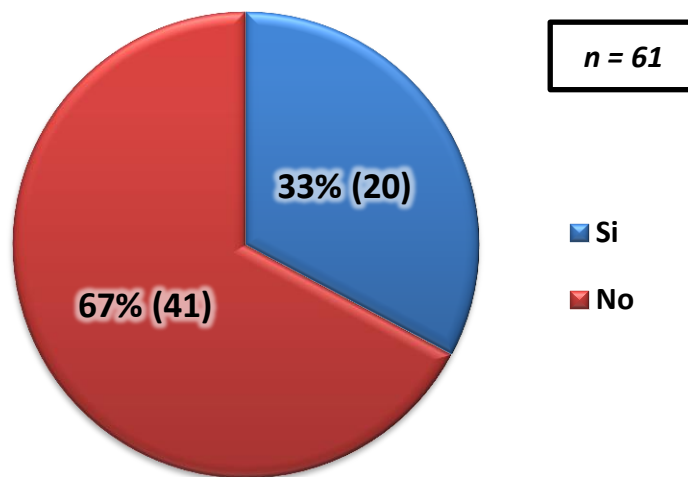
Sobre las prácticas realizadas en el hospital de nacimiento relacionadas a la Lactancia Materna, el 72.1% (n = 44) tuvo el primer contacto madre – hijo durante la primera hora de vida, el 91.8% (n = 56) permaneció en alojamiento conjunto, el 67.2% (n = 41) tuvo inicio temprano de Lactancia Materna, al 39.3% (n = 24) se le dio leche de fórmula en el hospital, el 13.1% (n = 8) fue alimentado con biberón, el 70.5% (n = 43) recibió ayuda para el inicio de la alimentación al Seno Materno y el 6.6% (n = 4) recibió recomendación de iniciar Lactancia Artificial al momento del alta hospitalaria, (Tabla 9).

Tabla 9. Prácticas Relacionadas a la Lactancia en el Hospital de Nacimiento

	N	%
TOTAL	61	100
Primer contacto madre/hijo		
• < 1 hora	44	72.1
• 1 – 2 horas	6	9.8
• > 2 horas	11	18
Alojamiento conjunto		
• Si	56	91.8
• No	5	8.2
Inicio temprano de LM		
• Si	41	67.2
• No	20	32.8
Sucedáneos de LM en hospital		
• Si	24	39.3
• No	37	60.7
Uso de biberón o chupón en hospital		
• Si	8	13.1
• No	53	86.9
Ayuda para LM en hospital		
• Si	43	70.5
• No	18	29.5
Recomendación de inicio de sucedáneos de LM al alta		
• Si	4	6.6
• No	57	93.4

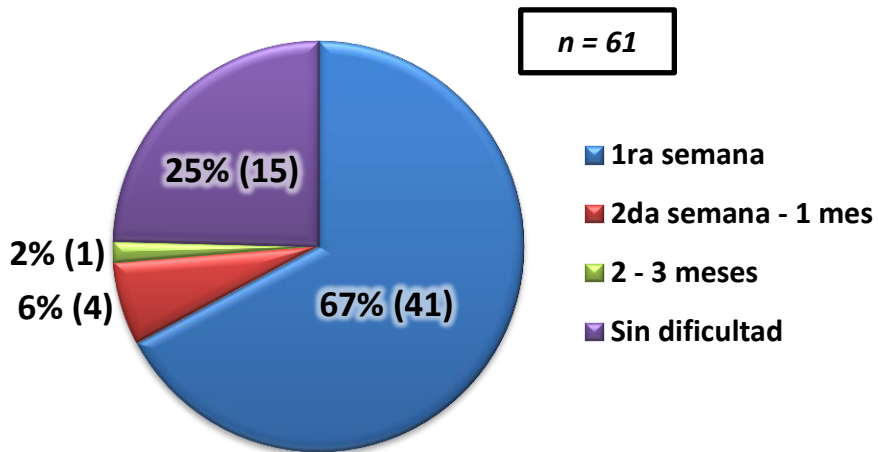
En la primera semana de seguimiento se evaluó la técnica adecuada de Lactancia Materna en base a la frecuencia y duración de las tomas de pecho, si el bebé se alimentaba de ambos pechos en cada toma, si el bebé se mostraba tranquilo y satisfecho después de cada toma de pecho, si el bebé se quedaba dormido durante las tomas de pecho, si el bebé tenía buen agarre – succión, si la madre sufría alguna molestia en los pechos o pezones y percibía problemas en la producción de leche. Con base en esto, se observó que el 67% (n = 41) tuvo una técnica deficiente durante la primera semana, (Figura 22).

Figura 22. Técnica adecuada de LM en la 1ra semana



En relación a las dificultades para la alimentación al Seno Materno se encontró que el 67% (n = 41) tuvo alguna dificultad durante la primera semana (Figura 23).

Figura 23. Momento de Dificultad para LM



Del total de madres que causaron con alguna dificultad el 70% (n = 32) recibió ayuda (Figura 24), de ellas el 82% (n = 26) tuvo ayuda de algún familiar (Figura 25).

Figura 24. Ayuda Recibida

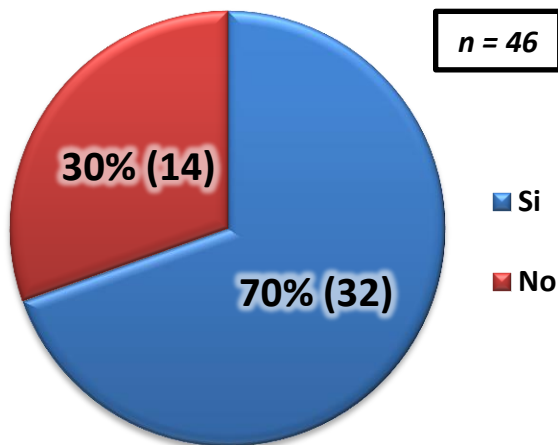
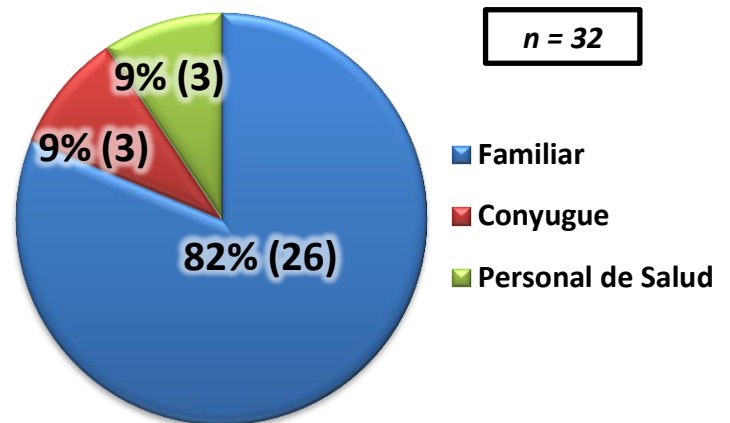
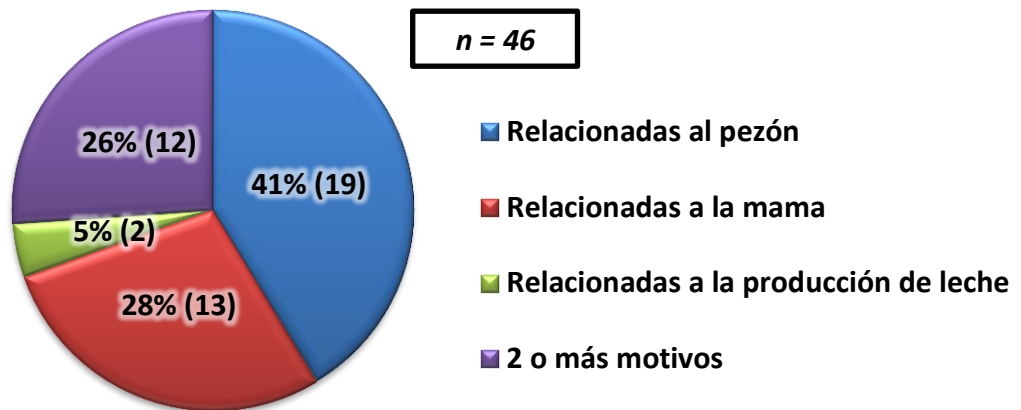


Figura 25. Persona que Ayudó en Dificultad



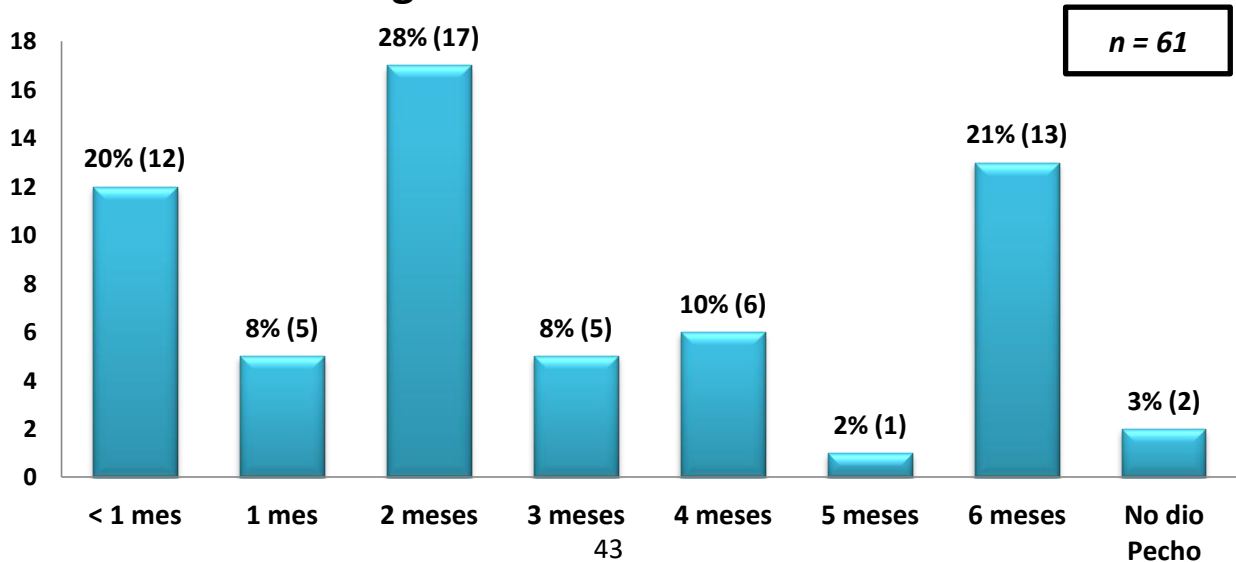
Sobre el tipo de dificultad presentada, el 41% (n = 19) fue relacionada al pezón, 28% (n = 13) relacionada a la condición de la mama, 26% (n = 12) por 2 o más motivos y 5% (n = 2) relacionadas a la producción de leche, (Figura 26).

Figura 26. Tipo de Dificultad



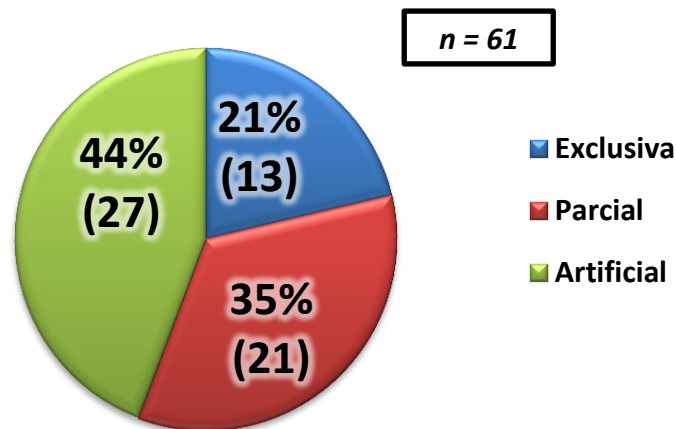
Se encontró que en el 28% (n = 17) de los casos la Lactancia Materna Exclusiva duraba 2 meses, coincidiendo con el retorno a su trabajo, mientras que el 21% (n = 13) logró mantener la Lactancia Materna Exclusiva durante 6 meses, (Figura 27).

Figura 27. Duración de LME



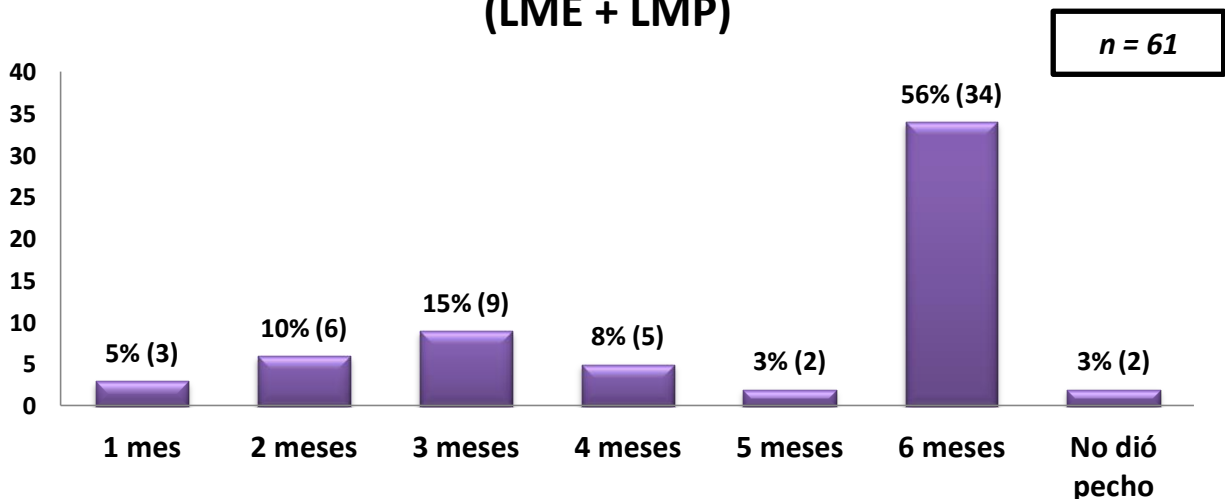
Sobre el tipo de lactancia encontrado a los 6 meses el 44% (n = 27) corresponde a Lactancia Artificial, 35% (n = 21) a Lactancia Parcial y 21% (n = 13) a Lactancia Materna Exclusiva, (Figura 28).

Figura 28. Tipo de Lactancia a los 6 Meses



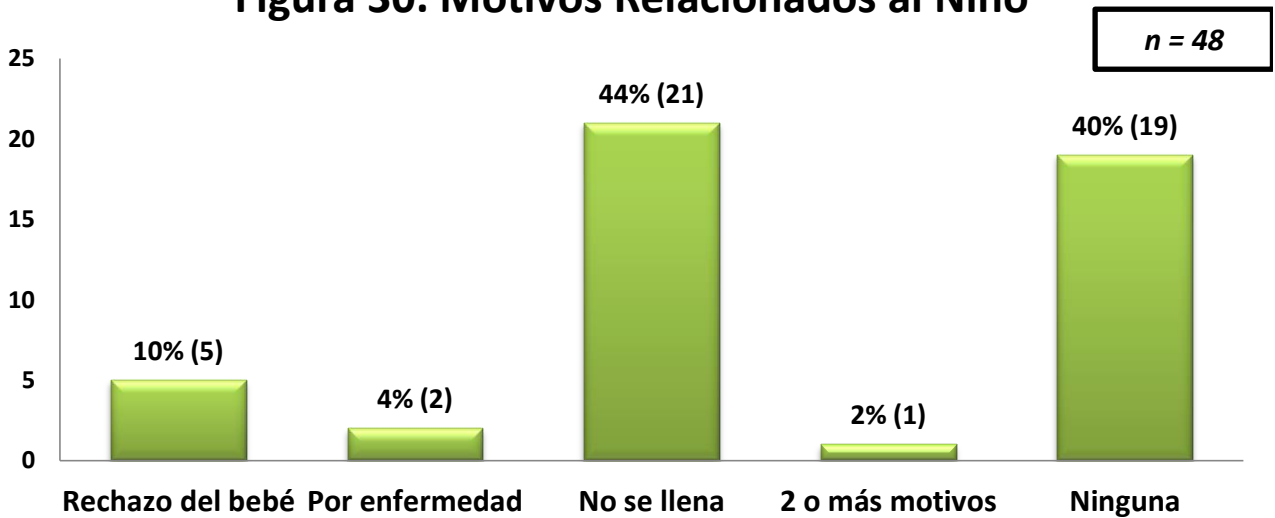
El 56% (n = 34) de las participantes logró continuar con la alimentación al Seno Materno hasta los 6 meses, ya sea por Lactancia Materna Exclusiva o por Lactancia Materna Parcial, (Figura 29). De ellas, todas manifestaron desear continuar con alimentación al SM por más tiempo.

Figura 29. Duración de la Alimentación al SM (LME + LMP)



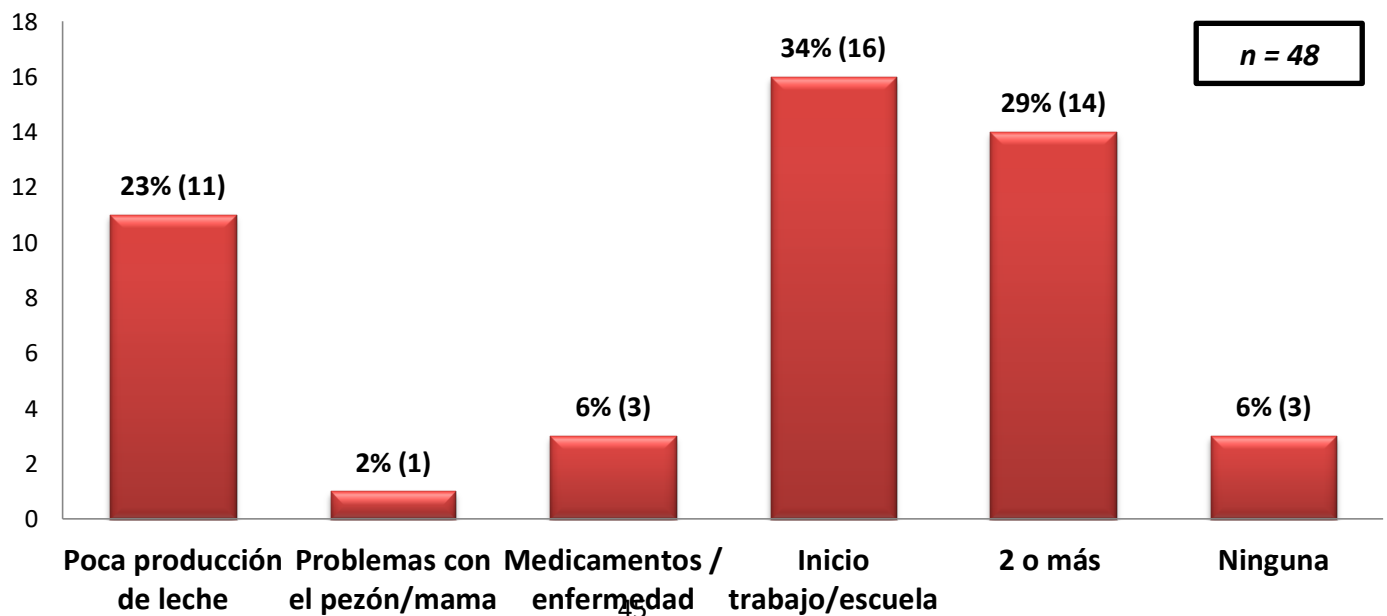
Fueron 48 participantes las que iniciaron Lactancia Parcial o Artificial. Los motivos para hacerlo se dividieron en relacionados al niño y a la madre. Se encontró que de las razones relacionadas al niño el 44% (n = 21) inició Lactancia Parcial o Artificial porque el bebé no se llenaba, (Figura 30).

Figura 30. Motivos Relacionados al Niño



De las razones relacionadas a la madre el 34% (n = 16) fue por inicio del trabajo / escuela, (Figura 31).

Figura 31. Motivos Relacionados a la Madre



El 66% (n= 40) de las participantes llego a extraerse su leche por algún periodo de tiempo (Figura 31), de ellas el 75% (n = 30) usó sacaleches (Figura 38).

Figura 31. Extracción de Leche

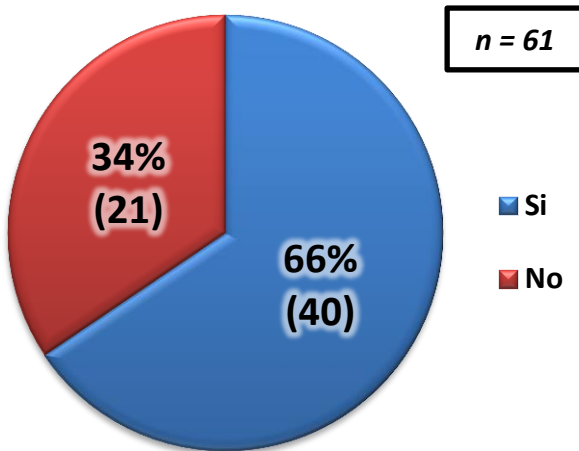
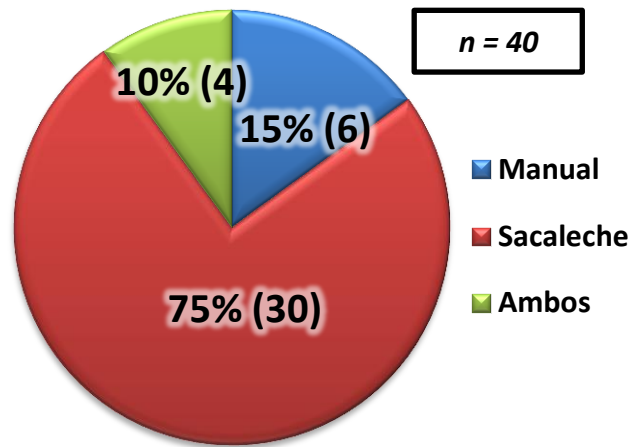
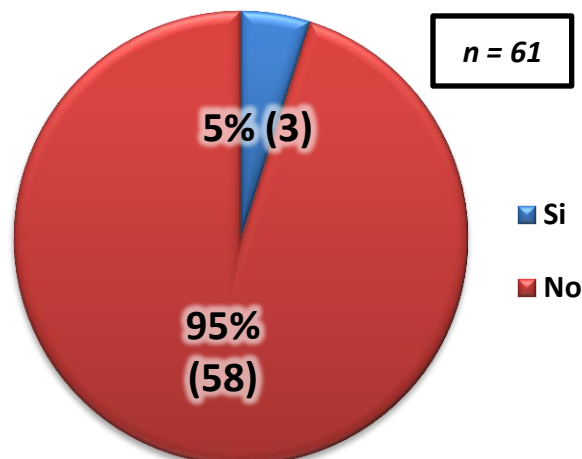


Figura 32. Método de Extracción



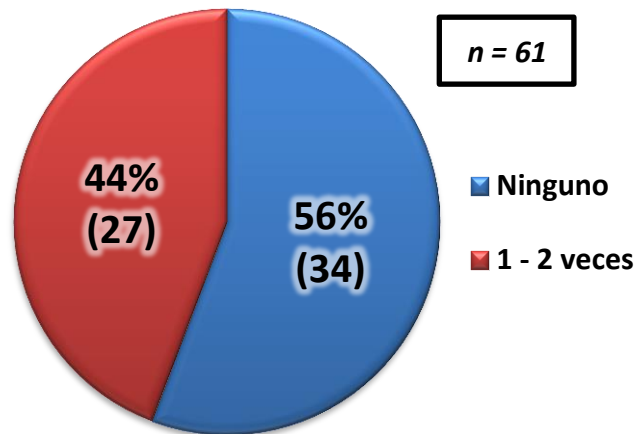
Al final de la intervención educativa se les habló sobre los Grupos de Ayuda en Lactancia Materna existentes en la ciudad de Tijuana y se les dio el contacto por internet. Solo el 5% (n = 3) de ellas se comunicaron con algún Grupo de Apoyo, (Figura 39).

Figura 33. Asistencia a Grupo de Apoyo



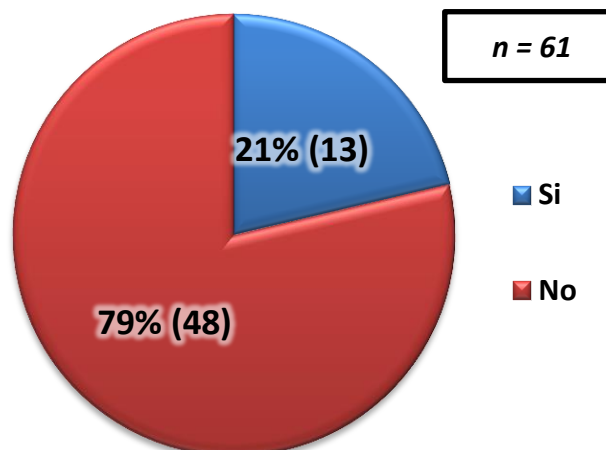
Se valoró el estado de salud de los niños al final del seguimiento. Se encontró que el 56% (n = 34) de los bebés no tuvieron algún episodio de enfermedad gastrointestinal en los últimos 6 meses y los que lo presentaron fue en pocas ocasiones, (Figura 34).

Figura 34. Episodios de Enf. Gastrointestinales



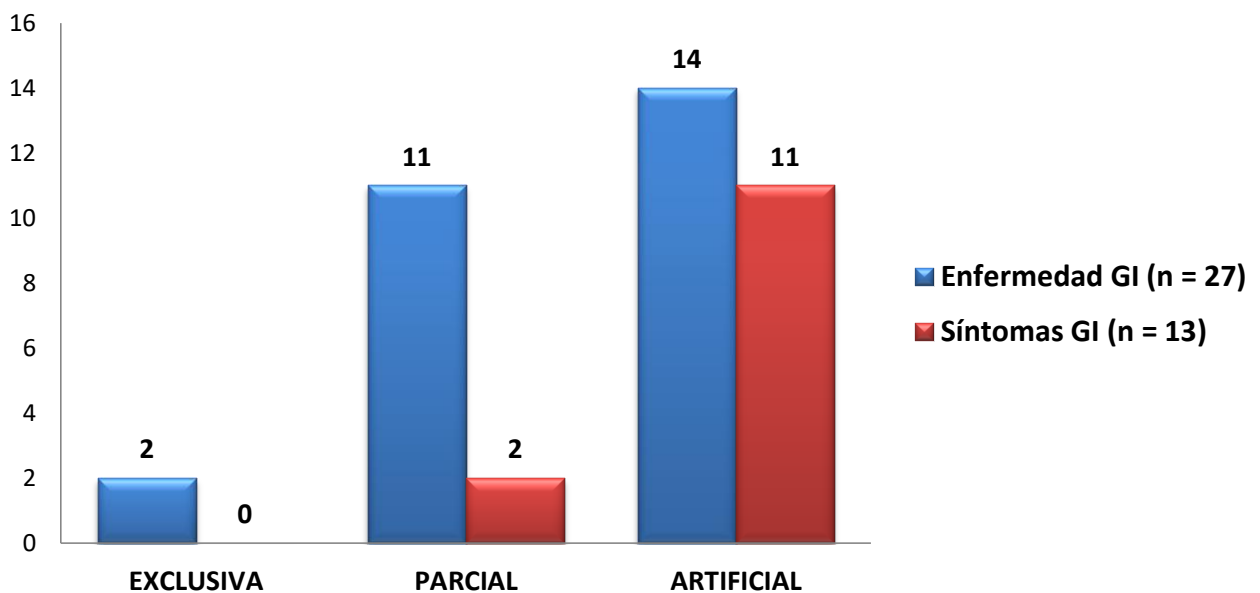
El 79% (n = 48) negó que los bebés sufrieran de manera frecuente síntomas gastrointestinales como cólicos, reflujo o constipación, (Figura 35).

Figura 35. Síntomas Gastrointestinales Frecuentes



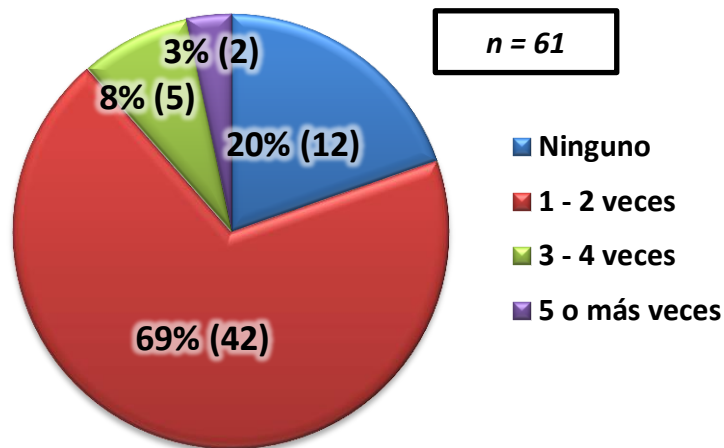
En la Figura 36 se desglosa la relación de los problemas gastrointestinales (episodios de enfermedades y síntomas) según el tipo de Lactancia, se observa que la mayoría de los casos corresponden a Lactancia Artificial, con 14 casos que tuvieron 1 – 2 episodios de enfermedad gastrointestinal en 6 meses y 11 casos que tuvieron síntomas gastrointestinales frecuentes, (Figura 36).

Figura 36. Problemas Gastrointestinales (GI) por Tipo de Lactancia



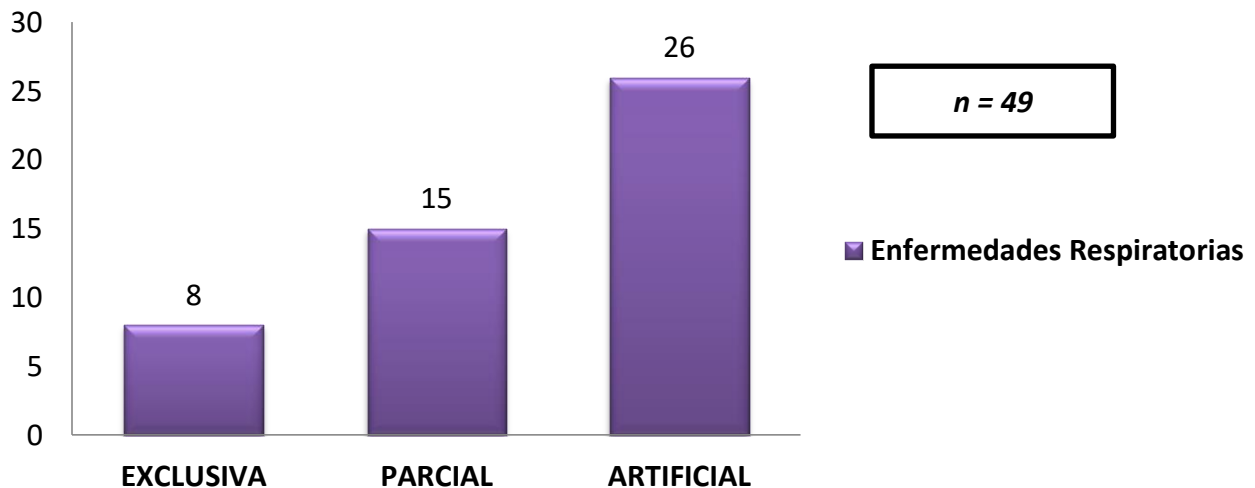
Las enfermedades respiratorias fueron más frecuentes, el 69% (n = 42) tuvo de 1 – 2 episodios durante sus primeros 6 meses de vida, (Figura 36). Se debe tomar en cuenta que la mayoría de los bebés nacieron al final del verano, por lo que sus primeros meses de vida transcurrieron en época de frío.

Figura 37. Episodios de Enf. Respiratorias



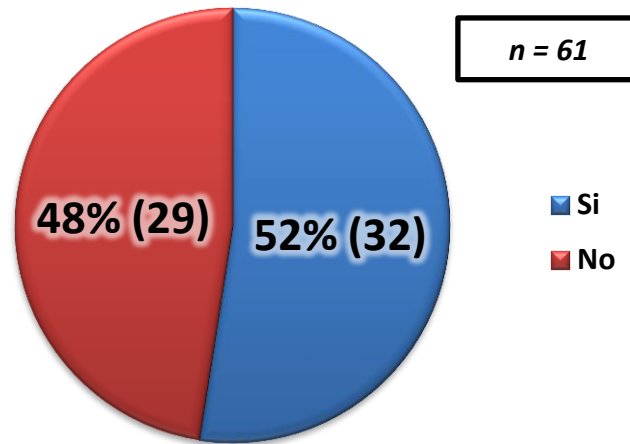
En la Figura 38 se desglosa la relación los episodios de enfermedades respiratorias según el tipo de Lactancia, se observa que la mayoría de los casos corresponden a Lactancia Artificial, con 26 casos en 6 meses, (Figura 38).

Figura 38. Enfermedades Respiratorias por Tipo de Lactancia



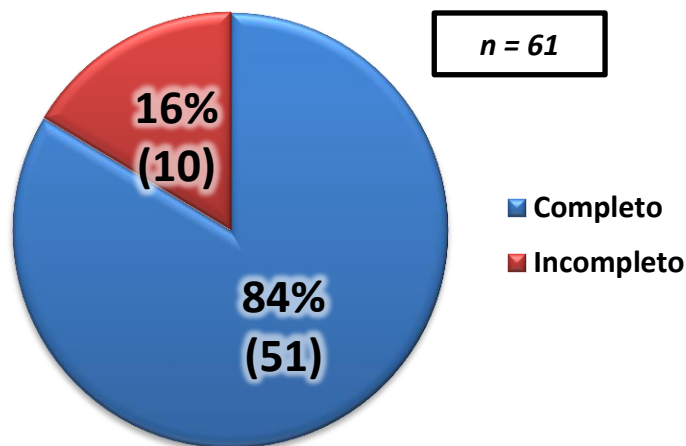
Solamente el 52% de los niños fueron llevados de manera regular a control médico, (Figura 43). La mayoría de las madres manifestaron que no pudieron llevar a sus bebés a control en la primera semana de vida por problemas administrativos. Las que los llevaron a control de niño sano lo hicieron por medio privado.

Figura 39. Control de Niño Sano



El 84% de los niños tenían su esquema de vacunación completo a los 6 meses de seguimiento, (Figura 44). Las madres de los bebés con esquema incompleto manifestaron que las razones eran por desabasto, enfermedad del niño o por ya no contar con seguro médico.

Figura 40. Esquema de Vacunación



ESTADÍSTICA INFERENCIAL. Para el análisis inferencial se utilizaron las siguientes pruebas estadísticas:

- Correlación de Spearman (Rho de Spearman cuyo Coeficiente de Correlación se expresa con ρ o con r_s) para analizar la relación entre:
 - Los conocimientos de Lactancia Materna post intervención y la duración de la Lactancia Materna Exclusiva.
 - Los conocimientos de Lactancia Materna post intervención y la puntuación post intervención de Autoeficacia.
 - La puntuación post intervención de Autoeficacia y la duración de la Lactancia Materna Exclusiva.
 - La puntuación post intervención de Autoeficacia y el patrón predominante de Lactancia a los 6 meses.

- Estadística descriptiva y diagramas de Caja y Bigotes para evaluar las diferencias de las puntuaciones post intervención de Autoeficacia entre los tipos de Lactancia a los 6 meses.

CONOCIMIENTOS DE LACTANCIA Y DURACIÓN DE LACTANCIA

MATERNA EXCLUSIVA. Se evaluó la relación entre los Conocimientos de Lactancia post intervención y la duración de Lactancia Materna Exclusiva utilizando la prueba de Correlación de Spearman. Se encontró un valor positivo de Rho de 0.131 con una $p = 0.347$ no resultando una relación estadísticamente significativa, con un intervalo de confianza de 95% (Tabla 10). Se evaluó también la relación de los Conocimientos de Lactancia post intervención con la duración de la Alimentación al Seno Materno, en la que se incluye Lactancia Exclusiva y Lactancia Parcial. Se encontró un valor de Rho de 0.271 con una $p = 0.035$, resultando una relación estadísticamente significativa, con un intervalo de confianza de 95%. Este valor de Rho se interpreta como sigue: existe una relación positiva *débil* entre los Conocimientos de Lactancia post intervención y la duración de la Alimentación al Seno Materno, (Tabla 10).

Tabla 10. Relación de Conocimientos de Lactancia - LME y Conocimientos de Lactancia – Alimentación al SM

	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO
Valor de r_s (Rho)	0.131	0.271
p	0.347	0.035*

* Correlación de Spearman $p < 0.05$

CONOCIMIENTOS DE LACTANCIA Y PUNTUACIÓN DE AUTOEFICACIA.

Se analizó la relación entre los Conocimientos de Lactancia post intervención y la puntuación de Autoeficacia post intervención mediante la prueba estadística Correlación de Spearman. Se encontró un valor positivo de Rho de 0.253 con una $p = 0.049$ resultando una relación estadísticamente significativa, con un intervalo de confianza de 95%. Por su valor y dirección la Rho de Spearman se interpreta de la siguiente manera: existe una relación positiva débil entre los Conocimientos de Lactancia y la puntuación de Autoeficacia, (Tabla 11).

Tabla 11. Relación de Conocimientos de Lactancia – Autoeficacia

Conocimientos de LM – Puntuación de Autoeficacia	
Valor de r_s (Rho)	0.253
p	0.049

* Correlación de Spearman $p < 0.05$

PUNTUACIÓN DE AUTOEFICACIA Y DURACIÓN DE LACTANCIA

MATERNA EXCLUSIVA. Se evaluó la relación entre la puntuación de Autoeficacia post intervención y la duración de Lactancia Materna Exclusiva utilizando la prueba de Correlación de Spearman. Se encontró un valor positivo de Rho de 0.313 con una $p = 0.014$ resultando una relación estadísticamente significativa, con un intervalo de confianza de 95%. Por su valor y dirección la Rho de Spearman se interpreta de la siguiente manera: existe una relación positiva *débil* entre la puntuación de Autoeficacia y la duración de la Lactancia Materna Exclusiva. La dirección positiva habla de relación directamente proporcional, es decir a mayor puntuación de Autoeficacia mayor duración de LME, (Tabla 12). Se evaluó también la relación de Autoeficacia post intervención con la duración de la Alimentación al Seno Materno, en la que se incluye Lactancia Exclusiva y Lactancia Parcial. Se encontró un valor de Rho de 0.422 con una $p = 0.001$, resultando una relación estadísticamente significativa, con un intervalo de confianza de 95%. Este valor de Rho se interpreta como sigue: existe una relación positiva *moderada* entre la puntuación de Autoeficacia y la duración de la Alimentación al Seno Materno, (Tabla 12).

Tabla 12. Relación de Autoeficacia con LME y Autoeficacia – Alimentación al SM

	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO
Valor de r_s (Rho)	0.313	0.422
p	0.014*	0.001*

* Correlación de Spearman $p < 0.05$

PUNTUACIÓN DE AUTOEFICACIA Y TIPOS DE LACTANCIA. Se relacionó la puntuación de Autoeficacia post intervención, obtenida con el cuestionario PBSES-e, con los tipos de Lactancia encontrados a los 6 meses de seguimiento.

- **Número de participantes por tipo de Lactancia:** Para la Lactancia Materna Exclusiva resultaron 13 participantes, para Lactancia Materna Parcial 21 participantes y para Lactancia Artificial 27 participantes (Tabla 13).
- **Medidas de tendencia central de las puntuaciones de Autoeficacia:** La *MEDIA* aritmética para LME fue de 88.77, para LMP de 89.52 y para LA de 80.93. La *MEDIANA* de LME fue de 89, la de LMP 95 y la de LA de 84. La *MODA* de LME fue de 89, la de LMP 100 y la de LA de 84. Con estas medidas encontramos que la Lactancia Materna Parcial tiene los puntajes más altos de Autoeficacia y la Lactancia Artificial los más bajos, (Tabla 13).
- **Medidas de dispersión de las puntuaciones de Autoeficacia:** El *MÍNIMO* de puntuación obtenida en LME fue de 75, en LMP 72 y en LA 49. El *MÁXIMO* fue de 100 para todos los tipos de Lactancia. El *RANGO* para LME fue de 28, para LMP de 43 y para LA de 49. La *DESVIACIÓN ESTÁNDAR* de las puntuaciones de LME fue de ± 8.992 , para LMP ± 11.733 y para LA de ± 12.197 . Con estas medidas observamos un puntaje mínimo de mayor valor y una variabilidad menor en las puntuaciones obtenidas por las participantes con Lactancia Materna Exclusiva, lo que se traduce en homogeneidad de la distribución de las puntuaciones, mientras que las puntuaciones mínimas de LMP y LA son de menor valor y se encuentran más dispersas, (Tabla 13)(Figura 41).

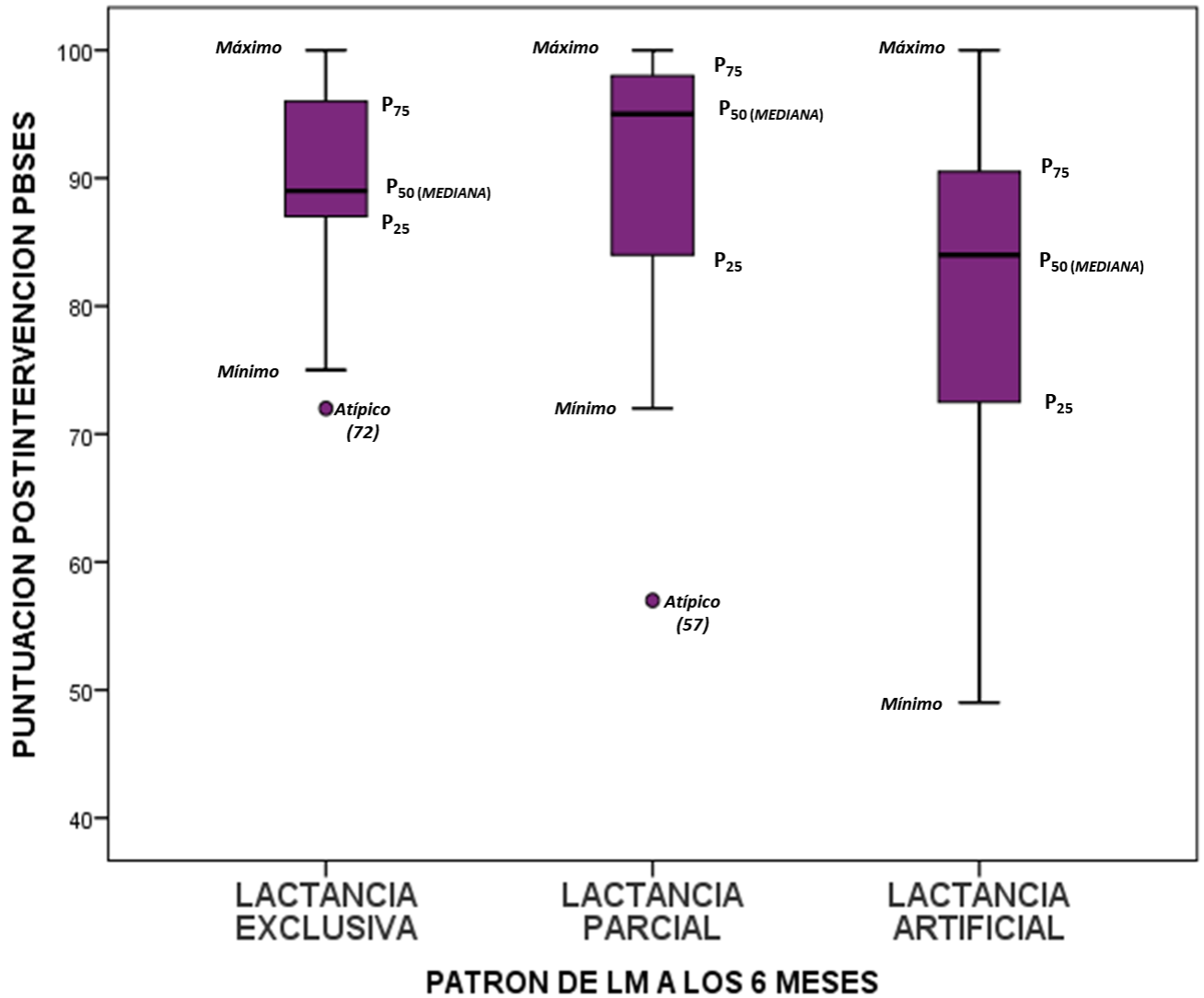
- **Medidas de posición no central de las puntuaciones de Autoeficacia:**

Con los diagramas de Caja y Bigotes se compararon visualmente las diferencias de las puntuaciones de Autoeficacia entre cada tipo de Lactancia. Los valores *MÍNIMOS* y *MÁXIMOS* se mencionaron anteriormente. Los percentiles de LME fueron: P_{25} 87, P_{50} (*MEDIANA*) 89, P_{75} 96. Los percentiles de LMP fueron: P_{25} 84, P_{50} (*MEDIANA*) 95, P_{75} 98. Los percentiles de LA fueron: P_{25} 72, P_{50} (*MEDIANA*) 84, P_{75} 92. Se observaron 2 valores atípicos, uno para LME correspondiendo a una puntuación de 72 y otro para LMP con una puntuación de 57. Con estas medidas de observa que la LME tiene una caja más estrecha que se traduce en mayor concentración de las puntuaciones, la caja representa el 50% de todos los casos de LME. La *MEDIANA* tiende a acercarse al límite inferior de la caja, representando una distribución asimétrica positiva. Por la longitud de los bigotes podemos decir que existe más variabilidad por debajo del P_{25} que por arriba de P_{75} , sin embargo, comparando el diagrama de caja y bigote de LME con el de LMP y LA observamos que existe mayor dispersión o variabilidad en las puntuaciones de las ultimas, principalmente las que corresponden a la Lactancia Artificial, misma que tiene las puntuaciones más bajas de Autoeficacia, corroborándose esto último por su puntaje mínimo, su *MEDIANA* y la posición/longitud de su caja, (Tabla 13)(Figura 41).

Tabla 13. Estadística Descriptiva de las Puntuaciones de Autoeficacia Post Intervención y los tipos de Lactancia a los 6 Meses

		TIPO DE LACTANCIA A LOS 6 MESES (n = 61)		
		LACTANCIA EXCLUSIVA	LACTANCIA PARCIAL	LACTANCIA ARTIFICIAL
PUNTUACIÓN POST INTERVENCIÓN PBSES-e	N	13	21	27
	MEDIA	88.77	89.52	80.93
	MEDIANA	89	95	84
	MODA	88	100	81
	MÍNIMO	75	72	49
	MÁXIMO	100	100	100
	RANGO	28	43	49
	DE	± 8.992	± 11.733	± 12.197
	NUMERO DE VALORES ATÍPICOS (valor atípico)	1 (72)	1 (57)	--
	PERCENTILES	25	87	84
50		89	95	84
75		96	98	92

Figura 41. Diagrama de Caja y Bigotes de las Puntuaciones de Autoeficacia por Tipo de Lactancia a los 6 meses



Se analizó la relación entre la puntuación post intervención de Autoeficacia con el patrón de Lactancia predominante a los 6 meses y con la duración de la Lactancia Artificial mediante la prueba estadística Correlación de Spearman. El tipo predominante de Lactancia a los 6 meses fue Lactancia Artificial, se evaluó la relación de este resultado con la puntuación post intervención de Autoeficacia y se encontró un valor negativo de Rho de - 0.324 con una $p = 0.011$ resultando una relación estadísticamente significativa, con un intervalo de confianza de 95%. Por su valor y dirección la Rho de Spearman se interpreta de la siguiente manera: existe una relación negativa débil entre la puntuación de Autoeficacia y la el patrón predominante de lactancia a los 6 meses Lactancia Artificial. La dirección negativa habla de relación inversamente proporcional, es decir a menor puntuación de Autoeficacia mayor frecuencia de Lactancia Artificial a los 6 meses, (Tabla 14). Este resultado se refuerza evaluando la relación de Autoeficacia post intervención con la duración de la Lactancia Artificial. Se encontró un valor de Rho de - 0.422 con una $p = 0.001$, resultando una relación estadísticamente significativa, con un intervalo de confianza de 95%. Este valor de Rho se interpreta como sigue: existe una relación negativa moderada entre la puntuación de Autoeficacia y la duración de la Lactancia Artificial, (Tabla 14).

Tabla 14. Relación de Autoeficacia con el patrón de Lactancia a los 6 meses y con la Duración de la Alimentación Artificial

	PATRÓN DE LACTANCIA A LOS 6 MESES (Lactancia Artificial)	DURACIÓN DE LACTANCIA ARTIFICIAL
Valor de r_s (Rho)	- 0.324	- 0.422
p	0.011*	0.001*

* Correlación de Spearman $p < 0.05$

ANÁLISIS BIVARIADO. Se evaluó la relación de las variables independientes, prenatales y postnatales reportadas previamente, con cada uno de los tipos de Lactancia encontrados a los 6 meses (variable dependiente). Se utilizaron las siguientes pruebas estadísticas para análisis de variables categóricas:

- Para buscar la existencia o no de asociación estadísticamente significativa se usó la prueba Chi-cuadrada de Pearson. En caso de no cumplir con las condiciones para validez del estadístico se utilizó la Prueba Exacta de Fisher.
- Para medir el grado de asociación global entre las variables se utilizó la prueba Coeficiente V de Cramer.
- Para medir el grado de asociación local se analizaron los Residuos Tipificados y los Residuos Corregidos de Haberman, obtenidos en el análisis de prueba Chi-cuadrada de Pearson los cuales son estadísticamente significativos con valores de ± 1.96 . Posteriormente se realizó la Corrección de Bonferroni, que asigna un nuevo valor crítico de α (p valor) a la tabla con el fin de disminuir la posibilidad de cometer un Error Tipo I. Se calculó un nuevo p valor por casilla a partir de los Residuos Corregidos en cada una y se compararon con el valor p de la Corrección de Bonferroni.
- Con la prueba estadística Coeficiente Tau de Goodman-Kruskal se valoró en qué medida la variable independiente evaluada predice un cambio en cada tipo de Lactancia encontrado a los 6 meses (variable dependiente).

Se encontraron múltiples asociaciones que tuvieron un valor de $p < 0.05$ con el estadístico Chi-cuadrada de Pearson, sin embargo al realizar el Análisis de

Residuos se encontró que la relación entre pares de categorías no era importante. Solamente se reportan las variables que tuvieron una relación estadísticamente significativa.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

- **OCUPACIÓN – LME.** Se encontró un valor de Chi-cuadrado de 10.645 (grados de libertad (gl) = 1, valor crítico = 3.841) con una $p = 0.003$, resultando una relación estadísticamente significativa. El valor del Coeficiente V de Cramer fue de 0.418 con una $p = 0.003$, traduciéndose en una asociación relativamente fuerte y estadísticamente significativa. El valor 0.175 del Coeficiente Tau de Goodman y Kruskal calculado considerando la variable Ocupación como independiente tiene la siguiente interpretación: conociendo la Ocupación, se reduce en un 17.5% la probabilidad de cometer un error al predecir la LME a 6 meses. Esto significa que la Ocupación tiene capacidad predictiva sobre la LME a 6 meses de 17.5%, lo cual es una asociación débil, (Tabla 15).

Tabla 15. Resultados de Pruebas Estadísticas LME – Ocupación

	Chi-cuadrada de Pearson	V de Cramer	Tau de Goodman y Kruskal
Valor	10.645	0.418	0.175
Significancia Valor p	0.003	0.003	0.003

En la Tabla 16 LME – OCUPACIÓN se observa que las participantes con empleo remunerado fueron las que tuvieron una frecuencia más alta de abandono de Lactancia Materna con un 65.6% (n = 40 de 45 participantes con empleo, se recodificó la variable *Ocupación* para incluir en “Empleo” a la participante clasificada en “2 o más”, con el objetivo de facilitar el análisis con la prueba Chi-cuadrada de Pearson). Al realizar el Análisis de Residuos se observa que el Residuo Tipificado de las participantes sin empleo que continuaron LME a los 6 meses tiene el valor más grande con 2.49, por lo que aportó en mayor medida al valor de Chi-cuadrada de Pearson y es la que genera la fuente de asociación entre las variables. Todos los Residuos Corregidos tienen un valor de ± 3.26 (mayor a ± 1.96), el valor de p calculado por casilla a partir de los Residuos Corregidos se comparó con el valor de p de la Corrección de Bonferroni resultando estadísticamente significativo ($p 0.0011 < p 0.0125$). Se concluye que las participantes sin empleo son las que se relacionan más con la LME a los 6 meses.

Tabla 16. Ocupación – LME a los 6 meses

Valor de Bonferroni Corregido $p 0.0125$		LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LOS 6 MESES		Total	
		SI	NO		
OCUPACIÓN	EMPLEADA	Recuento	5	40	45
		Frecuencia esperada	9.6	35.4	45.0
		% del total	8.2%	65.6%	73.8%
		Residuo	-4.59	4.59	
		Residuos tipificados	-1.48	0.77	
		Residuos corregidos	-3.26	3.26	
		p	0.0011	0.0011	
	NO EMPLEADA	Recuento	8	8	16
		Frecuencia esperada	3.4	12.6	16.0
		% del total	13.1%	13.1%	26.2%
		Residuo	4.59	-4.59	
		Residuos tipificados	2.49	-1.29	
		Residuos corregidos	3.26	-3.26	
		p	0.0011	0.0011	
Total	Recuento	13	48	61	
	Frecuencia esperada	13.0	48.0	61.0	
	% del total	21.3%	78.7%	100.0%	

- USO DE BIBERÓN EN CASA – LME.** Se encontró un valor de Chi-cuadrado de 39.479 (grados de libertad (gl) = 1, valor crítico = 3.841) con una $p = 0.001$, resultando una relación estadísticamente significativa. El valor del Coeficiente V de Cramer fue de 0.804 con una $p = 0.003$, traduciéndose en una asociación muy fuerte y estadísticamente significativa. El valor 0.647 del Coeficiente Tau de Goodman y Kruskal nos habla de que el uso del biberón tiene una capacidad predictiva sobre la LME a 6 meses de 64.7 %, lo cual es una asociación fuerte, (Tabla 17).

Tabla 17. Resultados de Pruebas Estadísticas LME – Uso de Biberón en Casa

	Chi-cuadrada de Pearson	V de Cramer	Tau de Goodman y Kruskal
Valor	39.479	0.804	0.647
Significancia Valor p	0.001	0.001	0.001

En la Tabla 18 LME – USO DE BIBERÓN EN CASA se observa que las participantes que alimentaron a sus bebés con biberón fueron las que tuvieron una frecuencia más alta de abandono de Lactancia Materna con un 75.4% (n = 46). El Residuo Tipificado con mayor valor (4.94) fue el de las participantes que no alimentaron a sus bebés con biberón y que continuaron con la LME hasta los 6 meses con un 4.94 y es el que genera la fuente de asociación entre las variables. Todos los Residuos Corregidos tienen un valor de ± 6.28 (mayor a ± 1.96), el valor de p calculado por casilla a partir de los Residuos Corregidos se comparó con el valor de p de la Corrección de Bonferroni resultando estadísticamente significativo ($p 0.00000000033 < p 0.0125$), (Tabla 18).

Se concluye que las participantes que no alimentaron con biberón a sus bebés son las que se relacionan más con la LME a los 6 meses.

Tabla 18. Uso de Biberón en Casa – LME a los 6 meses

Valor de Bonferroni Corregido $p 0.0125$			LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LOS 6 MESES		Total
			SI	NO	
USO DE BIBERÓN	SI	Recuento	2	46	48
		Frecuencia esperada	10.2	37.8	48.0
		% del total	3.3%	75.4%	78.7%
		Residuo	-8.23	8.23	
		Residuos tipificados	-2.57	1.34	
		Residuos corregidos	-6.28	6.28	
		p	0.00000000033	0.00000000033	
	NO	Recuento	11	2	13
		Frecuencia esperada	2.8	10.2	13.0
		% del total	18.0%	3.2%	21.3%
		Residuo	8.23	-8.23	
		Residuos tipificados	4.94	-2.57	
		Residuos corregidos	6.28	-6.28	
		p	0.00000000033	0.00000000033	
Total	Recuento	13	48	61	
	Frecuencia esperada	13.0	48.0	61.0	
	% del total	21.3%	78.7%	100.0%	

LACTANCIA MATERNA PARCIAL

- **MOTIVOS RELACIONADOS A LA MADRE – LMP.** Se analizaron los motivos que tuvieron las madres para iniciar la Lactancia Materna Parcial. Se encontró un valor de Chi-cuadrado de 23.807 (grados de libertad (gl) = 6, valor crítico = 12.592) con una $p = 0.001$, sin embargo 9 casillas (64.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5 y la mínima esperada de 0.34, por lo que se decide utilizar la Prueba Exacta de Fisher la cual tiene un valor de 23.090 y una $p = 0.001$, resultando una relación estadísticamente significativa. El valor del Coeficiente V de Cramer fue de 0.625 con una $p = 0.001$, traduciéndose en una asociación fuerte y estadísticamente significativa (Tabla 19).

Tabla 19. Resultados de Pruebas Estadísticas LMP – Motivos Relacionados a la Madre para Inicio de LMP

	Prueba Exacta de Fisher	V de Cramer
Valor	12.729	0.538
Significancia Valor p	0.010	0.006

En la Tabla 20 LMP – MOTIVOS RELACIONADOS A LA MADRE PARA INICIO DE LMP se observa que la razón principal fue el inicio del trabajo o escuela con un 25% ($n = 12$), el cual tuvo también el Residuo Tipificado con mayor valor (1.89), generando la fuente de asociación entre las variables. El Residuo Corregido en esa casilla tuvo un valor de ± 3.09 (mayor a ± 1.96), el valor de p calculado de la casilla a partir de su Residuo Corregido se comparó con el valor de p de la Corrección de Bonferroni de la tabla resultando estadísticamente significativo ($p 0.0022 < p 0.0125$). Se concluye que el inicio del trabajo o la escuela se relaciona más con la LMP a los 6 meses, (Tabla 20).

Tabla 20 LMP – Motivos Relacionados a la Madre para Inicio de LMP

Valor de Bonferroni Corregido p 0.004166667		LACTANCIA PARCIAL A LOS 6 MESES		Total	
		SI	NO		
RAZÓN DE INICIO LM PARCIAL RELACIONADA A MADRE	POCA PRODUCCION DE LECHE	Recuento	3	8	11
		Frecuencia esperada	4.8	6.2	11.0
		% del total	6.3%	16.7%	22.9%
		Residuo	-1.81	1.81	
		Residuos tipificados	-.83	.73	
		Residuos corregidos	-1.25	1.25	
	p	0.2095758939333910	0.2095758939333910		
	PROBLEMAS EN EL PEZON O LA MAMA	Recuento	1	0	1
		Frecuencia esperada	.4	.6	1.0
		% del total	2.1%	0.0%	2.1%
		Residuo	.56	-.56	
		Residuos tipificados	.85	-.75	
		Residuos corregidos	1.15	-1.15	
	p	0.2518395830125390	0.2518395830125390		
	MEDICAMENTOS / ENFERMEDAD	Recuento	0	3	3
		Frecuencia esperada	1.3	1.7	3.0
% del total		0.0%	6.3%	6.3%	
Residuo		-1.31	1.31		
Residuos tipificados		-1.15	1.01		
Residuos corregidos		-1.58	1.58		
p	0.1146526416844950	0.1146526416844950			
INICIO DE TRABAJO / ESCUELA	Recuento	12	4	16	
	Frecuencia esperada	7.0	9.0	16.0	
	% del total	25.0%	8.3%	33.3%	
	Residuo	5.00	-5.00		
	Residuos tipificados	1.89	-1.67		
	Residuos corregidos	3.09	-3.09		
p	0.0020282311484521	0.0020282311484521			
2 O MAS MOTIVOS	Recuento	5	9	14	
	Frecuencia esperada	6.1	7.9	14.0	
	% del total	10.4%	18.8%	29.2%	
	Residuo	-1.13	1.13		
	Residuos tipificados	-.45	.40		
	Residuos corregidos	-.72	.72		
p	0.4714363123873700	0.4714363123873700			
NINGUNA	Recuento	0	3	3	
	Frecuencia esperada	1.3	1.7	3.0	
	% del total	0.0%	6.3%	6.3%	
	Residuo	-1.31	1.31		
	Residuos tipificados	-1.15	1.01		
	Residuos corregidos	-1.58	1.58		
p	0.1146526416844950	0.1146526416844950			
Total	Recuento	21	27	48	
	Frecuencia esperada	21.0	27.0	48.0	
	% del total	43.8%	56.3%	100.0%	

LACTANCIA ARTIFICIAL

- **SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES FRECUENTES – LA.** Se encontró un valor de Chi-cuadrado de 10.904 (grados de libertad (gl) = 1, valor crítico = 3.841) con una $p = 0.001$, resultando una relación estadísticamente significativa. El valor del Coeficiente V de Cramer fue de 0.423 con una $p = 0.001$, traduciéndose en una asociación relativamente fuerte y estadísticamente significativa. El valor 0.179 del Coeficiente Tau de Goodman y Kruskal considerando a los Síntomas Gastrointestinales como variable dependiente, nos habla de que la Lactancia Artificial tiene una capacidad predictiva sobre los Síntomas Gastrointestinales de 17.9 %, lo cual es una asociación débil, (Tabla 21).

Tabla 21. Resultados de Pruebas Estadísticas LA – Síntomas Gastrointestinales Frecuentes

	Chi-cuadrada de Pearson	V de Cramer	Tau de Goodman y Kruskal
Valor	10.904	0.423	0.179
Significancia Valor p	0.001	0.001	0.001

El Análisis de los Residuos confirma la relación entre Lactancia Artificial y síntomas gastrointestinales frecuentes, la casilla tuvo el Residuo Tipificado con mayor valor (2.19) generando la fuente de asociación entre las variables, los Residuos Corregidos tuvieron un valor de ± 3.30 (mayor a ± 1.96), el valor de p calculado de la casilla a partir de su Residuo Corregido se comparó con el valor de p de la Corrección de Bonferroni de la tabla resultando estadísticamente significativo ($p .0009 < p 0.0125$), (Tabla 22).

Tabla 22. LA a los 6 Meses – Síntomas Gastrointestinales Frecuentes

Valor de Bonferroni Corregido p 0.0125			SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES FRECUENTES		Total
			SI	NO	
LACTANCIA ARTIFICIAL A LOS 6 MESES	SI	Recuento	11	16	27
		Frecuencia esperada	5.8	21.2	27.0
		% del total	18.0%	26.2%	44.3%
		Residuo	5.25	- 5.25	
		Residuos tipificados	2.19	- 1.14	
		Residuos corregidos	3.30	- 3.30	
		p	<i>0.000959</i>	<i>0.000959</i>	
	NO	Recuento	2	32	34
		Frecuencia esperada	7.2	26.8	34.0
		% del total	3.3%	52.5%	55.7%
		Residuo	- 5.25	5.25	
		Residuos tipificados	- 1.95	1.01	
		Residuos corregidos	- 3.30	3.30	
		p	<i>0.000959</i>	<i>0.000959</i>	
Total	Recuento	13	48	61	
	Frecuencia esperada	13.0	48.0	61.0	
	% del total	21.3%	78.7%	100.0%	

- **TÉCNICA DE LM ADECUADA EN LA 1RA SEMANA – DIFICULTAD PARA ALIMENTACIÓN AL SM.** Se encontró un valor de Chi-cuadrado de 33.089 (grados de libertad (gl) = 1, valor crítico = 3.841) con una $p = 0.001$, resultando una relación estadísticamente significativa. El valor del Coeficiente V de Cramer fue de 0.737 con una $p = 0.001$, traduciéndose en una asociación muy fuerte y estadísticamente significativa. El valor 0.542 del Coeficiente Tau de Goodman y Kruskal nos habla de que la Técnica de LM tiene una capacidad predictiva sobre la Dificultad de 54.2 %, lo cual es una asociación fuerte, (Tabla 23).

Tabla 23. Resultados de Pruebas Estadísticas Técnica de LM Adecuada en la 1ra Semana – Dificultad para la Alimentación al Seno Materno

	Chi-cuadrada de Pearson	V de Cramer	Tau de Goodman y Kruskal
Valor	33.089	0.737	0.542
Significancia Valor p	0.001	0.001	0.001

En la Tabla 24 TÉCNICA ADECUADA PARA LM – DIFICULTAD PARA LA ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO se observa que las participantes que tuvieron una técnica inadecuada presentaron una mayor frecuencia de dificultad para la alimentación al Seno Materno con un 65.6% (n = 40). Al realizar el Análisis de Residuos se observa que el Residuo Tipificado de las participantes que sí tuvieron una técnica adecuada y que no presentaron dificultad para la alimentación al SM tuvo el valor más grande con 4.10, por lo que aportó en mayor medida al valor de Chi-cuadrada de Pearson y es la que genera la fuente de asociación entre las variables. Todos los Residuos Corregidos tienen un valor de ± 5.75 (mayor a ± 1.96), el valor de p calculado por casilla a partir de los Residuos Corregidos se comparó con el valor de p de la Corrección de Bonferroni resultando estadísticamente significativo ($p 0.000000008 < p 0.0125$). Se concluye que la técnica adecuada de LM en la primera semana se relaciona con no tener dificultad para la alimentación al Seno Materno, (Tabla 24).

Tabla 24. Técnica Adecuada para LM en la 1ra Semana – Dificultad para la Alimentación al Seno Materno

Valor de Bonferroni Corregido p 0.0125		DIFICULTAD PARA ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO		Total	
		SI	NO		
TÉCNICA ADECUADA PARA LM	SI	Recuento	6	14	20
		Frecuencia esperada	15.1	4.9	20.0
		% del total	9.8%	23.0%	32.8%
		Residuo	- 9.08	9.08	
		Residuos tipificados	- 2.34	4.10	
		Residuos corregidos	- 5.75	5.75	
		p	0.000000008	0.000000008	
	NO	Recuento	40	1	41
		Frecuencia esperada	30.9	10.1	41.0
		% del total	65.6%	1.6%	67.2%
		Residuo	9.08	- 9.08	
		Residuos tipificados	2.49	-1.29	
		Residuos corregidos	5.75	- 5.75	
		p	0.000000008	0.000000008	
Total	Recuento	46	15	61	
	Frecuencia esperada	46.0	15.0	61.0	
	% del total	75.4%	24.6%	100.0%	

DISCUSIÓN

El presente estudio tiene la finalidad de evaluar el efecto de la educación prenatal sobre la Autoeficacia y la duración de la Lactancia Materna Exclusiva. Los resultados mostraron que el aumentar el nivel de conocimientos aumentó el nivel de Autoeficacia, la cual se relacionó con una mayor frecuencia de Lactancia Materna Exclusiva a los 6 meses. Este efecto no fue exclusivo de un mayor nivel de conocimientos al final de la intervención, sino también por el diseño del programa y la dinámica que se dio durante las clases impartidas, en las cuales se alentaba a la futura mamá a confiar en sí misma. La teoría de Albert Bandura explica las 4 fuentes de información que construyen la Autoeficacia²²: 1.- Logros de ejecución, 2.- Experiencia vicaria, 3.- Persuasión verbal, 4.- Estados somáticos y afectivos. En base a la teoría de Bandura, la Dra. Cindy-Lee Dennis²³ diseñó un marco de referencia para el estudio de la confianza materna, transformando la teoría de Bandura en una teoría de Autoeficacia de Lactancia. El programa impartido en este estudio se apegó de forma rudimentaria a esta teoría.

Se observó que el nivel de conocimientos no tuvo impacto en la duración de la Lactancia Materna Exclusiva, pero sí se relacionó con una mayor duración de la alimentación al Seno Materno.

Estos hallazgos coinciden con los reportados en la literatura. En una revisión sistemática²⁴ de 24 estudios, hecha por Lumbiganon y cols, se encontró que la educación prenatal en Lactancia Materna, no mejora el inicio de Lactancia Materna ni aumenta la frecuencia de cualquier tipo de Lactancia o de Lactancia Materna

Exclusiva a los 3 y 6 meses postparto. En un estudio²⁵ realizado por Wong y cols, se evaluaron a 469 mujeres embarazadas divididas en dos grupos, uno recibiendo cuidado prenatal de rutina y el otro recibiendo adicionalmente una asesoría personal de 20-30 minutos sobre lactancia, no se encontró diferencia estadísticamente significativa en cualquier tipo de Lactancia y Lactancia Materna Exclusiva a las 6 semanas, 3 meses y 6 meses postparto.

Por otro lado, se ha demostrado que las intervenciones educativas prenatales que tienen el objetivo de aumentar la Autoeficacia sí se relacionan con una mayor duración de Lactancia Materna Exclusiva, aunque no por largos periodos. Estas intervenciones son diseñadas en base a la teoría de Albert Bandura y el trabajo de Cindy-Lee Dennis. Wajed Hatamleh realizó un estudio²⁶ cuasiexperimental a 37 mujeres embarazadas entre 28 – 38 semanas de gestación divididas en grupo control y grupo de intervención, aplicando a este último grupo el programa llamado Breastfeeding Self-Efficacy Intervention Program (BSEIP), se evaluó el nivel de Autoeficacia postparto y la frecuencia de Lactancia a las 6 semanas del nacimiento. Se observó que las madres del grupo de intervención tuvieron una puntuación mayor de Autoeficacia y lactaron por más tiempo que el grupo control. Otsuka y cols realizaron un estudio²⁷ de intervención que involucraba a dos Hospitales Amigo del Niño (HAN) y dos Hospitales no certificados como Hospital Amigo del Niño (nHAN). Se dividió a las 781 mujeres embarazadas participantes en un grupo control y otro de intervención, cada uno con integrantes de los dos tipos de hospitales. A las participantes del grupo de intervención se les dio un libro de trabajo sobre autoeficacia en su tercer trimestre. Las pertenecientes

a Intervención/HAN mejoro la Autoeficacia y la Lactancia Materna Exclusiva a las 4 semanas postparto, sin embargo no se observó diferencia estadísticamente significativa a las pertenecientes a intervención/nHAS. La intervención no fue efectiva en ninguno de los grupos a las 12 semanas postparto. No hubo diferencia estadísticamente significativa en los grupos control/HAN y control/nHAN, pero si se observó una diferencia importante contrastada con el grupo de intervención. La observación más importante del estudio anterior fue que las prácticas de los hospitales al momento del nacimiento influyen en el inicio y duración de la Lactancia, ya que se menciona en el artículo que los niños nacidos en nHAN fueron alimentados con formula y no permanecieron en alojamiento conjunto. En un estudio²⁸ realizado por Ansari y cols se evaluaron a 120 mujeres embarazadas divididas en grupo de intervención y grupo control. A las de grupo de intervención se les impartió un programa educativo consistente en dos sesiones de dos horas cada una. Se determinó el nivel de autoeficacia al mes postparto y la frecuencia de LME a los 6 meses. Se observó un nivel elevado de Autoeficacia y una duración de LME mayor en el grupo de intervención que en grupo control (5 meses vs 2.7 meses). En un estudio²⁹ realizado por Noel-Weiss y cols, se dio un taller prenatal de lactancia a 110 mujeres, con una duración de 2.5 horas basado en la teoría de A. Bandura. Se evaluó el nivel de Autoeficacia y la duración de LME a las 4 y 8 semanas postparto, los cuales fueron mayores en el grupo de intervención que en el grupo control.

La mayoría de las características sociodemográficas predominantes de las participantes de este estudio no difieren de las descritas como factores protectores para la Lactancia^{18, 19} como: edad mayor a 20 años, estado civil casada, multigesta,

primípara, adecuado control prenatal, núcleo integrado, apoyo del conyugue, experiencia previa en lactancia e intención de lactar, nacimiento por vía vaginal, peso normal del producto, primer contacto madre/hijo en la primer hora de vida, inicio temprano de Lactancia Materna, alojamiento conjunto, no uso de sucedáneos en el hospital y ayuda por parte del personal de salud para el inicio de la Lactancia.

Entre las características presentadas por las participantes y que la literatura^{14, 15, 16} identifica como un riesgo de abandono de la Lactancia Exclusiva se encuentran: tener empleo, nivel educativo básico, nivel socioeconómico medio-bajo y no recibir capacitación previa en Lactancia por el personal de salud.

Un aspecto importante a resaltar son las dificultades para la lactancia presentadas por las participantes de este estudio posterior al nacimiento, en especial durante la primera semana. Aun después de haber mejorado su nivel de Autoeficacia y su nivel de conocimientos, la mayoría se enfrentó a dificultades relacionadas a una mala técnica de Lactancia. Dennis²³ menciona que la principal razón por la que las madres abandonan prematuramente la LM es la dificultad presentada al momento de amamantar más que el ser una decisión propia. En el presente estudio solo 3 participantes recibieron ayuda por parte del personal de salud y al interrogatorio sobre la calidad de la atención la describieron como deficiente y superficial.

CONCLUSIÓN

La educación prenatal en Lactancia Materna aumentó el nivel de Autoeficacia ($p = 0.001$) y mejoró los conocimientos de Lactancia de las participantes ($p = 0.001$). Estos conocimientos de Lactancia no tuvieron efecto en la duración de la Lactancia Materna Exclusiva ($p = 0.347$) pero sí se relacionó a una mayor duración de la alimentación al Seno Materno ($p = 0.035$). La Autoeficacia tiene una relación débil, directamente proporcional, con la duración de la Lactancia Materna Exclusiva ($p = 0.014$). A mayor Autoeficacia, mayor frecuencia de LME. Con base en lo anterior, se acepta de manera parcial la hipótesis de investigación, ya que la educación prenatal sí incrementa la Autoeficacia pero no tiene efecto en la duración de la Lactancia Materna Exclusiva.

El tipo de lactancia encontrado a los 6 meses fue: Lactancia Artificial 44% ($n = 27$), Lactancia Materna Parcial 35% ($n = 21$) y Lactancia Materna Exclusiva 21% ($n = 13$).

De las características sociodemográficas que se relacionaron con la Lactancia Materna Exclusiva a los 6 meses fue el no tener empleo remunerado (asociación relativamente fuerte, $p = 0.003$) y el no usar biberón en casa (asociación fuerte, $p = 0.001$).

El motivo principal para el inicio de Lactancia Materna Parcial fue el retorno al trabajo (relación fuerte, $p = 0.010$).

Existe una relación relativamente fuerte entre los síntomas gastrointestinales frecuentes y la Lactancia Artificial ($p = 0.001$).

Existe una relación muy fuerte entre la técnica adecuada de Lactancia en la primera semana y el presentar dificultad para dar Lactancia Materna ($p = 0.001$).

La Lactancia Materna Parcial tuvo un mayor nivel de Autoeficacia (mediana 95), seguido por la Lactancia Materna Exclusiva (mediana 89) y Lactancia Artificial (mediana 84).

Los conocimientos de lactancia se relacionaron positivamente con la Autoeficacia ($p = 0.049$).

La Autoeficacia tiene una relación moderada, directamente proporcional, con la duración de la alimentación al Seno Materno ($p = 0.001$).

La Autoeficacia tiene una relación débil, inversamente proporcional a la Lactancia Artificial ($p = 0.011$), a menor Autoeficacia mayor frecuencia de Lactancia Artificial.

Existe relación relativamente fuerte entre la Lactancia Materna Exclusiva a los 6 meses y el no tener un empleo remunerado ($p = 0.003$).

Existe una relación fuerte entre la Lactancia Materna Exclusiva a los 6 meses y el uso de biberón en casa ($p = 0.001$).

Existe una relación fuerte entre el retorno al trabajo y el inicio de la Lactancia Materna Parcial ($p = 0.010$).

FORTALEZAS Y LIMITACIONES

Fortalezas:

- Fácilmente replicable, el programa estuvo apegado a las recomendaciones internacionales de lactancia y se abordó de forma sencilla a las participantes. Aunque tiene mucho margen para mejorar.
- Gracias al horario sabatino, se pudo crear una atmosfera de tranquilidad y ambiente neutro durante la sesión, fuera de la agitación diaria de la unidad. El ambiente fue propicio para la expresión de dudas y para compartir experiencias.
- Las participantes expresaron su satisfacción con el contenido y la dinámica de la sesión, muchas manifestaron el deseo de que se impartiera de forma regular en la unidad.
- De bajo costo.
- Con la selección de pruebas estadísticas se intentó reducir al mínimo la probabilidad de cometer un error tipo I, dada la naturaleza de un estudio cuasiexperimental con un grupo fácilmente sesgado por variables confusoras.

Limitaciones:

- El tipo de muestreo no probabilístico, dirigido por conveniencia y el no tener un grupo control. Al no ser una muestra representativa de la unidad limita el alcance de la generalización de los resultados.
- Se pudo presentar un sesgo de selección ya que solo las mujeres embarazadas que mostraron interés en aprender de Lactancia aceptaron participar.
- Las mujeres embarazadas fueron conscientes de su participación en un estudio de investigación por lo que se pudo dar el efecto Hawthorne al realizar las mediciones de Autoeficacia postintervención.
- Fue difícil el reclutamiento al no existir un censo actualizado de todas las mujeres embarazadas afiliadas a la unidad, con datos de contacto completos.
- Fue difícil el seguimiento telefónico debido a la disponibilidad de horario limitada y variable de las participantes.
- Esta misma limitante en la disponibilidad de las participantes y también del investigador dificultó realizar valoraciones físicas cuando el problema presentado lo ameritaba o lo solicitaban las participantes.
- Otra razón por la que fue difícil para las madres buscar ayuda es el no recibir atención médica para su bebé si no se encuentra afiliado a la unidad, proceso que se retrasa por los trámites administrativos relacionados a la expedición de su certificado de nacimiento. El proceso se completaba después de la primera semana postparto.

RECOMENDACIONES

La recomendación más importante es dar seguimiento postparto. Los estudios que brindan apoyo en lactancia posterior al nacimiento han mostrado ser más efectivos que la educación prenatal sola. Recomiendan apoyo continuo postparto por parte del personal de salud, no solo de la familia.

Existen muchas formas en que la UMF 27 se puede involucrar más en el seguimiento de sus derechohabientes en Lactancia. Están prácticamente abandonadas a su suerte.

Debido al proceso de adaptación a un nuevo estilo de vida con un bebé recién nacido las madres encuentran complicado el acercarse a la unidad por ayuda, es importante la participación de los grupos voluntarios existentes en la unidad. Se propone capacitar en lactancia a las promotoras de salud de comunidad para formar grupos de ayuda accesibles a las nuevas mamás.

Se propone implementar un programa similar al diseñado en este estudio, mejorado con las recomendaciones de Dennis²³, enfocado a desarrollar un sentido de Autoeficacia en Lactancia. La unidad cuenta con recursos humanos en los internos, pasantes de medicina, pasantes de enfermería y residentes de medicina familiar, también se pueden capacitar para brindar apoyo en Lactancia. Los pocos minutos de consulta con el médico familiar no son suficientes para realizar una valoración integral a una madre que presenta dificultad para amamantar y mucho menos para mejorar su sentido de Autoeficacia en Lactancia.

Este estudio demostró que la educación prenatal sola no mejora la frecuencia de LME ni ayuda a las nuevas madres a superar los problemas enfrentados al momento de amamantar. El programa implementado abarcó de forma general pero completa lo básico que una futura madre debe saber sobre Lactancia y aun así no fue suficiente, pudiera ser que las pláticas que se den en medicina preventiva, en trabajo social y en el consultorio de medicina familiar tampoco sean suficientes. El 84% de las pacientes refirió no haber recibido información sobre Lactancia antes del estudio. Tenemos muchas áreas de oportunidad para hacer de la UMF 27 una unidad promotora y protectora de la Lactancia Materna.

Se propone utilizar en el instituto el cuestionario Prenatal Breast-feeding Self-Efficacy Scale (PBSES-e) como herramienta de tamizaje para abandono prematuro de LM.

Se proponen nuevas líneas de investigación para evaluar vías de mejora en nuestra UMF 27:

- Evaluar capacitación prenatal en Lactancia con enfoque en mejorar Autoeficacia con seguimiento periódico postparto y en dificultades.
- Evaluar capacitación en lactancia de pareja o de familia.
- Evaluar la implementación de un programa comunitario en Lactancia.
- Evaluar la efectividad de un grupo de apoyo en la unidad.
- Evaluar la efectividad de un programa de Lactancia en la unidad, similar a DIABETIMSS.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- OMS Organización Mundial de la Salud [sede web]. Ginebra: Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA); [Fecha desconocida]. Lactancia materna exclusiva; [actualizado 23 de febrero de 2015; consultado noviembre 2015]; [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/
2. - Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2002 [consultado noviembre 2015]; Issue 1. Art. No.: CD003517. Disponible en: DOI: 10.1002/14651858.CD003517.
3. - The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding: Report of an expert Consultation. Geneva: World Health Organization; 2001 [consultado diciembre 2015]. Reference No.: WHO/NHD/01.09, WHO/FCH/CAH/01.24. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67219/1/WHO_NHD_01.09.pdf?ua=1
4. - Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2012 [consultado noviembre 2015]; Issue 8. Art. No.: CD003517. Disponible en: DOI: 10.1002/14651858.CD003517.pub2.
- 5.- Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño [Internet]. Ginebra: OMS; 2003. [Consultado noviembre 2015]. p. 8 Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42695/1/9243562215.pdf>

6. - Ladomenou F, Moschandreas J, Kafatos A, Tselentis Y, Galanakis E. Protective effect of exclusive breastfeeding against infections during infancy: a prospective study. Arch Dis Child 2010; 95(12): 1004-1008.
7. - Duijts L, Jaddoe V, Hofman A, Moll H. Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. Pediatrics 2010; 126(1): 18 – 25.
8. - Iyengar S, Walker W. Immune factors in breast milk and the development of atopic disease. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2012; 55(6):641 – 647.
9. - Isaacs E, Fischl B, Quinn B, Chong W, Gadian D, Lucas A. Impact of Breast Milk on Intelligence Quotient, Brain Size, and White Matter Development. Pediatr Res 2010; 67(4):357 – 362.
- 10.- Black R, Victora C, Walker S, Bhutta Z, Christian P, de Onis M et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. Lancet 2013; 382(9890): 427 – 451.
11. - World Health Organization [sede web]. Geneva: WHO; 2015. World Health Statistics 2015; [consultado febrero 2016]; [aproximadamente pantalla]. Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/
- 12.- Instituto Nacional de Salud Pública [sede Web]. México: Instituto Nacional de Salud Pública, México; 2013. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales; [actualizado 22 de octubre de 2015; consultado enero 2016]; [192 paginas]. Disponible en:

<http://www.insp.mx/produccion-editorial/nuevas-publicaciones/3004-encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-2012-resultados-nacionales-2da-edicion.html>

13. - WHO/UNICEF. Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014. [consultado febrero 2016].

Referencia WHO/NMH/NDH/14.7. Disponible en:
http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/en/

14.- Brown C, Dodds L, Legge A, Bryanton J, Semenic S. Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. Can J Public Health 2011; 105(3):179 – 185.

15.- Oliver A, Martínez M, Cabrero J, Pérez S, Laguna G, Flores J, et al. Factores asociados al abandono de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2010 [consultado diciembre 2015]; 18(3): 79-87. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_12.pdf

16.- Navarro M, Duque M, Trejo y Pérez J. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. Salud Pública Méx 2003; 45(4): 276 – 284.

17.- Pavón A. Prevalencia de lactancia maternal exclusiva y características maternas asociadas [Tesis no publicada]. Tijuana (B.C.): UABC; 2014. 53 p.

18. - Meedy S, Fahy K, Kable A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. Women Birth [Internet]. 2010 [consultado

octubre 2015]; 23(4):135-145. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20299299>

19. - Emmanuel A. A literature review of the factors that influence breastfeeding: an application of the health belief model. *Int J Nurs Health Sci* [Internet]. 2015 [consultado octubre 2015]; 2(3): 28-36. Disponible en:
<http://cactus.unijos.edu.ng/jspui/bitstream/123456789/1010/1/7190158.pdf>

20. – Piñeiro R, Ramos J, Oliver A, Velandrino A, Richart M, Garcia R, et. al. The Spanish version of the Prenatal Breast-feeding Self-efficacy Scale: Reliability and validity assessment. *Int J Nurs Stud* 2013; 50(10): 1385–1390.

21.- Organización Mundial de la Salud, UNICEF. Iniciativa hospital amigo del niño: Revisada, actualizada y ampliada para la atención integral, modulo 3 [Internet]. Ginebra: OMS; 2009 [Consultado noviembre 2015]. Disponible en:
http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/es/

22.- Bandura A. Self-Efficacy. En: Ramachaudran V, editor. *Encyclopedia of human behavior* Vol. 4. Nueva York: Academic Press; 1994. p. 71 – 81.

23.- Dennis C. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *J Hum Lact* 1999; 15(3): 195 – 201.

24.- Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin M, Ho J, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2016 [consultado febrero 2017]; Issue 12. Art. No.: CD006425. Disponible en: DOI: 10.1002/14651858.CD006425.pub4.

25. – Wong K, Tak D, Yin I, Chu S, Tarrant M. Antenatal education to increase exclusive breastfeeding a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2014; 124: 961 – 968.
- 26.- Hatamleh W. Prenatal breastfeeding intervention program to increase breastfeeding duration among low income women. *Health* 2012; 4:143 – 149. DOI: 10.4236/health.2012.43022.
- 27.- Otsuka K, Taguri M, Dennis C, Wakitani K, Awano M, Yamaguchi T et al. Effectiveness of a Breastfeeding self-efficacy intervention: do hospital practices make a difference?. *Matern Child Health J* 2014; 18: 296 – 306.
- 28.- Ansari S, Abedi P, Hasanpoor S, Bani S. The effect of interventional program on breastfeeding self-efficacy and duration of exclusive breastfeeding in pregnant women in Ahavaz, Iran. *International Scholarly Research Notices [revista en Internet]* 2014 [acceso 28 de marzo de 2017]; 2014: 6 paginas. Disponible en: DOI:10.1155/2014/510793.
- 29.- Noel-Weiss J, Rupp A, Cragg B, Bassett V, Woodend A. Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006; 35(5): 616 – 24.

ANEXOS

ANEXO 1 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	OPERACIONAL
Autoeficacia	El conjunto de creencias en las propias capacidades, para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir determinados logros o resultados	Cuantitativa intervalo	Puntuación obtenida en el cuestionario Prenatal Breast-feeding Self-Efficacy Scale (PBSES) (20-100 puntos) A mayor puntuación, mayor autoeficacia
Conocimientos de Lactancia Materna	Conjunto de información almacenada sobre Lactancia Materna, medida antes y después de la intervención educativa	Cuantitativa intervalo	Puntuación obtenida en el examen de conocimientos (14 – 100 puntos)
		Cualitativa nominal	1) Suficientes 2) Insuficientes
Frecuencia o Duración de Lactancia Materna Exclusiva, Alimentación al Seno Materno y Lactancia Artificial	Es una magnitud que mide el número de repeticiones por unidad de tiempo de cualquier fenómeno o suceso periódico	Cuantitativa continua	Expresado en meses
		Cualitativa ordinal	1) < 1 mes 2) 1 mes 3) 2 meses 4) 3 meses 5) 4 meses 6) 5 meses 7) 6 meses 8) No aplica
Lactancia materna parcial o mixta a los 6 meses	Alimentación con leche de seno materno y leche de fórmula	Categoría dicotómica	1) Si 2) No
Alimentación artificial a los 6 meses	Alimentación con sucedáneos para la leche materna sin amamantar en absoluto	Categoría dicotómica	1) Si 2) No
Alimentación al Seno Materno a los 6 meses	Suma de Lactancia Materna Exclusiva y Lactancia Materna Parcial	Categoría dicotómica	1) Si 2) No
Edad de Inicio de Lactancia Parcial o Artificial	En qué mes de vida se abandonó la Lactancia Materna Exclusiva	Cualitativa ordinal	1) < 1 mes 2) 1 mes 3) 2 meses 4) 3 meses 5) 4 meses 6) 5 meses 7) 6 meses 8) No aplica
Edad de la madre	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento	Cualitativa ordinal	1) < 20 años 2) 20 – 34 años 3) ≥ 35

Estado civil de la madre	Condición de la madre según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Cualitativa nominal	1) Soltera 2) Unión libre 3) Casada 4) Separada 5) Divorciada 6) Otros
Nivel educativo de la madre	Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo	Cualitativa ordinal	1) Básica 2) Media superior 3) Superior 4) Licenciatura 5) Carrera técnica 6) Ninguna (lee / escribe) 7) Ninguna (no lee / escribe)
Ocupación de la madre	Actividad o trabajo de la madre, remunerado o no remunerado	Cualitativa nominal	1) Empleada 2) Hogar 3) Comerciante 4) Empleo informal 5) Estudiante 6) Dos o mas 7) Otros
Turno laboral de la madre	En que turno laboral trabaja la madre	Cualitativa nominal	1) Matutino 2) Vespertino 3) Nocturno 4) Mixto 5) Móvil 6) No aplica
Horas de trabajo semanales	Número de horas que trabaja la madre por semana	Cualitativa ordinal	1) < 20 hrs 2) 20 – 30 hrs 3) 31 – 40 hrs 4) 40 – 50 hrs 5) > 50 hrs 6) No aplica
Facilidades laborales para lactancia materna	Contar en el trabajo con facilidades para otorgar lactancia materna, como lactario, horarios para lactancia y disponibilidad para la extracción y almacenamiento de la leche	Categoría dicotómica	1) Si 2) No 3) Desconoce 4) No aplica
Nivel educativo de la madre	Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo	Cualitativa ordinal	1) Básica 2) Media superior 3) Superior 4) Licenciatura 5) Carrera técnica 6) Ninguna (lee / escribe) 7) Ninguna (no lee / escribe)

Nivel socioeconómico de la familia	Medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo.	Cualitativa ordinal	Método de Graffar – Méndez Castellanos 1) Alto (4-6 puntos) 2) Medio alto (7-9 puntos) 3) Medio bajo (10-12 puntos) 4) Obrero (13-16 puntos) 5) Marginal (17-20 puntos)
Tipología familiar	Tipo de familia en base a la presencia física de los padres en el hogar. Núcleo integrado: presencia física de ambos padres. Núcleo no integrado: no hay presencia física de alguno de los padres.	Cualitativa nominal	1) Núcleo integrado 2) Núcleo no integrado
Enfermedades de la madre	Enfermedades preexistentes en la madre	Cualitativa nominal	1) Hipertensión 2) Diabetes 3) Enfermedad tiroidea 4) Enfermedad psicológica/psiquiátrica 5) Enfermedad neurológica 6) Otros 7) Ninguna
Tabaquismo	Exposición activa o pasiva al humo de tabaco	Cualitativa nominal	1) Activo 2) Pasivo 3) Ambos 4) Negado
Gestas	Número de embarazos que ha tenido una mujer	Cuantitativa discreta	Número de embarazos
		Cualitativa nominal	1) Primigesta 2) Multigesta
Paras	Número de partos vaginales que ha tenido una mujer	Cuantitativa discreta	Número de partos
		Cualitativa nominal	1) Nulípara 2) Primípara 3) Multipara
Abortos	Número de abortos que ha tenido una mujer	Cuantitativa discreta	Número de abortos
Cesáreas	Número de cesáreas que ha tenido una mujer	Cuantitativa discreta	Número de cesáreas
Fecha de última menstruación	Fecha de último periodo menstrual	Cuantitativa discreta	Dd/mm/aa
Fecha probable de parto	Fecha estimada del término de la gestación	Cuantitativa discreta	Dd/mm/aa

Control prenatal	Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal	Categórica dicotómica	1) Si 2) No
Trimestre de inicio de control prenatal	En que trimestre inició el control de su embarazo	Cualitativa ordinal	1) Primer trimestre 2) Segundo trimestre 3) Tercer trimestre 4) No aplica
Número de consultas prenatales	El total de consultas recibidas de control prenatal, tomando en cuenta institucional y privada.	Cuantitativa ordinal	1) < 5 consultas 2) ≥ 5 consultas 3) No aplica
Complicación en el embarazos previos	Problemas de salud que se produjeron durante embarazo anteriores	Cualitativa nominal	1) Enfermedad hipertensiva 2) Diabetes gestacional 3) Amenaza de parto pretérmino 4) Amenaza de aborto 5) Otros 6) Ninguna 7) No aplica
Complicación en el embarazo actual	Problemas de salud que se producen durante el embarazo	Cualitativa nominal	1) Enfermedad hipertensiva 2) Diabetes gestacional 3) Amenaza de parto pretérmino 4) Amenaza de aborto 5) Otros 6) Ninguna
La madre fue amamantada	Antecedente de la participante de haber sido amamantada por su madre	Cualitativa nominal	1) Si 2) No 3) Desconoce
Antecedente de lactancia previa	Antecedente de dar lactancia materna anteriormente	Categórica dicotómica	1) Si 2) No 3) No aplica
Tiempo de lactancia previa	Tiempo durante el cual dio lactancia materna al último hijo	Cualitativa nominal	1) < 6 meses 2) ≥ 6 meses 3) No aplica 4) No recuerda
Calidad de la experiencia previa de lactancia	Percepción de satisfacción al dar lactancia al último hijo	Cualitativa ordinal	1) Muy buena 2) Buena 3) Regular 4) Mala 5) Muy mala 6) No recuerda 7) No aplica

Intención de otorgar lactancia materna	El deseo de dar lactancia materna en embarazo actual	Categórica dicotómica	1) Si 2) No 3) No esta segura
Tiempo de intención de lactancia materna	Por cuanto tiempo desea la mujer dar lactancia materna en el embarazo actual	Cualitativa nominal	1) < 6 meses 2) ≥ 6 meses 3) No está segura 4) No aplica
Influencia de terceros en su decisión de dar lactancia materna	Si la opinión de alguien influye las decisiones de inicio, duración y tipo de la lactancia materna en el embarazo actual y por quién	Categórica dicotómica	1) Si 2) No
		Cualitativa nominal	1) Familiar 2) Cónyuge 3) Conocido 4) Otros 5) Ninguno
Orientación en LM por personal de salud	Si recibió cualquier tipo de orientación sobre LM en el embarazo actual por parte del personal de salud	Categórica dicotómica	1) Si 2) No
Apoyo del cónyuge para la lactancia materna	Cualquier tipo de apoyo brindado por la pareja que facilite la lactancia materna	Categórica dicotómica	1) Si 2) No
Apoyo familiar para la lactancia materna	Cualquier tipo de apoyo brindado por la familia que facilite la lactancia materna	Categórica dicotómica	1) Si 2) No
Ayuda domestica	Apoyo en las labores del hogar	Categórica dicotómica	1) Si 2) No
Semanas de gestación al nacimiento	Edad gestacional del bebe al nacer	Cualitativa nominal	1) Pretérmino 2) Termino 3) Postérmino
Vía de nacimiento	Medio por el cual nace el bebe	Cualitativa nominal	1) Parto 2) Cesárea
Complicaciones después del nacimiento	Cualquier situación inmediata al nacimiento que requiera estancia en incubadora o UCIN por cualquier periodo de tiempo	Categórica dicotómica	1) Si 2) No
Peso	Peso al nacimiento	Cualitativa nominal	1) Muy bajo peso 2) bajo peso 3) Peso normal 4) Macrosómico
Complicaciones después del nacimiento	Cualquier situación inmediata al nacimiento que requiera estancia en incubadora o UCIN por cualquier periodo de tiempo	Categórica dicotómica	1) Si 2) No

Lugar de atención del nacimiento	Lugar de atención del parto o cesárea	Cualitativa nominal	1) IMSS 2) Hospital privado 3) Otros
Calidad de la atención del nacimiento	Percepción de la madre de la calidad con la que fue atendida durante su trabajo de parto	Cualitativa Ordinal	1) Buena 2) Regular 3) Mala
Primer contacto madre/hijo post nacimiento	Tiempo transcurrido entre el nacimiento y el primer contacto madre/hijo	Cualitativa Ordinal	1) < 1hr 2) 1 hr – 2 hrs 3) > 2 hrs
Alojamiento conjunto	Estancia hospitalaria en binomio hasta el alta de ambos.	Categórica dicotómica	1) Si 2) No
Inicio temprano de lactancia materna	Inicio de lactancia materna en la primera hora de nacimiento	Categórica dicotómica	1) Si 2) No
Sucedáneos de leche materna en hospital	Indicación de alimentación con sucedáneos de leche materna durante la estancia hospitalaria	Categórica dicotómica	1) Si 2) No
Uso de biberón o chupón en hospital	Indicación de alimentación con biberón o uso de chupón en hospital	Categórica dicotómica	1) Si 2) No
Ayuda para LM en hospital	Si el hospital brindo algún tipo de ayuda o asesoría para iniciar lactancia materna	Categórica dicotómica	1) Si 2) No
Recomendación personal de salud para inicio de LM parcial, LM predominante o abandono de LM	Algún tipo de recomendación para inicio de LM parcial (con sucedáneo de LM), inicio de LM predominante (como alimentación con agua, jugos, te) o abandono de LM e inicio de LM artificial al momento del alta hospitalaria	Categórica dicotómica	1) Si 2) No
Razones para inicio de lactancia materna parcial o lactancia artificial	Razones para iniciar lactancia materna parcial o suspender lactancia materna e iniciar lactancia artificial.	Cualitativa nominal	Relacionadas al niño 1) Intolerancia a la leche 2) Rechazo del niño 3) Por enfermedad 4) No se llena 5) Hospitalización 6) 2 o más motivos 7) Otros 8) Ninguna 9) No aplica

		Cualitativa nominal	Relacionadas a la madre 1) Voluntad propia 2) Poca producción de leche 3) Problemas en el pezón o la mama 4) Medicamentos / enfermedad 5) Indicación médica 6) Inicio de trabajo / escuela 7) Dos o más motivos 8) Otros 9) Ninguna 10) No aplica
Dificultades para la alimentación al seno materno	Condiciones físicas maternas que dificultan la alimentación al seno materno	Cualitativa nominal	1) Relacionadas al pezón 2) Relacionadas a la producción de leche 3) Relacionadas a la condición de la mama 4) 2 o más 5) Otros 6) No aplica 7) Ninguna
Momento de presentación de dificultad para Lactancia Materna	En qué momento de la vida del bebé se presentó la dificultad	Cualitativa ordinal	1) 1ra semana 2) 2da semana – 1 mes 3) 2-3 meses 4) 4-5 meses 5) 6 meses 6) No aplica
Ayuda recibida en dificultades para la LM	Si recibió o busco ayuda para superar las dificultades que dificultan la alimentación al seno materno	Categoría dicotómica	1) Si 2) No
		Cualitativa nominal	1) Familiar 2) Cónyuge 3) Personal de salud 4) Grupo de ayuda 5) No aplica
Extracción de leche	Extracción manual o con sacaleches de leche del seno materno	Categoría dicotómica	1) Si 2) No
Método de extracción de leche	Forma en que la madre se extrae la leche de su seno	Cualitativa nominal	1) Manual 2) Sacaleches 3) Ambos 4) No aplica
Asistencia a grupo de apoyo	Asistencia a grupo de apoyo para la lactancia materna	Categoría dicotómica	1) Si 2) No
Uso de biberón en casa	Si utiliza biberón para alimentar a su bebe	Categoría dicotómica	1) Si 2) No

Plan de continuar con alimentación al Seno Materno	En la entrevista de seguimiento a los 6 meses, se le pregunta a la participante que continua con alimentación al Seno Materno si desea otorgarlo por más tiempo	Categórica nominal	1) Si 2) No 3) No aplica
Técnica adecuada de Lactancia en la primera semana	Si la participante tiene buena técnica de lactancia en la primera semana evaluado por la frecuencia y duración de las tomas de pecho, si tiene buen agarre y succión, si tiene molestias de cualquier tipo en los senos etc.	Categórica dicotómica	1) Si 2) No
Episodios de enfermedades gastrointestinales del niño	Cualquier enfermedad gastrointestinal que se manifieste en el niño desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad	Cualitativa ordinal	1) Ninguno 2) 1 – 2 veces 3) 3 – 4 veces 4) 5 veces o mas
Episodios de enfermedades respiratorias del niño	Cualquier enfermedad respiratoria que se manifieste en el niño desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad	Cualitativa Ordinal	1) Ninguno 2) 1 – 2 veces 3) 3 – 4 veces 4) 5 veces o mas
Síntomas gastrointestinales frecuentes	Reflujo, cólico, diarrea o constipación de manera frecuente	Categórica dicotómica	1) Si 2) No
Control de niño sano	Asistencia a consultas de control del niño sano	Categórica dicotómica	1) Si 2) No
Esquema de vacunación	Cumplimiento del esquema de vacunación para la edad	Cualitativa nominal	1) Completo 2) Incompleto

ANEXO 2 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PRENATALES

DATOS RECADADOS EN LA PRIMERA ENTREVISTA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

FECHA: _____ FOLIO: _____
NSS: _____ INICIALES DEL NOMBRE: _____ TELS: _____

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y LABORALES

1. Edad: _____
2. Edad2:
1) < 20 años 2) 20 – 34 años 3) ≥ 35 años
3. Estado Civil:
1) Soltera 2) Unión libre 3) Casada 4) Separada 5) Divorciada 6) Otros
4. Nivel Educativo:
1) Básica 2) Media superior 3) Licenciatura 4) Carrera técnica 5) Ninguna (lee / escribe) 6) Ninguna (no lee / escribe)
5. Ocupación:
1) Empleada 2) Hogar 3) Comerciante 4) Empleo informal 5) Estudiante 6) Dos o más 7) Otros
6. Turno laboral:
1) Matutino 2) Vespertino 3) Nocturno 4) Mixto 5) Móvil 6) No aplica
7. Horas de trabajo semanales:
1) < 20 hrs 2) 20 – 30 hrs 3) 31 – 40 hrs 4) 41 – 50 hrs 5) > 50 hrs
6) No aplica
8. Facilidades laborales para LM:
1) Si 2) No 3) Desconoce 4) No aplica
9. Nivel socioeconómico de la familia:
1) Alto 2) Medio alto 3) Medio bajo 4) Obrero 5) Marginal
10. Tipología familiar:
1) Núcleo integrado 2) Núcleo no integrado

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS DE LA MADRE

11. Enfermedades de la madre:
1) Hipertensión 2) Diabetes 3) Enfermedad tiroidea 4) Enfermedad psicológica/psiquiátrica 5) Enfermedad neurológica 6) Otras 7) Ninguna
12. Tabaquismo:
1) Activo 2) Pasivo 3) Ambos 4) Negado

ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS DE LA MADRE

13. Gestas: _____ 14. Gestas2: Primigesta 2) Multigesta
15. Paras: _____ 16. Paras2: Nulípara 2) Primípara 3) Multípara
17. Cesáreas: _____ 18. Abortos: _____
19. Fecha de última menstruación: ____/____/____ 20. Fecha probable de parto: ____/____/____
21. Control Prenatal: 1) Si 2) No

22. Trimestre de control:
 1) Primer trimestre 2) Segundo trimestre 3) Tercer trimestre 4) No aplica
23. Número de consultas prenatales: _____
24. Número de consultas prenatales²:
 1) < 5 2) ≥ 5 4) No aplica
25. Complicaciones en embarazos previos:
 1) Enfermedad hipertensiva 2) Diabetes gestacional 3) Amenaza de parto pretérmino 4) Amenaza de aborto 5) Otros 6) Ninguna 7) No aplica
26. Complicaciones en embarazo actual:
 1) Enfermedad hipertensiva 2) Diabetes gestacional 3) Amenaza de parto pretérmino 4) Amenaza de aborto 5) Otros 6) Ninguna
- ANTECEDENTES DE LACTANCIA MATERNA**
27. La madre fue amamantada:
 1) Si 2) No 3) Desconoce
28. Antecedente de lactancia previa:
 1) Si 2) No 3) No aplica
29. Tiempo de lactancia previa:
 1) < 6 meses 2) ≥ 6 meses 3) No aplica 4) No recuerda
30. Calidad de la experiencia previa de lactancia:
 1) Muy buena 2) Buena 3) Regular 4) Mala 5) Muy mala 6) No recuerda 7) No aplica
31. Intención de otorgar lactancia materna:
 1) Si 2) No 3) No está segura
32. Tiempo de intención de lactancia materna:
 1) < 6 meses 2) ≥ 6 meses 3) No está segura 4) No aplica
33. Influencia de terceros en su decisión de dar lactancia materna: 1) Si 2) No
34. Influencia de terceros en su decisión de dar lactancia materna²:
 1) Familiar 2) Cónyuge 3) Conocido 4) Otros 5) Ninguno
35. Orientación en LM por personal de salud: 1) Si 2) No
36. Apoyo del cónyuge para la lactancia materna: 1) Si 2) No
37. Apoyo familiar para la lactancia materna: 1) Si 2) No
38. Ayuda doméstica: 1) Si 2) No

DATOS RECABADOS PRE Y POST INTERVENCIÓN EDUCATIVA

PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL CUESTIONARIO Prenatal Breast-feeding Self-Efficacy Scale (PBSES):

39. Pre intervención: _____

40. Post Intervención: _____

PUNTUACIÓN OBTENIDA EN LA EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA

41. Pre intervención: _____ 1) Suficientes 2) Insuficientes

42. Post Intervención: _____ 1) Suficientes 2) Insuficientes

ANEXO 3 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS POST NATALES Y DE SEGUIMIENTO

SEGUIMIENTO TELEFÓNICO A LOS 7 DÍAS POSTNACIMIENTO Y A LOS 6 MESES

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

FOLIO: _____

NSS: _____ INICIALES DEL NOMBRE: _____ FECHA NAC: _____

ANTECEDENTES PERINATALES

1. Semanas de gestación al nacimiento:
1) Pretérmino 2) Terminó 3) Postérmino
2. Vía de nacimiento:
1) Parto 2) Cesárea
3. Peso al nacer:
1) Muy bajo peso 2) Bajo peso 3) Peso normal 4) Macrosómico
4. Complicaciones después del nacimiento 1) Si 2) No
5. Lugar de atención del nacimiento:
1) IMSS 2) Hospital privado 3) Otros
6. Calidad de la atención del nacimiento
1) Buena 2) Regular 3) Mala

PRIMERAS HORAS DEL NACIMIENTO

7. Primer contacto madre/hijo post nacimiento:
1) < 1hr 2) 1 hr – 2 hrs 3) > 2 hrs
8. Alojamiento conjunto: 1) Si 2) No
9. Inicio temprano de lactancia materna: 1) Si 2) No
10. Sucédáneos de leche materna: 1) Si 2) No
11. Uso de biberón o chupete: 1) Si 2) No
12. Ayuda para LM: 1) Si 2) No
13. Recomendación personal de salud para inicio de LM parcial, LM predominante o abandono LM: 1) Si 2) No

ALIMENTACIÓN

14. Duración de LM exclusiva
1) < 1 mes 2) 1 mes 3) 2 meses 4) 3 meses 5) 4 meses 6) 5 meses 7) 6 meses 8) No aplica
15. Inicio de Lactancia materna parcial o lactancia artificial: 1) Si 2) No
16. Inicio de LM parcial o artificial:
1) < 1 mes 2) 1 mes 3) 2 meses 4) 3 meses 5) 4 meses 6) 5 meses 7) 6 meses 8) No aplica
17. Duración de alimentación a SM
1) < 1 mes 2) 1 mes 3) 2 meses 4) 3 meses 5) 4 meses 6) 5 meses 7) 6 meses 8) No aplica
18. Plan de continuar más tiempo con alimentación al SM 1) Si 2) No 3) No aplica

19. Uso de biberón en casa: 1) Si 2) No
20. Patrón de lactancia materna a los 6 meses: 1) Lactancia materna exclusiva 2) Lactancia materna predominante 3) Lactancia materna parcial 4) Alimentación artificial

Razones para inicio de lactancia materna parcial o lactancia artificial:

21. Relacionadas al niño
1) Intolerancia a la leche 2) Rechazo del niño 3) Por enfermedad 4) No se llena 5) Hospitalización 6) 2 o más motivos 7) Otros 8) Ninguna 9) No aplica
22. Relacionadas a la madre
1) Voluntad propia 2) Poca producción de leche 3) Problemas en el pezón o la mama 4) Medicamentos / enfermedad 5) Indicación médica 6) Inicio de trabajo / escuela 7) Dos o más motivos 8) Otros 9) Ninguna 10) No aplica

DIFICULTAD PARA LACTANCIA MATERNA

23. Tipo de dificultad para la alimentación al seno materno:
1) Relacionadas al pezón 2) Relacionadas a la producción de leche
3) Relacionadas a la condición de la mama 4) 2 o mas 5) Otros 6) No aplica 7) Ninguna
24. Momento de presentación de dificultad para LM
1) 1ra semana 2) 2da semana – 1 mes 3) 3 – 4 meses 4) 5 – 6 meses 5) No aplica
25. Ayuda recibida en dificultades para la LM:
1) Si 2) No 3) No aplica
26. Ayuda recibida en dificultades para la LM2:
1) Familiar 2) Cónyuge 3) Personal de salud 4) Grupo de ayuda 5) No aplica
27. Extracción de leche 1) Si 2) No
28. Método de extracción de leche
1) Manual 2) Sacaleche 3) Ambos 4) No aplica
29. Asistencia a grupo de apoyo: 1) Si 2) No

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DEL NIÑO

30. Episodios de enfermedades gastrointestinales en 6 meses:
1) Ninguno 2) 1 – 2 veces 3) 3 – 4 veces 4) 5 veces o mas
31. Síntomas gastrointestinales frecuentes 1) Si 2) No
32. Episodios de enfermedades respiratorias en 6 meses:
1) Ninguno 2) 1 – 2 veces 3) 3 – 4 veces 4) 5 veces o mas
33. Control de niño sano: 1) Si 2) No
34. Esquema de vacunación:
1) Completo 2) Incompleto
35. Técnica adecuada para LM en la primera semana 1) Si 2) No

ANEXO 4 Cuestionario Prenatal Breast-feeding Self-Efficacy Scale (PBSES-e)

Para cada una de las siguientes preguntas, piensa por favor, hasta qué punto crees que estás más o menos SEGURA de poder HACER O NO las distintas cuestiones. En el caso de que no tengas pareja, las cuestiones referentes a este término, puedes no contestarlas y dejarlas en blanco. Piensa que cada frase empieza por “**ESTOY SEGURA QUE...**” y elije tu opción de respuesta marcando con una cruz las siglas según la siguiente escala:

NS: Nada segura **PS:** Poco segura **S:** Segura **MS:** Muy segura **CS:** Completamente segura

Estoy segura de que:	Nada segura		Completamente segura		
1. Puedo encontrar la información que necesito sobre los problemas que tengo dando pecho a mi bebé.	NS	PS	S	MS	CS
2. Puedo encontrar la información que necesito saber sobre dar pecho a mi bebé.	NS	PS	S	MS	CS
3. Sé a quién preguntar si tengo alguna duda sobre dar pecho a mi bebé.	NS	PS	S	MS	CS
4. Puedo hablar con mi pareja sobre dar pecho a mi bebé.	NS	PS	S	MS	CS
5. Puedo hablar con mi médico, matrona o enfermera sobre dar pecho a mi bebé.	NS	PS	S	MS	CS
6. Puedo organizar mi día, en base a dar pecho a mi bebé.	NS	PS	S	MS	CS
7. Puedo sacar tiempo para dar pecho a mi bebé incluso cuando estoy ocupada en otras cosas.	NS	PS	S	MS	CS
8. Puedo dar pecho a mi bebé incluso cuando estoy cansada.	NS	PS	S	MS	CS
9. Puedo dar pecho a mi bebé cuando estoy alterada.	NS	PS	S	MS	CS
10. Puedo utilizar un sacaleches para obtener leche.	NS	PS	S	MS	CS
11. Puedo preparar leche materna para que otros puedan alimentar a mi bebé.	NS	PS	S	MS	CS
12. Puedo dar pecho a mi bebé incluso si me causa alguna pequeña molestia.	NS	PS	S	MS	CS
13. Puedo dar pecho a mi bebé sin sentir vergüenza alguna.	NS	PS	S	MS	CS
14. Puedo dar pecho a mi bebé cuando mi pareja está conmigo.	NS	PS	S	MS	CS
15. Puedo dar pecho a mi bebé cuando mi familia o mis amigos están conmigo.	NS	PS	S	MS	CS
16. Puedo dar pecho a mi bebé rodeada de gente que no conozco.	NS	PS	S	MS	CS
17. Puedo llamar a un experto en lactancia en caso de tener problemas al dar el pecho.	NS	PS	S	MS	CS
18. Puedo elegir dar pecho a mi bebé incluso si mi pareja no quiere que lo haga.	NS	PS	S	MS	CS
19. Puedo elegir dar pecho a mi bebé incluso si mi familia no quiere que lo haga.	NS	PS	S	MS	CS
20. Puedo dar pecho a mi bebé durante un año.	NS	PS	S	MS	CS

ANEXO 5 EVALUACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA

PRE INTERVENCIÓN _____ POST INTERVENCIÓN _____

FOLIO: _____

NSS: _____ INICIALES DEL NOMBRE: _____

Marque con una X la respuesta que considere correcta

1.- Alimentar a mi bebé solamente con la leche de mi pecho lo protegerá de enfermedades del intestino, del oído y de las vías respiratorias

1) Verdadero 2) Falso 3) No se

2.- Dar pecho a mi bebé me protege del cáncer de mama

1) Verdadero 2) Falso 3) No se

3.- Es importante que mi bebé empiece a tomar leche de mi pecho en su primera hora de vida

1) Verdadero 2) Falso 3) No se

4.- Mi bebé obtendrá más leche de mi pecho si tiene buena posición y agarre

1) Verdadero 2) Falso 3) No se

5.- Los biberones y los chupones son buenos para mi bebé

1) Verdadero 2) Falso 3) No se

6.- Antes de los 6 meses de edad mi bebé necesita leche de fórmula para nutrirse adecuadamente porque mi pecho no es suficiente

1) Verdadero 2) Falso 3) No se

7.- La leche de fórmula es mejor y más barata que la leche de mi pecho

1) Verdadero 2) Falso 3) No se

ANEXO 6 LISTA DE VERIFICACIÓN PRENATAL

Lista de verificación Prenatal – Alimentación Infantil

Todo lo siguiente debe abordarse con todas las embarazadas de 32 semanas de embarazo. El trabajador de salud que cumple con la actividad debe firmar y poner la fecha.

Nombre:

Fecha probable del parto:

Tópico	Se abordó el tema o la madre declinó la discusión	Firmado	Fecha
Importancia de la lactancia exclusiva para el bebé (protege contra muchas enfermedades tales como las infecciones respiratorias, diarrea, infecciones de oído, ayuda al bebé a crecer y desarrollarse bien, satisface todas las necesidades de los bebés hasta los seis meses. Los bebés que no amamantan están en mayor riesgo de enfermedad.)			
Importancia de la lactancia para la madre (protege contra el cáncer de mama, y fracturas de cadera en edades posteriores, ayuda a la madre a formar una relación cercana con el bebé, la leche artificial cuesta más dinero.)			
Importancia del contacto inmediato piel a piel después del nacimiento (mantiene al bebé caliente y tranquilo, promoció el apego, ayuda al inicio de la lactancia)			
Importancia de la buena posición y agarre (buena posición y agarre le ayuda al bebé a obtener más leche, le ayuda a la madre a evitar las grietas en el pezón, el dolor. Se encuentra ayuda para amamantar en...)			
Lograr que la lactancia tenga un buen comienzo - Lactancia guiada por el bebé - Conocer cuando el bebé está obteniendo leche suficiente - Importancia del alojamiento conjunto/mantener al bebé cerca. - Problemas al utilizar biberones y chupones artificiales.			
No se necesita otro alimento o bebida durante los seis meses – sólo leche materna Importancia de continuar la lactancia después de los 6 meses mientras se da otros alimentos			
Riesgos y peligros de no amamantar - pérdida de protección de enfermedades agudas y crónicas - contaminación, errores de preparación , - costos, - dificultad para revertir la decisión de no amamantar			

ANEXO 7 ESCALA DE GRAFFAR-MÉNDEZ CASTELLANOS

Variables	Pts	Ítems
1. Profesión del jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen rango de Educación Superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2. Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3. Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal por día o entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4. Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias con ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas uno y dos
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

Interpretación del Puntaje obtenido en la Escala de Graffar

Puntaje	Interpretación
04-06	Estrato alto
07-09	Estrato medio alto
10-12	Estrato medio bajo
13-16	Estrato obrero
17-20	Estrato marginal



ANEXO 8 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE
INVESTIGACIÓN

Registro Institucional el Comité Local de Información y Ética en Investigación en Salud No. 201: **R-2016-201-24**

Nombre del Estudio: **“Impacto de la Educación Prenatal en la Autoeficacia y Duración de Lactancia Materna Exclusiva”**

Lugar y Fecha: Tijuana, Baja California, a _____ de _____ de _____ 2016 No. De Folio: _____

Justificación y Objetivo del estudio: Las cifras de muerte en niños menores de 5 años a nivel mundial fue de 6.9 millones en el 2011 y el número de decesos atribuidos a la Lactancia Materna subóptima fue de 804 000 (11.6%). Entre los factores que se han reportado que influyen en la duración de lactancia materna se encuentra la educación sobre los beneficios de la misma y sobre las técnicas para amamantar. El desconocimiento favorece una interrupción temprana de la lactancia exclusiva. Este estudio está busca evaluar el efecto que tiene la educación prenatal sobre la autoeficacia y la duración de la lactancia materna exclusiva.

Procedimientos: Se le dará capacitación en el embarazo sobre lactancia materna, sus beneficios y principalmente sobre las técnicas adecuadas para amamantar. La capacitación se dividirá en dos sesiones de 2 horas cada una. Se harán evaluaciones antes y después de la capacitación. Posterior al nacimiento de su bebé se le harán encuestas telefónicas a la semana de nacimiento y a los 6 meses de edad de su bebé. Las encuestas estarán dirigidas a recabar datos sobre la alimentación y salud de su bebé, así como orientarla a los lugares donde puede acudir si necesita ayuda para continuar con la lactancia materna.

Posibles riesgos y molestias: Sin riesgos, la participación consiste en acudir a la capacitación y posteriormente contactarla por teléfono para hacerle las preguntas de seguimiento.

Posibles beneficios al participar en este estudio: Orientarla sobre los beneficios de la lactancia materna y resolver las dudas que tenga sobre la alimentación adecuada de su bebé.

Privacidad y confidencialidad: Al inicio del estudio se le solicitara proporcionar dos números telefónicos en donde se le pueda contactar. Se respetará su privacidad, por lo que en este estudio no será revelada su identidad. Los teléfonos que será tan amable de proporcionar sólo serán utilizados en las fechas acordadas con usted y únicamente por el investigador responsable y el colaborador. Nadie más tendrá sus números telefónicos.

En caso de aclaraciones o dudas relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

- **Investigador responsable:** *Áurea Edith Félix Méndez*. Médico Residente de la Especialidad de Medicina Familiar adscrito a la UMF No. 27. Matricula: 98023183. Teléfono: (664)5959513. Correo Electrónico: aurea.edith.felix.mendez@gmail.com
- **Asesor:** *Dra. María Cecilia Anzaldo Campos*. Adscrita a Coordinación de Educación e Investigación en la UMF No. 27. Matricula: 9920153. Teléfono: (664)6296385. Correo electrónico: maria.anzaldo@imss.gob.mx
- **Asesor:** *Dra. Mónica Maldonado Millán*. Médico Pediatra. Coordinador del Comité de Lactancia Materna del HGR No.1 IMSS-Tijuana. Adscrita al Hospital General Regional No. 1. Matricula: 8320535. Teléfono: (664) 6270963. Correo Electrónico: dra.monymm@gmail.com
- **Colaborador:** *Gerardo Arce Sandoval*. Médico General en Grupo de Atención Médica Integral (GAMI). Cedula Profesional: 9139278. Teléfono (664)5959808. Correo Electrónico: drgerardoarce@gmail.com

Se hace de su conocimiento que Usted puede retirar el consentimiento y abandonar el estudio sin que este acto afecte la atención médica o los servicios que esta institución le pueda ofrecer.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS, Avenida Cuauhtémoc 330 4to piso, Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Col Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55)56276900, Ext. 21230. Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

NOMBRE O FIRMA DE LA PARTICIPANTE

Aurea Edith Félix Méndez
NOMBRE O FIRMA
DE QUIEN OBTIENE EL CONSENTIMIENTO

NOMBRE TESTIGO

NOMBRE TESTIGO

ANEXO 9 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Septiembre 2015 – Marzo 2016	Abril 2016	Mayo 2016	Junio 2016	Julio – Diciembre 2016	Enero 2017	Febrero 2017
Elaboración del protocolo							
Registro del protocolo							
Fase de Reclutamiento							
Fase de Intervención							
Fase de Seguimiento							
Análisis de resultados y discusión							
Reporte final de la investigación							