



FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 8
"IGNACIO MANUEL ALTAMIRANO"

**ACTITUDES HACIA LA LACTANCIA EN MADRES PERTENECIENTES
A LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NO. 08**

TESIS
PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
DRA. DIANA ANGELICA GATICA RADILLA

DIRECTORA DE TESIS
DRA. CYNTHIA GUADALUPE CASTRO CABALLERO

CODIRECTOR DE TESIS
DR. EDUARDO LIQUIDANO PÉREZ

ASESORES
DRA. CLAUDIA LIZETH HERNÁNDEZ DELGADO
DRA. JAZMÍN JIJÓN GÓMEZ
DRA. MINDRI ANAI GUTIÉRREZ BELLO

R-2024-1101-044

ZIHUATANEJO DE AZUETA, GRO. FEBRERO 2026

CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE DIFUSIÓN

Se firma la presente en la ciudad de ZIHUATÁNJO, Guerrero, México, a los 26 días del mes de MARZO del año 2025.

El que suscribe DIANA ANGÉLICA GATICA RADILCA autor(es) del trabajo escrito (obra intelectual), en su formato de TESIS con el título "ACTITUDES HACIA LA CARIANCLA EN MADRES PERTENECIENTES A LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR No. 08".

Por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor; manifiesto mi autoría intelectual y originalidad de la obra mencionada.

Así mismo: (Elegir A), B) o C))

A). Exproso mi conformidad de ceder los derechos de difusión y autorizo difundir esta obra en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Guerrero a partir de la fecha, de conformidad con los artículos 13, 14, 15 y 16 de la Ley Orgánica de Universidad Autónoma de Guerrero número 178, para su difusión con fines académicos, de investigación, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura, el cual se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental.

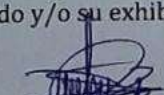
B). Pido un periodo de dos años de resguardo a partir de la fecha, y acepto difundir en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Guerrero únicamente la portada y el abstract, ya que el presente trabajo tendrá un subproducto que amerita un proceso de protección intelectual-industrial, aceptando su difusión a partir del día 02 del mes de MARZO del año 2026 sin previo aviso, a favor de la Universidad Autónoma de Guerrero, de acuerdo al inciso A).

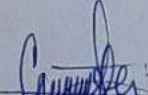
C). Pido un periodo de un año de resguardo a partir de la fecha, y acepto difundir en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Guerrero únicamente la portada y el abstract, ya que el presente trabajo tendrá un subproducto que amerita un proceso de protección intelectual-industrial, aceptando su difusión a partir del día del mes de del año , sin previo aviso, a favor de la Universidad Autónoma de Guerrero, de acuerdo al inciso A).

Entiendo además que, si necesito incrementar el periodo de resguardo renovare la presenta carta dos meses antes que concluya el tiempo solicitado en los incisos B o C.

Lo anterior no genera vinculación obligatoria para la Universidad Autónoma de Guerrero, por tanto, la institución universitaria podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial de este documento sin autorización expresa, así como su uso indebido y/o su exhibición o comunicación a terceros.


DIANA ANGÉLICA GATICA RADILCA
Nombre y firma del autor Vo. Bo.


Cynthia Guadalupe Castro Cebalero
Director / Tutor

Declaración de Autenticidad y No Plagio

Grado Académico: Nivel del Posgrado

Por el presente documento, yo DIANA ANGÉLICA GATICA BARRILLO, con número de matrícula: 09001715, egresado del (a) MEDICINA FAMILIAR, informo que he elaborado el Trabajo de Investigación en formato de: Tesis, Artículo, denominado: "ACTITUDES HACIA LA LACTANCIA EN MADRES PERTENECIENTES A LA UNIDAD MEDICO FAMILIAR No. 08.", para obtener el Grado Académico de (Nombre del Grado del Posgrado) ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.

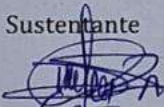
Declaro que este trabajo ha sido desarrollado íntegramente por el(la) autor(a) que lo suscribe y afirmo, que no existe plagio de ninguna naturaleza. Así mismo, dejo constancia de que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo, por lo que no se ha asumido como propias las ideas vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos o en Internet.

Así mismo, afirmo que soy responsable de todo su contenido y asumo, como autor(a), las consecuencias ante cualquier falta, error u omisión de referencias en el documento. Sé que este compromiso de autenticidad y no plagio puede tener connotaciones éticas y legales.


Por ello, en caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a lo dispuesto en las normas académicas que dictamine la Universidad Autónoma de Guerrero y las leyes que para el presente apliquen.

Chilpancingo, Guerrero, México, 26 de Noviembre de 2025

Sustentante


DIANA ANGÉLICA GATICA BARRILLO
Matrícula y Nombre completo del Autor

Vo. Bo.


Cynthia Guadalupe Castro Coballero
Nombre completo del Director (tesis)


**El presente formato deberá llenarse a puño y letra; y deberá contener firmas autógrafas.

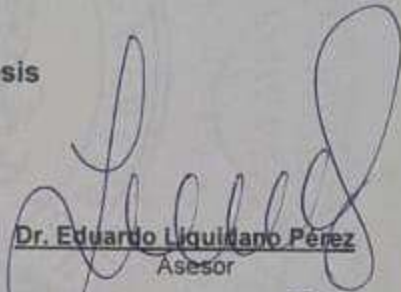


ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS

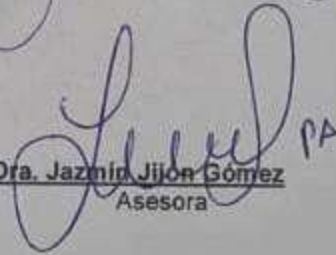
En la Ciudad y puerto de Acapulco, Guerrero, siendo el día veintiuno de noviembre de dos mil veinticinco, los integrantes del Jurado de Tesis, nombrados por la Academia de Posgrado, manifiestan que una vez que revisaron el escrito completo de la tesis "ACTITUDES HACIA LA LACTANCIA EN MADRES PERTENECIENTES A LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NO.08" presentada por la C. DRA. DIANA ANGELICA GATICA RADILLA para obtener el Diploma de Especialidad en Medicina Familiar, a través de ésta expresan su APROBACIÓN DE LA TESIS, autorizan el envío de la tesis, y aceptan que en cuanto se haya cumplido con los requisitos señalados en el Reglamento Escolar Vigente de la Universidad Autónoma de Guerrero, se proceda a la presentación del Examen de Grado.

El Jurado de Tesis


Dra. Cynthia Guadalupe Castro Caballero
Directora de Tesis


Dr. Eduardo Liguillano Pérez
Asesor


Dra. Claudia Lizeth Hernández Delgado
Asesora


Dra. Jazmín Jilón Gómez
Asesora


Dra. Mindri Anai Gutiérrez Bello
Asesora



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA (OOAD)
ESTATAL EN GUERRERO
COORDINACION DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD**

**JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MEDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL**

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUERRERO

**Actitudes hacia la lactancia en madres pertenecientes a la Unidad Médico
Familiar No. 08**

Directora de tesis:

Dra. Cynthia Guadalupe Castro Caballero

Tesista:

Dra. Diana Angelica Gatica Radilla



GOBIERNO DE
MÉXICO

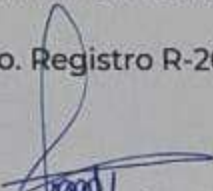


INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACION ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA
ESTATAL GUERRERO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUERRERO

ACTITUDES HACIA LA LACTANCIA EN MADRES
PERTENECIENTES A LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NO.08.

No. Registro R-2024-1101-044


Dra. Guillermina Juanico Morales


Coordinadora de Planeación y Enlace Institucional

Dr. Rogelio Ramírez Ríos


Coordinador Auxiliar Médico
de Educación

Dra. Elisa Sánchez Cabrera


Coordinadora Auxiliar Médico de
Investigación en Salud


Dra. Mindri Anai Gutiérrez Bello

Coordinadora Clínica de Educación
e Investigación en Salud


Dra. Alicia Anai Torres Rodríguez

Profesora Titular del Curso de
Especialización en Medicina
Familiar


Dra. Cynthia Guadalupe Castro Caballero

Directora de Tesis



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

"Dictamen de Reaprobación"

COORDINACION CLINICA DE MEDICINA, H GRAL REGIONAL NUM 1
Comité de Ética en Investigación **11018**

Martes, 15 de Julio de 2025

CONBIOETICA 12 CEI 001 2018022

DOCTOR (A) CYNTHIA GUADALUPE CASTRO CABALLERO

P R E S E N T E

En atención a su solicitud de evaluación de documentos del protocolo de investigación con título: **Actitudes hacia la lactancia en madres pertenecientes a la Unidad Médico Familiar No. 08**, y número de registro institucional **R-2024-1101-044**; me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación revisó y aprobó la solicitud de reaprobación del **15 de Julio de 2025 al 15 de Julio de 2026**

ATENTAMENTE


DOCTOR (A) TERESA OCAMPO RENTERIA
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 11018

AGRADECIMIENTOS:

Doy gracias a mis padres Leocadio y Ma. Isabel ya que gracias a su apoyo emocional y económico esto no podría ser posible, por enseñarme los valores que hoy en día me distinguen como persona y profesional, por enseñarme a ser humilde, trabajadora y a tratar a las personas como quisiese que me trataran a mí, su apoyo incondicional que han tenido para con migo y mis hermanos, son las personas más entregadas, trabajadoras, y bondadosas que he conocido en la vida, eternamente les estaré agradecida por todo su apoyo, en este apartado no puedo reflejar lo mucho que los amo.

a mi esposo y compañero de vida Jonathan muchas gracias amor por tu apoyo, por dedicarte a nuestro hijo cuerpo y alma para que yo pudiera estar tranquila sabiendo que Jared esta en buenas manos para así poder lograr este objetivo, por motivarme, creer en mí y darme palabras de aliento cuando quise tirar la toalla (fueron tantas veces), hemos pasado por tantas cosas difíciles, tantos obstáculos, hemos padecido tanto que estamos listos para las bendiciones y éxitos que nos esperan, gracias por tu amor infinito. Gracias Güero.

A mi hijo Jared el amor de mi vida la persona por la que quise realizar una especialidad medica y por quien decidí realizar mi tesis de lactancia materna a ti te dedico este trabajo de investigación mi amor, mi príncipe, la persona que con solo ver su sonrisa me hace sentir tanto amor, gracias por llegar a nuestras vidas, gracias por ser un niño tan lindo y amoroso, gracias por existir mi amor, nos toco limitarte un poco pero primero Dios muy pronto nos vendrás mejores días. Te amo mi hijo hermoso.

A mis hermanos, Faby, Cinthya, Jesús e Isabela, por apoyarme en cada momento y por amar tanto a mi Jared, gracias por ser los mejores hermanos pero principalmente gracias por ser los mejores tíos que mi hijo puedo tener.

A mi familia política por apoyarnos en cada momento, por cuidar de Jared cuando fue necesario gracias por darle tanto amor a mi hijo.

A mi amiga de residencias a mi co´R, Rosa Zavala. Se que el conocerte en este camino tan difícil no fue coincidencia, se que Dios nos puso la misma guardia para tenernos la una a la otra, no puedo explicar el cariño que te tengo fuiste una luz en mi camino, amiga gracias por tanto apoyo, esas guardias tan difíciles me fueron mas amenas gracias a ti, reimos, lloramos, cantamos, reanimamos. Espero Dios nos permita continuar juntas y apoyándonos como hasta ahora, las gemelas nos dicen.

A la Dra Estefania Efigenio quien se convirtió en una amiga y un apoyo durante la residencia, espero continuar con esa linda amistad, es una persona muy linda y una internista muy entregada.

Dr. Jorge Gomez por apoyarme en el momento mas difícil de la residencia, por sus consejos profesionales y de vida, hace un excelente trabajo como coordinador de la UMF.

A mi Directora de tesis la Dra Cinthya G. Castro por ser la persona que nos sostuvo cuando nadie creía en nosotros, por sus enseñanzas, por acobijarnos y darnos animos, por aceptarme con mi trabajo de investigación aun sabiendo que era un tema que no era de su gusto por no tener relación con urgencias pero sin usted este trabajo no tendría el éxito que estoy segura tendremos a futuro, gracias por su entrega y por ser tan buen profesional.

A mi codirector Dr. Eduardo Liquidano por darme esa guía y tenerme tanta paciencia y como he dicho nos vienen más éxitos con este trabajo de investigación, porque este proyecto continuara. Hace usted un excelente trabajo en la coordinación de posgrados de la UAGro.

A mis asesoras Dra, Claudia L. Hernandez por sus aportaciones y su gusto por este tema que tanto me apasiona sobre lactancia materna, a la Dra Jazmin Jijon por aceptar ser parte de este proyecto y por sus aportaciones, a la Dra Mindri A. Gutiérrez por creer en mi. Gracias.

A mis de mas Co´Rs por convertirse en una familia para mi y siempre remar juntos para el mismo lado.

Contenido

1. Introducción:	14
2. Marco teórico:	23
3. Planteamiento del Problema	27
4. Justificación:	28
5. Objetivos:	29
6. Hipótesis	30
7. Materiales y Métodos	31
7.1 Diseño del estudio	31
7.2 Población de estudio	31
7.3 Lugar y tiempo a desarrollarse	31
7.4 Criterios de selección	31
7.5 Muestreo y tamaño de la muestra	32
7.6 Tabla de variables	33
7.7 Descripción del estudio	35
8. Recursos logísticos	38
9. Resultados	39
10. Discusión	43
11. conclusiones	45
12. Estrategias a futuro	46
13. Citas bibliográficas	47
14. Anexos	52

Tablas:

Tabla 1. Características sociales y demográficas de las participantes	39
Tabla 2. Causas de abandono de lactancia materna exclusiva	40
Tabla 3. Análisis bivariado entre los tipos de alimentación al hijo de las participantes	41
Tabla 4. Factores relacionados con la lactancia artificial en las participantes. Regresión logística ajustada.	42

ABREVIATURAS:

LM: Lactancia materna

LA: Lactancia artificial

AAP: La American Academy of Pediatrics

ENSANUT: Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición

OMS: Organización Mundial de la Salud

MG: Miligramos

ML: Mililitros

GR: Gramos

L: Litro

KCAL:Kilocalorias

INEGI: instituto nacional de estadísticas y geografía

IIFAS: Iowa Infant Feeding Attitudes Scale

ENADID: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica

IMSS: Intituto Mexicano del Seguro Social

UAGro: Universidad Autonoma de Guerrero

Dr.: Doctor

Dra.:Doctora

UMF: Unidad de Medicina Familiar

HGZ: Hospital General de Zona

**ACTITUDES HACIA LA LACTANCIA EN MADRES PERTENECIENTES A LA UNIDAD
MÉDICO FAMILIAR NO. 08**

RESUMEN:
**ACTITUDES HACIA LA LACTANCIA EN MADRES PERTENECIENTES A LA
UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NO. 08**

Introducción: La lactancia materna exclusiva (LME) es el tipo de alimentación por excelencia para el recién nacido, que ejerce un valor benéfico para el binomio. Durante los últimos años, la lactancia artificial (mediante fórmulas o sustitutos) ha sido empleada con mayor frecuencia, reemplazando a la LME y cambiando la aceptación hacia ella. **Objetivo:** Determinar la actitud hacia la lactancia de las mujeres en una unidad de primer nivel. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, prolectivo, transversal y comparativo en el que 111 madres aceptaron ingresar de forma voluntaria y en el que se les aplicó un cuestionario para determinar su actitud hacia la LM. Se realizó un análisis descriptivo y bivariado de las variables de estudio así se determinó asociación usando la prueba de chi cuadrada. **Resultados:** Las participantes tuvieron una edad comprendida entre 25 y 30 años (37.8%). La mayoría con bachillerato (36%), empleadas (50.5%) y provenientes de familia nuclear (53.2%). La mayoría alimentaba a su hijo con LME (39.6%), mientras que se señaló al empleo como la principal causa de abandono de la LME (43.2%). El 89% de las madres presentó una actitud neutra a la LM, el 7.2% actitud positiva a la lactancia artificial, mientras que, solo el 3.3% presentó actitud positiva a la LM. Se observó una relación positiva entre no contar con pareja (RM 5.7, IC95% 1.4-22.6) y estar empleada (RM 5.4, IC95% 2.08-12.6) con la probabilidad de brindar lactancia artificial. **Discusión y conclusiones:** Pese a que la mayoría de las participantes practicaba la LME, solo el 3.3% tenía una actitud positiva hacia ella mientras que la mayoría tuvo una actitud neutra. Condiciones como el empleo o el no contar con pareja se relacionan con brindar lactancia artificial al recién nacido.

Palabras Clave: Lactancia materna, Lactante, calostro, amamantar.

ABSTRACT:
**ATTITUDES TOWARDS BREASTFEEDING IN MOTHERS BELONGING TO FAMILY
MEDICAL UNIT NO. 08**

Introduction: Exclusive breastfeeding (EBF) is the ideal feeding method for newborns, offering numerous health benefits for both mother and baby. In recent years, formula feeding (using artificial ingredients or substitutes) has become frequent, replacing EBF and altering its acceptance. **Objective:** To determine the attitude towards breastfeeding of women in a primary care unit. **Materials and Methods:** Observational, prospective, cross-sectional, and comparative study in which 111 mothers voluntarily agreed to participate and completed a questionnaire to determine their attitudes toward breastfeeding. A descriptive and bivariate analysis of the study variables will be performed, and associations will be determined using the chi-square test. **Results:** Women were between 25 and 30 years old (37.8%). The most had a high school education (36%), were employed (50.5%), and came from nuclear family (53.2%). Most exclusively breastfed their infants (39.6%), while employment was referred to as the main reason for discontinuing EBF (43.2%). 89% of mothers had a neutral attitude toward breastfeeding, 7.2% had a positive attitude toward formula feeding, and only 3.3% had a positive attitude toward breastfeeding. A positive relationship was observed between not having a partner (OR 5.7, 95% CI 1.4–22.6) and being employed (OR 5.4, 95% CI 2.08–12.6) with the likelihood of formula feeding. **Discussion and conclusions:** Although most participants practiced exclusive breastfeeding, only 3.3% had a positive attitude towards it, while the majority had a neutral attitude. Conditions such as employment or not having a partner are associated with providing formulas for the newborn.

Keywords: Breastfeeding, infant, colostrum, nursing.

1. Introducción:

Definición de Lactancia Materna

Definimos a la lactancia materna como la acción natural de alimentar y nutrir al bebé con el alimento fisiológicamente producido por la madre, conocido como leche materna. ya sea directamente del pecho o extrayendo (sacando) la leche del pecho, ya que se ha demostrado que es fundamental para la salud, la nutrición y el desarrollo neurológico, físico y emocional de las niñas/os; tiene un menor impacto ambiental y múltiples beneficios para la madre (1). La Organización Mundial de la Salud y La American Academy of Pediatrics (AAP) recomienda que los bebés sean amamantados durante los primeros seis meses de vida con leche materna. (2)

Epidemiología

En México, las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (Ensanut), reporta que se tiene que investigar si el incremento en la prevalencia de Lactancia materna exclusiva en niñas/os menores de 6 meses, que aumentó de 28.6% en 2018-2021 a 33.6% en 2021-2022, podría deberse a un efecto de la pandemia por Covid-19 en el cual el resguardo familiar aumentó (3). Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, solo el 28.4% de las mujeres lactan de forma exclusiva durante los 6 primeros meses de vida. Este es un dato alarmante, ya que a pesar de que el 95% de las mujeres alguna vez amamantaron, menos de una tercera parte continuo esta alimentación exclusiva tras 6 meses, situando a México como uno de los países con prevalencias más bajas de lactancia materna (4).

Anatomía de la mama:

La mama sobresale entre otros órganos, ya que se distingue por los siguientes características:

1) Su principal función es proporcionar el apoyo nutritivo y la supervivencia de otro individuo, el lactante;

2) Experimenta cambios estructurales dinámicos a lo largo de la vida: expansión del sistema lobulillar después de la menarquia; remodelación periódica durante la edad adulta, especialmente durante y después del embarazo, involución y regresión;

3) Como símbolos de la feminidad, las mamas tienen una importancia social, cultural y personal que es distintiva de otros órganos (5).

Las glándulas mamarias están situadas en el tejido subcutáneo que recubre los músculos pectorales mayor y menor. El pezón se encuentra en la prominencia más elevada de la mama, rodeado por un área circular de piel pigmentada, la areola. La areola es la parte más oscura alrededor del pezón de la mama. Durante el embarazo se oscurece aún más y la areola se vuelve más visible cuando el bebé empieza la lactancia materna. El niño(a) debe tomar parte de la areola para lactar bien. Las glándulas de Montgomery son glándulas que producen un líquido aceitoso que mantiene los pezones suaves y limpios y cuyo olor atrae al bebé al pezón. (6)

Leche Materna:

Tan importante y especial es la leche materna para el crecimiento de los lactantes, que su composición va mutando para adaptarse a sus necesidades durante cada etapa de la lactancia hasta que la madre o las circunstancias lleven a tomar la decisión de abandonar la práctica de lactar (7).

Fases de la leche materna:

1-. Precalostro. Es un exudado del plasma que se produce en la glándula mamaria a partir de la semana 16 del embarazo. En caso de presentarse prematuridad (nacimiento antes de las 35 semanas de gestación), el precalostro producido es rico en proteínas, nitrógeno total, inmunoglobulinas, ácidos grasos, magnesio, hierro, sodio y cloro. Tiene bajas concentraciones de lactosa, ya que un recién nacido prematuro tiene poca actividad de lactasa y se ajusta a las necesidades del recién nacido (8).

2. Calostro: Con una consistencia pegajosa y de coloración perlada o amarillenta, este líquido se excreta en los primeros cinco a siete días posteriores al parto. La coloración está dada por la presencia de β -carotenos como uno de los principales componentes. El

calostro tiene mayor contenido proteico (97% inmunoglobulina A IgA), vitaminas liposolubles, lactoferrina, factor de crecimiento, lactobacilos, sodio y zinc. En menor cantidad, está compuesto por grasas, lactosa y vitaminas hidrosolubles. Por medio de los anticuerpos esenciales ofrece protección al recién nacido de diversas enfermedades y disminuye la incidencia de alergias, infecciones, problemas gastrointestinales, enfermedades dermatológicas y afecciones respiratorias. La concentración de IgA en el calostro es mayor, y se estima una producción de hasta 12 mg/L demostrando la importancia del calostro en el recién nacido. (9).

3. Leche de transición. Esta etapa de la leche materna inicia después del calostro y dura entre cinco y diez días aproximadamente. Elevando progresivamente las concentraciones de lactosa, grasas, por aumento de colesterol y fosfolípidos y vitaminas hidrosolubles; disminuyen las proteínas, las inmunoglobulinas y las vitaminas liposolubles debido a que se diluyen por el incremento en el volumen de producción, que puede alcanzar 660 ml al día hacia el día 15 posterior al parto. La emulsificación de grasas y a la presencia de caseinato de calcio le dan la coloración blanca característica. (10).

4. Leche madura. Comienza su producción a partir del día quince postpartos y puede continuar por más de quince meses aproximadamente. El volumen promedio es de 750 ml al día, pero puede llegar hasta 1,200 ml al día en madres con embarazo múltiple. A diferencia de pre-calostro y calostro, la leche madura contiene mayor cantidad de lactosa y sangre y menos cantidad de anticuerpos. Para esta etapa la leche materna aporta desde 670 hasta 700 kcal por litro al recién nacido. (11)

Componentes de la leche materna

La leche Al hablar de las etapas de la formación de la leche humana y de su producción, es importante mencionar cuales son los componentes principales de la lecha materna:

- Agua: Representa un 87% del total de sus componentes cubriendo así los requerimientos del bebé, sin la necesidad de requerir líquidos extras en cualquier época del año. Esto mantiene la osmolaridad de la leche materna entre 287 a 293 mOsm y su

importancia estriba en que, a mayor carga renal de solutos, mayor será el requerimiento de líquidos (12);

- Hidratos de Carbono. El principal hidrato de carbono que contiene la leche materna es la lactosa y favorece el desarrollo de la flora intestinal por las Bifidobacterias e impide el crecimiento de microorganismos patógenos por ser acidificante. Esto mejora la absorción de calcio y mantiene estable la osmolaridad de la leche. La galactosa, otro carbohidrato dentro de la leche materna ayuda a la producción de galactopéptidos y galactolípidos que son imprescindibles para preservar la flora intestinal. (12)

- Lípidos: El volumen de lípidos en la leche materna va desde 3 a 5 g/100ml aproximadamente. La leche humana contiene ácidos grasos de cadena larga cuyos precursores son el ácido linolénico y el ácido linoleico, los cuales se convierten en ácidos grasos poliinsaturados que ayudan al desarrollo estructural y funcional del sistema cognitivo y perceptual del paciente además de ayudar en la regulación de la respuestas inflamatoria sistémica e inmune al programar la proliferación linfocitaria (específicamente de linfocitos NK). La leche también contiene colesterol, el cual se necesita para la producción neuronal y a la mielinización glial. También aporta concentraciones altas de colesterol, una grasa que se requiere en la proliferación de neuronas y en la mielinización de células gliales. (13)

- Proteínas. Entre 8.2 y 9 g es la cantidad de proteína por 1000 ml de leche, pero su concentración disminuye a lo largo de la lactancia. La α -lactoalbúmina es la proteína más abundante (37%) y actúa como cofactor en la biosíntesis de lactosa. La lactoferrina representa el 27% de total de las proteínas del suero y su unión al hierro sérico ayuda a su transporte y absorción en los tejidos. (13)

El inicio de la lactancia

El mejor comienzo para desempeñar un adecuado inicio a la lactancia materna es si la madre y el bebé están sanos. Sin influir si fue cesárea o parto fisiológico, es importante que el recién nacido sea reunido inmediatamente con la madre, por lo menos hasta que el bebé haya hecho la primera toma de pecho, e idealmente durante todo el tiempo que

madre así lo desee. Esta acción de contacto piel con piel ayuda al recién nacido a adaptarse a la vida extrauterina y a establecer un vínculo afectivo con su madre. (14)

Beneficios de la lactancia materna

Se han atribuido múltiples beneficios a la implementación de la lactancia materna. Dentro de los principales es que reduce el riesgo de sobrepeso y obesidad hasta en un 13% y también se asocia a menor riesgo de diabetes tipo 2 en 35%. Se ha concluido que amamantar por seis meses se asocia con una reducción del 19% en el riesgo de leucemia en la niñez, esto lo comparan con un período más corto o con no amamantar. (15)

A) Beneficios para el recién nacido: Los bebés que son amamantados tienen un 60% menos riesgo de morir por síndrome de muerte súbita infantil a comparación de los que no son amamantados y se ha determinado como un factor protector. El apego entre madre e hijo aumenta cuando las madres interactúan con sus hijos mientras amamantan lo cual fortalece la seguridad y el crecimiento en el recién nacido (16).

B) Beneficios de la madre: La lactancia materna ha demostrado ser un factor protector para la madre contra la diabetes mellitus disminuyendo un 32 % el riesgo de desarrollarla. También disminuye un 26% el riesgo de presentar cáncer de mama a etapas tempranas y hasta un 37% el riesgo de presentar cáncer ovárico. Se ha observado que la lactancia materna disminuye la posibilidad de desarrollar enfermedades coronarias o arterioescleróticas comparada con aquellas mujeres que brindaron lactancia a base de fórmulas. (17)

C) Beneficio para la familia: La lactancia materna ayuda a que la familia se encuentre en un entorno más unido y en armonía ya que hay menos preocupaciones debido a que los bebés tienden a tener menores problemas de salud y también al menor coste que ofrece la lactancia en comparación con la alimentación por fórmula. (18)

D) Beneficios para la población: Se ha comprobado que disminuye la morbimortalidad en niños, la incidencia de ingresos hospitalarios. Esto ha generado que los sistemas de salud

se esfuercen en mejorar las campañas de lactancia materna tras el impacto que presenta a la sociedad. (19)

El rol del padre dentro de la lactancia materna

Por construcción sociocultural, la mayoría del tiempo los padres se ven excluidos de la lactancia materna y crianza de sus hijos ya que suelen percibir que su identidad y masculinidad se verá afectada. El padre se involucra con la madre desde la etapa gestacional y eso genera mayor compromiso por parte del padre y mejora su participación en los cuidados, crianza, y lactancia del recién nacido. El padre colabora con la madre durante la lactancia al brindarle confianza, bienestar, protección y serenidad al binomio además de opinar, respetar y guiar a la madre en cuanto a sus inseguridades. La participación en los quehaceres de la casa y la atención al bebé es importante, dejando a un lado que, desde la construcción social de la masculinidad, el trabajo doméstico no le corresponde. Es por esto que en 2024 El Congreso de la Ciudad de México aprobó dictamen que permita reformas a Ley Federal del Trabajo y modificaciones Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado para ampliar la licencia de paternidad de cinco, a 45 días naturales, después del nacimiento o la adopción del infante como derecho de los varones trabajadores de la industria privada y del Estado, esto apoyando al rol del padre e incentivando a apoyar a la madre durante esta etapa. (20)

Complicaciones de la lactancia materna

La lactancia materna tiene beneficios para la madre, sin embargo, en algunas ocasiones la madre puede sufrir complicaciones derivadas de la lactancia que generan malestar físico y emocional. Estos problemas pueden ocasionar que la madre abandone la lactancia materna por lo que prevenirlos y darles un abordaje adecuado evitará el abandono. (21)

Las complicaciones maternas más comunes son: Ingurgitación mamaria, obstrucción del conducto, mastitis aguda y grietas del pezón, y ansiedad. Suelen presentarse al inicio de la lactancia y persisten 24-48 horas posteriores y después se resuelven gradualmente. En algunas ocasiones, la persistencia amerita manejo farmacológico y en instancias

mayores incluso el drenaje quirúrgico en el caso de ingurgitación y la obstrucción. La mastitis es frecuente y se manifiesta por una zona cuneiforme dolorosa a la palpación, caliente y tumefacta en la mama. Es causada por ingurgitación, bloqueo u obstrucción de una región de la mama; puede haber infección secundaria, la mayoría de las veces por *Staphylococcus aureus* resistente a la penicilina y, con menor frecuencia, por especies de *Streptococcus* o *Escherichia coli*. Las complicaciones de postergar un tratamiento son la recurrencia y la formación de abscesos. La ansiedad, la frustración y los sentimientos de inadecuación maternos pueden deberse a la falta de experiencia con la lactancia, a las dificultades mecánicas para sostener al bebé y hacer que se prenda al pecho y succione, al cansancio, a la dificultad para evaluar si la nutrición es adecuada y a los cambios fisiológicos posparto. Estas complicaciones son las razones más frecuentes de interrupción temporal o definitiva de la lactancia materna es por eso la importancia de prevención y manejo adecuado a fin de que la madre pueda continuar lactando y fortaleciendo el vínculo con su hijo. (22)

Lactancia Materna Exitosa

Para lograr una lactancia materna exitosa se debe informar ampliamente a la madre sobre las técnicas de succión y apego al bebe, lo que facilitará la relación. La Organización Mundial de la Salud ha emitido 10 pasos para lograr una adecuada lactancia materna:

1. Otorgar adecuada información al personal que labora en instancias hospitalarias y al público en general sobre el impacto de la lactancia materna y evitar el uso de fórmulas lácteas sustitutivas.
2. Capacitación al personal que labora en unidades médicas para instruir sobre las técnicas adecuadas sobre extracción de leche, acoplamiento y succión así fomentar la lactancia materna a las madres.
3. Brindar informes a todas las mujeres embarazadas para que reconozcan los beneficios que otorga la lactancia materna.

4. Favorecer desde el nacimiento la implementación la hora de hora al momento del nacimiento, lo cual consiste en el contacto piel con piel del binomio.
5. Mantener la lactancia entre la madre y el hijo pese a situaciones en las que ambas partes se encuentren separadas.
6. Mantener la lactancia materna exclusiva y evitar el uso de fórmulas suplementarias.
7. Fomentar el alojamiento conjunto y evitar la separación del binomio.
8. Mantener la lactancia materna a demanda del recién nacido.
9. Evitar el uso de biberones o chupones y fomentar el uso de métodos alternativos como el uso de jeringas, vasito o cucharas manteniendo la buena higiene.
10. Implementar los grupos de apoyo a la lactancia materna. (23)

Lactancia Artificial

La lactancia artificial se define como aquella que se basa en el uso de fórmulas lácteas como sustituto parcial o total de la leche materna con la finalidad de cubrir las necesidades nutritivas del recién nacido. Fue a inicios del siglo XIX, tras la revolución industrial, que se intentó complementar la alimentación del recién nacido a fin de incluir a la madre en las labores industriales y se ha desarrollado hasta la actualidad. (24)

Las fórmulas lácteas difieren completamente en la composición de la leche materna pero múltiples estudios y avances se han realizado para mantener la mayor similitud y para otorgar la misma cantidad y calidad de nutrientes al bebé. La presentación usualmente es en polvo y se disuelve en agua potable para su sencilla preparación, pero la sobre dilución o la pobre dilución en agua puede provocar un problema gastrointestinal al recién nacido. (25) El trabajo de la madre, enfermedades propias de la glándula mamaria, enfermedades virales o patologías metabólicas de recién nacido son las principales causas de la aceptación de la lactancia artificial. Su fácil preparación, bajo costo y preparaciones especiales también favorecen la práctica de la lactancia artificial. (26)

Constitución de fórmulas lácteas

Las fórmulas lácteas se dividen acorde a la etapa del recién nacido. Se clasifican en: fórmulas de inicio, fórmulas de continuación y fórmulas especiales. Las fórmulas de inicio constan de preparados para el lactante entre los 4 a 6 meses de vida y un aporte calórico entre 60 a 75 kcal/ 100 ml. Las fórmulas de continuación se caracterizan por tener un menor contenido calórico y menor contenido de proteínas y minerales. Algunos autores comentan que las fórmulas de continuación no son consideradas sucedáneos de la lactancia materna a diferencia de las fórmulas de inicio. Las fórmulas especiales incluyen las fórmulas antirreflujo, deslactosadas, parcial o totalmente hidrolizadas, de soja o libre de aminoácidos y buscan adaptarse a patologías especiales que presente el recién nacido. (27)

Beneficios y desventajas de la Lactancia Artificial

La lactancia artificial se caracteriza principalmente en ofrecerle mayor comodidad a la madre para alimentar al recién nacido en comparación con la lactancia materna. El apoyo del padre con la lactancia artificial es mayor en comparación con la lactancia materna el cual es un punto a favor además de que se tiene mayor control sobre la cantidad administrada y puede evitar la sobredigestión gástrica. Otra de las ventajas que ofrece la lactancia artificial es la alimentación en recién nacidos quienes tienen contraindicación como lo son las patologías metabólicas del recién nacido, madres portadoras de VIH o Hepatitis o patologías propias de la mama. (28) La inadecuada preparación de las fórmulas lácteas puede producir enfermedades gastrointestinales al recién nacido lo que puede causar problemas serios de salud y deshidratación. Los recién nacidos bajo lactancia artificial suelen desarrollar sobrepeso y obesidad temprana la cual es una clara desventaja. La economía familiar se ve más afectada en quienes usan lactancia artificial comparado con quienes prefieren la lactancia materna, debido al costo elevado de las fórmulas. (29)

Escala de actitudes hacia la alimentación infantil

En el 2006, INEGI detectó que la frecuencia de alimentación a base de lactancia materna en los primeros 6 meses de vida del recién nacido disminuyó lo cual se observó también

a nivel mundial y se tomaron medidas para identificar las posibles causas de abandono.(32)

2. Marco teórico:

Una de las medidas que se realizaron fue el reconocimiento y las actitudes de las madres hacia la lactancia materna para lo cual se han realizado varios cuestionarios, de los que sobresale el cuestionario de actitudes hacia la alimentación infantil, cuyas siglas en inglés Iowa Infant Feeding Attitudes Scale(IIFAS). Esta escala se desarrolló en el año 1999 por De la Mora y colaboradores con la finalidad de conocer cuales es la actitud de la madre hacia la lactancia e inicialmente tuvo una validación de 0.8 por método de Cronbach lo que le da una adecuada validación y confiabilidad como instrumento para validar las diferentes actitudes a la lactancia infantil y cuya eficiencia lo vuelve una herramienta sencilla de aplicar. El cuestionario IIFAS se compone de 17 preguntas de escala tipo Likert de 5 respuestas que van desde “completamente de acuerdo” a “completamente en desacuerdo” y que otorgan un puntaje desde 17 hasta 85 puntos los cuales clasifican a la actitud en 3 grupos: Actitud positiva a la lactancia materna (70-85 puntos), Actitud neutral (49 a 69 puntos) y Actitud positiva a la lactancia artificial (17 – 48 puntos). (30, 31)

La validación de cuestionario IIFAS a su versión en español fue realizada en 2018 por Suárez y colaboradores con el permiso de su autor original y en cual tras su traducción obtuvo una confiabilidad del 0.78 de alfa de Cronbach. Para su validación en la población mexicana se aplicó un cuestionario a 385 mujeres planteada en el 2018 por Navarro y colaboradores que demostró una fiabilidad del 0.66 al 0.68 con un nivel de adecuación muestra por Kaiser Meyer Olkin de 0.78, siendo menor en comparación con el estudio original pero aun demostrando su buen nivel como instrumento para determinar aceptación. (33).

Aceptación de la lactancia materna y artificial

Las madres se enfrentan durante el embarazo a la planificación después del nacimiento a la lactancia. Como se ha mencionado previamente, puede ser exclusivamente materna o artificial o puede ser mixta. La primera puede ser exclusiva cuando se ingiere como único alimento durante los primeros seis meses de vida; predominante si se combina con la ingesta de agua y otros líquidos; complementaria cuando acompaña la ingesta de alimentos semisólidos; y continuada, que es la toma de leche materna posterior a los 12 meses de edad. A nivel nacional se ha orientado a la madre que opte por la lactancia materna tras los amplios beneficios que ofrece, pero todo dependerá de la madre, sus condiciones y las del recién nacido los que determinen que tipo de lactancia seguirá. En México, tras realizar el estudio la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica en 2014, ENADID por sus siglas. En esta encuesta se realizó un cuestionario del módulo de la mujer a mujeres de 15 a 54 años, en el módulo de salud materno infantil. Según los resultados obtenidos, de los recién nacidos vivos 91.4% tuvieron lactancia materna vs 7.8% que no lo tuvieron. Las entidades federativas que mayores niveles de lactancia materna presentaron fueron Tlaxcala, Yucatán y Puebla mientras que los más bajos fueron Aguascalientes, Coahuila y Durango. En Guerrero se observó un 95.4% de recién nacidos que presentaron lactancia materna, ubicándose como el sexto estado que mayor nivel de lactancia materna presentó. Otro de los hallazgos de este estudio fueron que las mujeres con un rango de edad entre 25 a 29 años, y que radicaron en una localidad menor a 15 mil habitantes tuvieron mayores índices de lactancia materna. 40.5% de los recién nacidos iniciaron la lactancia en su primera hora de vida mientras que el 47.9% entre 2 a 24 horas de vida extrauterina. Se destacó que el 90% de mujeres de 15 a 39 años prefirieron la lactancia materna, sin embargo, el grupo de mujeres de 25 a 29 años tuvieron 94% de preferencia sobre la lactancia materna. Las causas más frecuentes de rechazo a la lactancia materna fueron la pobre producción de leche, el rechazo de la leche por parte del infante y la presencia de enfermedad de la madre que contraindicaba la lactancia materna. (34)

En España, al analizar cuál era la actitud de la lactancia materna de mujeres usando el cuestionario IIFAS en mujeres se observó que la mayoría de las pacientes en etapa de lactancia se encontraban en una edad de 18 a 34 años, estaban casadas al momento del

estudio además de que el 43.6% de ellas alcanzaron un nivel de licenciatura y el 72% se percibían un trabajo bien pagado. Se determinó que el 90% de las participantes adoptó una actitud positiva a la lactancia, la cual se relacionó con la multiparidad de las participantes (OR 2.69, IC 95%), es decir, que las pacientes que tenían embarazos previos tenían 2.6 veces mayor probabilidad de tener una actitud positiva a la lactancia. (33)

Pereira y cols analizaron la actitud de la lactancia materna en mujeres universitarias de Portugal (649 participantes) para determinar su asociación con variables demográficas usando el cuestionario IIFAS. La mayoría de las participantes se encontraban solteras (94.5%) y habitaban en zonas urbanas (78%). Se observó que el contacto piel con piel al momento del nacimiento, el año universitario que se encontraban cursando y la efectividad de la succión presentaron asociaciones positivas y significativas con la actitud positiva hacia la lactancia materna, es decir, que las pacientes que tuvieron contacto piel con piel, mayor tiempo universitario cursado y percibían una adecuada succión del recién nacido presentaron mayor actitud positiva a la lactancia materna. (35) Similar a este estudio, Bién y cols analizaron mujeres polacas que agruparon por el tiempo posterior al parto: 1 a 2 días postparto, 6 a 7 semanas posparto y 6 meses posparto. Se incluyeron 401 pacientes cuya edad promedio fue de 29.9 años (± 4.95) que habitaban en zonas urbanas (62.6%), con niveles de estudio superiores (62.6%), estado civil casado (84.8%), estado socioeconómico medio (56.9%), de las cuales la mayoría regreso a trabajar posterior al nacimiento (80.8%) y habían dado previa lactancia materna (64.1%). Los autores encontraron relación altamente significativa con residencia en provincia, nivel educativo superior, nivel socioeconómico medio o alto, embarazo previo y lactancia materna previa con la actitud positiva hacia la lactancia materna ($p < 0.001$) mientras que el número de embarazos, edad y vía de nacimiento no fueron significativas. (36)

Los estudios aplicados en mujeres europeas contrastan con los resultados obtenidos en mujeres del continente africano. En Kenia, 636 mujeres se sometieron al cuestionario de IIFA para evaluar la lactancia y aspectos demográficos relacionados en un estudio aplicado por Ezeche y cols. Se observó que las mujeres encuestadas se encontraban en un rango de edad de 20-39 años con un promedio de 39.1 (± 5.6), el 86.2% de ellas

contaba por lo menos con 4 hijos previos, 84.3% se encontraban casadas, 57.1% tenían como máximo nivel de estudios la escuela secundaria, 51.1% practicaban la religión cristiana, 59.7% tenían un nivel socioeconómico bajo y 51.2 de ellas eran comerciantes. La lactancia materna exclusiva durante el primer mes prevaleció 25.1% mientras que para tres meses fue de 24.6% mientras que el 47.3% de las pacientes brindó lactancia artificial debido a deficiente producción de leche (69.3%), trabajo (30.7%) y la insatisfacción alimentaria del recién nacido (3.5%). De los resultados obtenidos se observó que las participantes presentaron una actitud positiva hacia la lactancia artificial (62.3%) por motivos laborales, pero también porque consideraban que la lactancia materna en áreas públicas no es adecuada y que los suplementos lácteos ofrecían los mismo beneficios que la leche materna. (37)

Al observar cual era la actitud de la lactancia materna en mujeres mexicanas aplicando el cuestionario IIFAS Tras indagar sobre la asociación entre el conocimiento y la aceptación de la lactancia materna en 79 mujeres universitarias del norte del México con edad promedio de 24 años, Gonzales Mejía y colaboradores encontraron asociación positiva entre el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna y su aceptación. Se observó también que la mayoría de las madres que aceptaron la lactancia materna eran mexicanas (84.4%), profesaban una religión adventista (93.7%) y en su mayoría estaban solteras (96.2%). Se observó una correlación estadísticamente significativa entre la actitud a la lactancia materna con considerar a la leche materna como mejor alimento para un bebe hasta los 5 meses, el momento de inicio de la lactancia materna, lactancia materna previa y que hacer en caso de producción insuficiente de leche materna ($p < 0.001$). (38)

Gil-Vargas y cols evaluaron la autoeficacia y la actitud a la lactancia materna en 331 mujeres puérperas del estado de Puebla usando el cuestionario IIFAS. El rango de edad que presentó la mayoría de las participantes fue de 19 a 30 años (46%), la mayoría se encontraba en unión libre (62%) así como ya tenían antecedente de lactancia materna (52%) y tenían un nivel de bachillerato (31%). Del total de participantes, solo 10% presentó una actitud positiva hacia la lactancia materna, 2% actitud positiva hacia la

lactancia artificial y 88% presentaron actitud neutra, sin embargo, no se realizaron asociaciones con variables demográficas. (39)

El conocimiento de la madre sobre la lactancia materna que se brinda por parte de nuestra institución puede tener un impacto sobre la actitud de la madre además que nuestra población de estudio se considera distinta a la población del norte y centro del país. Los resultados obtenidos de este estudio nos ayudaran a tener una mejor comprensión de la actitud de las madres y establecer mejores directrices para ampliar los conocimientos y asegurar una adecuada lactancia materna.

3. Planteamiento del Problema

A nivel mundial se observó un descenso de la lactancia materna desde el 2010 principalmente en países africanos debido a la pobre producción de leche materna producto de la desnutrición que presenta la población. Mismo patrón es él que México presenta tan solo cuando en 1999 bajó de 20.3% a 14.4% en 2012 de acuerdo con los datos arrojados por ENSANUT en 2014, sin presentar otra nueva actualización. No contamos con información sobre el tipo de lactancia o la actitud de las madres pertenecientes a la UMF 08 en Zihuatanejo de Azueta.

Las principales causas observadas en nuestro país para el rechazo a la lactancia materna son la pobre producción de leche materna, la mala técnica de alimentación, la percepción de hambre en el recién nacido y el trabajo que realiza la madre y le impide pasar tiempo con el recién nacido. Estas causas son similares en mujeres de Europa y África, en quienes, se ha observado una mayor actitud positiva y aceptación hacia la lactancia artificial.

La identificación de la actitud hacia la alimentación infantil por parte de las madres de esta UMF ayuda a reconocer que puntos de las estrategias de lactancia materna podemos reforzar para mejorar la prevalencia de la lactancia materna en los primeros

meses de vida, así como identificar qué factores se asocian a que las madres continúen lactando durante mayor tiempo a sus hijos. El equipo de trabajo de este protocolo llegó al siguiente planteamiento de investigación:

¿Cuál es la actitud hacia la lactancia materna de las madres pertenecientes a la UMF 08?

4. Justificación:

La lactancia es la alimentación que recibe el recién nacido en sus primeros meses de vida y se considera que la leche materna es el alimento por excelencia que deben recibir los niños por su alto contenido proteico. La importancia de la lactancia materna radica en que hay evidencia de que existe un beneficio para el binomio, es decir, tanto para la madre como para el hijo. El recién nacido que recibe lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses tiene menor riesgo de desarrollar leucemia o presentar muerte súbita mientras que en la madre reduce el riesgo de cáncer de ovario y mama por lo que mantener la lactancia materna exclusiva es beneficioso para el binomio.

En Latinoamérica se ha observado una disminución de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses y se ha optado por una lactancia artificial, que consta de la alimentación a base de fórmulas lácteas. Los principales motivos de este cambio se debe a la mayor participación de la mujer dentro del trabajo, lo cual disminuye el tiempo para poder alimentar al menor pero también existen razones sociales que han favorecido a la lactancia artificial.

Para identificar con claridad los motivos que generaron un cambio en el tipo de lactancia durante la última década se debe de conocer en tiempo presente cual es la actitud de las madres hacia la lactancia. Los estudios de investigación realizados en distintas partes del mundo arrojan diferentes actitudes hacia la lactancia ya que las condiciones difieren en cada país. En México existe poca información sobre cuáles son las actitudes de las madres respecto a la alimentación infantil y a través de este protocolo de investigación podremos conocer e identificar la posición actual de la lactancia materna y podría ser

base para futuros proyectos de investigación para mejorar estrategias de lactancia materna en nuestra población. Los resultados obtenidos son beneficiosos para la madre y el recién nacido, pero también para la población en general como parte del entorno familiar.

5.Objetivos:

Principal:

- Determinar la actitud hacia la lactancia de las mujeres de la Unidad Médico Familiar No. 08

Específicos

- Identificar los rasgos demográficos y sociales de las mujeres de la Unidad Médico Familiar No. 08.
- Establecer la asociación entre variables demográficas con el tipo de alimentación hacia el hijo.
- Establecer la asociación entre el tipo de familia, el número de hijos, el tipo de nacimiento, el contacto piel con piel y la orientación al tipo de alimentación del recién nacido.
- Identificar las principales causas de rechazo a la lactancia materna.

6. Hipótesis

Hipótesis nula

Menos del 90% de las mujeres presentan actitud positiva a la lactancia materna

No existe asociación entre la edad, escolaridad, religión, estado civil y el tipo de familia con el tipo de alimentación hacia el hijo.

No existe asociación entre el número de hijos, tipo de nacimiento, contacto piel con piel y la orientación con el tipo de alimentación hacia el hijo.

Hipótesis alterna

Más del 90% de las mujeres presentan actitud positiva a la lactancia materna

Existe asociación entre la edad, escolaridad, religión, estado civil y el tipo de familia con el tipo de alimentación hacia el hijo.

Existe asociación entre el número de hijos, tipo de nacimiento, contacto piel con piel y la orientación a la lactancia con el tipo de alimentación hacia el hijo.

7. Materiales y Métodos

7.1 Diseño del estudio

El estudio realizado fue un estudio de tipo observacional de acuerdo con la maniobra, prolectivo por su dirección, transversal por su seguimiento y analítico en su búsqueda de asociación.

7.2 Población de estudio

La población blanco de este estudio fueron mujeres derechohabientes pertenecientes a la Unidad Médico Familiar No. 08 de Zihuatanejo y que tengan un tiempo no menor a 3 meses y no mayor a un año de haber tenido a su último hijo y que accedieron a completar un cuestionario sobre actitud hacia la lactancia materna.

7.3 Lugar y tiempo a desarrollarse

El estudio se realizó en las instalaciones de la Unidad Médico Familiar No. 08 de la ciudad de Zihuatanejo de Azueta. Se realizó en los turnos matutino, vespertino y jornada acumulada. El tiempo estimado para el muestreo, análisis estadístico y obtención de resultados fue de aproximadamente de 12 meses tras la aprobación por el Comité Local de Investigación en Salud.

7.4 Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Mujeres derechohabientes adscritas a la Unidad Medico Familiar No. 08
- Mujeres que tengan un tiempo no menor a 3 meses y no mayor a un año de haber tenido a su último hijo.
- Mujeres de edad entre 18 a 45 años.

Criterios de exclusión

- Mujeres cuyo último hijo fuera prematuro.
- Mujeres cuyo último hijo haya fallecido.

- Mujeres cuyo último hijo haya ingresado a la unidad de cuidados intensivos neonatales o cuneros patológico.
- Mujeres cuyo último hijo tenga labio y paladar hendido.
- Mujeres con antecedente de cáncer de mamá
- Mujeres con terapia inmunosupresora, quimioterapia o radioterapia.
- Mujeres con afecciones psicológicas o psiquiátricas.

Criterios de eliminación

- Mujeres cuyos cuestionarios estén incompletos.
- Mujeres que no autorizaron su ingreso al estudio.

7.5 Muestreo y tamaño de la muestra

Este estudio contó con un muestreo no probabilístico a conveniencia del investigador.

En el periodo de Abril 2023 a Marzo del presente año, 553 mujeres dieron a luz en el Hospital General de Zona 08 y acudieron a atención en la Unidad Médico Familiar, lo que definió a nuestra población de estudio. El tamaño de la muestra se realizó usando la fórmula para poblaciones finitas con un intervalo de confianza ajustado a 95% y un error de 5%.

Tamaño de población (N): 553 pacientes

Intervalo de confianza 95% (Z^2): 1.96

Margen de error (e^2): 0.05

Prevalencia estimada (p): 0.8%

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Tras realizar el cálculo, el mínimo número de pacientes que se necesitaron para este estudio fue de 111.

7.6 Tabla de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Indicador
1. Actitud hacia Lactancia	Grado de aceptación se tiene sobre la lactancia materna o sucedáneos lácteos.	Actitud de la paciente sobre el tipo de lactancia al momento del estudio tras la aplicación del cuestionario IIFAS.	Cualitativa	Nominal Politómica	0. Positiva a Lactancia Materna 1. Neutra 2. Positiva a Lactancia Artificial
2. Tipo de alimentación infantil	Alimentación que recibió el recién nacido que puede clasificarse en lactancia materna exclusiva, artificial exclusiva o mixta.	Tipo de lactancia recibió en recién nacido los primeros 3 meses de vida por parte de la paciente al momento del estudio.	Cualitativa	Nominal Politómica	0. Lactancia Materna Exclusiva 1. Lactancia Artificial Exclusiva 2. Lactancia mixta
3. Edad	Tiempo que ha vivido un ser vivo desde su nacimiento.	Años de vida que presenta la paciente al momento del estudio.	Cuantitativa	Continua	18 a 45 años
4. Escolaridad	Máximo nivel de estudio que se ha realizado en un establecimiento certificado.	Grado académico que presenta la paciente al momento del estudio.	Cualitativa	Ordinal Politómica	0. Ninguna 1. Primaria 2. Secundaria 3. Bachiller 4. Licenciatura 5. Posgrado
5. Estado civil	Situación de un individuo ante un registro civil para cumplir obligaciones civiles.	Situación actual de la paciente en relación con una pareja al momento del estudio.	Cualitativa	Nominal Politómica	0. Soltera 1. Casada 2. Unión libre 3. Divorciada 4. Viuda
6. Religión	Creencia y cultos de veneración hacia uno o varios dioses.	Tipo de creencia que practica la paciente al momento del estudio.	Cualitativa	Nominal Politómica	0. Cristiana 1. Católica 2. Testigo de Jehová 3. Adventista 4. Atea 5. Otra
7. Ocupación	Oficio que ejerce una persona a cambio de una remuneración o beneficio.	Empleo que presenta la paciente al momento del estudio.	Cualitativa	Nominal Politómica	0. Empleada 1. Estudiante 2. Ama de casa 3. Sin empleo

8. Tipo de Familia	Estructura familiar a la que pertenecen diversos miembros que conforman una familia.	Estructura de familia a la que pertenece la paciente al momento del estudio.	Cualitativa	Nominal Politómica	0. Nuclear 1. Extensa 2. Extensa Completa
9. Número de hijos	Cantidad de hijos procedentes de una misma madre.	Cantidad de hijos que tiene la paciente al momento del estudio.	Cuantitativa	Discreta	0 - 10 hijos
10. Contacto piel con piel	Técnica que consiste en colocar al recién nacido inmediatamente después del parto con el pecho descubierto de la madre	Antecedente de contacto piel con piel que presentó la paciente al momento del estudio.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	0. Si 1. No
11. Tipo de nacimiento	Método por el cual se obtiene al recién nacido.	Vía por la cual se obtuvo al recién nacido de la participante al momento del estudio.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	0. Parto natural 2. Cesárea
12. Orientación de lactancia	Curso sobre generalidades de la lactancia que ofrece a la madre información sobre la leche materna o sucedáneos lácteos.	Capacitación la paciente sobre la lactancia materna previo al momento de estudio.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	0. Orientada 1. No orientada
13. Causa de abandono de lactancia materna	Motivos y razones que condicionaron el abandono de la alimentación a base de seno materno.	Causa que llevo a la participante al rechazo de la lactancia materna.	Cualitativa	Nominal Politómica	0. Producción deficiente de leche materna 1. Trabajo 2. Hambre del bebe 3. Dolor al amamantar 4. Infección de la glándula mamaria 5. Enfermedad de la madre

7.7 Descripción del estudio

Una vez completada la evaluación por el CLIS y autorizada la realización se buscó a las pacientes que cumplan con los requisitos de inclusión. La búsqueda se realizó en la base de datos del expediente médico digital del IMSS y se abordaron a las pacientes en la sala de espera de la consulta externa de Medicina Familiar de los turnos matutino, vespertino y jornada acumulada. Se les dio una breve y concisa explicación del estudio a realizar y se les comentaron los beneficios y desventajas de la realización del estudio. Las mujeres que aceptaron participar firmaron un consentimiento informado para la autorización de sus datos. Se les aplicó un cuestionario de 13 preguntas sencillas para conocer sus rasgos sociales y demográficos, así como también para conocer sus antecedentes maternos (como el número de hijos, tipo de nacimiento de su último hijo, tipo de alimentación infantil del hijo en los primeros 3 meses). Al completar el breve cuestionario se procedió a la aplicación de cuestionario sobre actitudes hacia la alimentación infantil (IIFAS por sus siglas en inglés), el cual tiene 17 oraciones con respuesta de opción múltiple que van desde “completamente de acuerdo” hasta “completamente en desacuerdo”. Este cuestionario otorga una puntuación mínima de 17 y máxima de 85 y clasifica la actitud de las mujeres en: actitud positiva a la lactancia materna (70-85 puntos), actitud neutra (69-49 puntos) y actitud positiva a la lactancia artificial (17 – 48 puntos).

Al finalizar las encuestas, se le explicó brevemente a la participante sobre los resultados que se obtuvieron y se dio por finalizada la intervención. Los resultados fueron ingresados a una base de datos en Excel, clasificando cada una de las variables y sus resultados hasta completar con el tamaño de la muestra para el análisis estadístico.

7.8 Análisis Estadístico

Se utilizó el Software estadístico Rstudio versión 4.2.1 para el análisis descriptivo y bivariado. Se analizaron las variables cuantitativas y se les aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov para determinar la distribución de la muestra. Las variables cuantitativas de distribución normal se describieron en media y percentiles 25/76, mientras que las de distribución libre se describieron en mediana y rango intercuartilar.

Para el análisis bivariado y determinar la asociación significativa de variables cualitativas se empleó la prueba de Chi Cuadrada de Pearson si la frecuencia esperada era mayor a 10, prueba exacta de Fisher en frecuencias esperadas menores a 10 y en análisis de más de dos grupos se usó chi cuadrada de asociación lineal.

Para el análisis multivariado, se realizó un modelo de regresión logística ajustado por el método “hacia adelante” para estimar los posibles modelos significativos.

7.9 Aspectos Éticos

La realización de este protocolo de investigación fue evaluada minuciosamente por el comité local de investigación en salud. Se basó en los lineamientos normativos de los principios de bioética que aseguran el resguardo de los datos del paciente y la protección a la salud física y emocional durante esta intervención.

Como lo menciona la Ley General de Salud para lineamientos de investigación en salud en el artículo 17, esta investigación se consideró de riesgo menor al mínimo pues la intervención con encuestas no representa daño al participante, ni tampoco son causa de susceptibilidad emocional y por la naturaleza de este estudio, no causará daño físico o económico al participante. Se adaptó a los principios éticos que justifican su realización buscando siempre el beneficio del individuo de estudio tal como se menciona en su artículo 14.

Se tomaron las bases de los códigos de Núremberg y la declaración de Helsinki para mantener la confidencialidad de los datos del paciente, asegurar sus datos personales a través de un consentimiento informado y proteger de cualquier daño que se pueda presentar hacia su persona.

Este protocolo cumplió con los principios de la bioética de no maleficencia y justicia, para evitar generar daño al sujeto durante toda la investigación, manteniendo el compromiso que recibirá el mismo trato, igualdad y reciprocidad que todos los sujetos involucrados en este estudio. También se cumplieron con los principios de autonomía y beneficencia para mantener la libre elección de interrumpir el estudio en cualquier momento y comprometernos a la búsqueda de su beneficio.

8. Recursos y logística

8.1 Recursos humanos

- Alumna: Dra. Diana Angelica Gática Radilla. Residente de tercer año de Medicina Familiar.
- Director de tesis: Dra. Cynthia Guadalupe Castro Caballero. Esp. Medicina de urgencias/ Métodos estadísticos adscrita al IMSS HGR01.
- Codirector de tesis: Dr. Eduardo Liquidano Pérez. Coordinador del Área de Posgrado de la UAGro.
- Asesora: Dra. Claudia Lizeth Hernández Delgado. Licenciada en Nutrición.
- Asesora: Dra. Jazmín Jijón Gómez. Médico No Familiar adscrita al IMSS UMF 09.
- Asesora: Dra. Mindri Anai Gutiérrez. Coordinadora de Educación e Investigación en Salud del IMSS HGZ 08.

8.2 Recursos materiales

- Papelería: Hojas blancas, bolígrafos, folders, lápices.
- Electrónicos: Computadora, impresora, copiadora.
- Software: Equipo Windows Office 11, Software estadístico Rstudio versión 4.2.1
- Institucionales: Expediente clínicos, Archivo clínico

8.3 Recursos financieros

El financiamiento de este protocolo se realizó con recursos propios con los que cuenta el Instituto Mexicano del Seguro Social además de contar con el financiamiento de los investigadores.

9. Resultados

Se incluyeron 111 madres derechohabientes de la Unidad Médico Familiar No. 08. El grupo etario más común entre las mujeres fue de 25 y 30 años (37.8%). Respecto la mayoría contaba con un nivel educativo de bachillerato (36%). La mayoría tenía pareja (80.2 %), profesaba religión católica (63.1 %), mientras la mayor parte estaba empleada (50.5%). Predominó el tipo de familia nuclear (53.2 %), y el 81.1 % tenía menos de dos hijos. Se observó que el 60.4 % refirió haber abandonado la lactancia materna exclusiva. Sobre el tipo de alimentación brindada al recién nacido durante los primeros tres meses de vida, el 39.6 % practicó lactancia materna exclusiva, el 22.5 % lactancia artificial y el 37.8 % lactancia mixta. (Tabla 1)

Tabla 1. Características sociales y demográficas de las participantes		
Variable	N = 111	
	n	%
Edad		
< 25 años	31	27.9
25 – 30	42	37.8
> 30 años	38	34.2
Escolaridad		
Primaria	13	11.7
Secundaria	27	24.3
Bachillerato	40	36
Licenciatura	31	27.9
Pareja		
Si	89	80.2
No	22	19.8
Religión		
Cristiana	6	5.4
Católica	70	63.1
Testigo de Jehová	3	2.7
Adventista	1	9

Atea	28	25.2
Otro	3	2.7
Ocupación		
Empleada	56	50.5
Desempleada	55	49.5
Tipo de familia		
Nuclear	59	53.2
Extensa	39	35.1
Nuclear extensa	13	11.7
Número de hijos		
< 2 hijos	90	81.1
> 2 hijos	21	18.9
Abandono de lactancia materna exclusiva		
Si	67	60.4
No	44	39.6
Tipo de alimentación		
Materna exclusiva	44	39.6
Artificial exclusiva	25	22.5
Mixta	42	37.8

Respecto a los motivos de abandono de la lactancia materna exclusiva, el principal fue el trabajo (43.2 %), seguido por la producción deficiente de leche (10.8 %) y el dolor al amamantar (4.5 %). (Tabla 2).

Motivo de abandono	n	%
Trabajo	48	43.2
Producción deficiente de leche	12	10.8
Dolor al amamantar	5	4.5
Hambre del bebé	1	0.9

Infección de la mamá	1	0.9
Total	67	100

También se observó una asociación significativa entre la actitud hacia la lactancia y el tipo de alimentación materna o artificial ($p = 0.007$), sin embargo, se considera a esta variable con alta colinealidad por lo que es esperada esta fuerte asociación. No se encontraron asociaciones significativas con la edad, estado civil, número de hijos, tipo de nacimiento, contacto piel con piel o haber recibido orientación sobre lactancia. (Tabla 3)

Tabla 3. Análisis bivariado entre los tipos de alimentación al hijo de las participantes					
	Lactancia materna exclusiva		Lactancia artificial		p
	n = 44	39.6%	n = 67	60.4%	
Edad					
< 25 años	13	29.5	18	26.9	0.956 ≠
25 – 30	15	34.1	27	40.3	
> 30 años	16	36.4	22	32.6	
Pareja					
Si	41	93.2	48	71.6	0.007 *
No	3	6.8	19	28.4	
Ocupación					
Empleada	12	27.3	44	65.7	<0.001 †
Desempleada	32	72.1	23	34.3	
Número de hijos					
< 2 hijos	33	75	57	85.1	0.219 *
> 2 hijos	11	25	10	14.9	
Contacto piel con piel					
Si	33	75	61	91	0.031 †
No	11	25	6	9	
Vía de nacimiento					
Parto	28	63.6	30	44.8	0.052 *
Cesárea	16	36.4	37	55.2	
Orientación a la lactancia					
Si	36	81.8	57	85.1	0.793 *

Tabla 4. Factores relacionados con la lactancia artificial en las participantes. Regresión logística ajustada.					
	B	RM ajustado	IC al 95%	p	
Pareja					
Si		Referencia	1	0.013	
No	1.741	5.704	1.438 – 22.62		
Ocupación					
Desempleada		Referencia	1	<0.001	
Empleada	1.636	5.135	2.08 – 12.643		
Contacto piel con piel					
Si		Referencia	1	0.544	
No	-0.372	0.690	0.208 – 2.289		
			R2 Nagelkerke: 0.278		
RM: Razón de momios					
IC95%: Intervalo de confianza al 95%					
No	8	18.2	10	14.9	
Actitud hacia la lactancia					
Positiva a LM	3	6.8	1	1.5	0.007 †
Neutra	41	93.2	58	86.6	
Positiva a LA	0	0	8	11.9	
LM: Lactancia materna; LA: Lactancia artificial					
* Valor de p obtenido mediante prueba de Chi Cuadrada					
† Valor de p obtenido mediante prueba exacta de Fisher					
‡ Valor de p obtenido mediante asociación lineal					

Al realizar un análisis de regresión logística usando el método “hacia adelante” se obtuvo un modelo ajustado que representó al 73.9% de las participantes. Se observó que no contar con pareja es un factor relacionado 4.7 veces más con la lactancia artificial comparado con las madres que tenía pareja (RM 5.7, IC95% 1.43 – 22.62). De la misma manera, que la madre estuviera empleada se consideró un factor relacionado con brindar la lactancia artificial (RM 5.1, IC95% 2.08-12.643). Si bien, en el análisis bivariado, la asociación entre el tipo de alimentación del lactante con el contacto piel con piel, al ajustar el modelo, este no fue un factor relacionado (RM -0.372, IC95% 0.2 - 2.28). (Tabla 4)

10. Discusión

Las características de nuestra población de estudio se asemejan a las reportadas en España por Cotelo, cuyo rango de edad fue superior además de que la mayoría contaba con un empleo (72%). Al igual que estos estudios mencionados y el realizado por Bien en Polonia, cuya escolaridad de las participantes fue de nivel superior, podemos decir que encontramos similitud en la escolaridad de las participantes. Podemos inferir que alto porcentaje de madres con estudios de nivel medio y superior no se tradujo necesariamente en una mayor actitud positiva hacia la lactancia, lo que sugiere que el conocimiento formal no garantiza la práctica ni la convicción sobre sus beneficios.

A diferencia de lo citado por González-Mejía, en nuestro trabajo el contacto piel con piel y la orientación sobre lactancia no mostraron relación estadísticamente significativa con la actitud hacia la lactancia, lo cual podría deberse a que, aunque las madres reciban información, esta no siempre se relaciona al acompañamiento práctico o apoyo continuo. Esto resalta la importancia de fortalecer los programas educativos y de sensibilización, tanto durante el embarazo como en el puerperio.

Los resultados muestran que, aunque la mayoría de las madres participantes presentaron una actitud neutra o positiva hacia la lactancia materna, aún persiste una proporción considerable que recurre a la lactancia artificial o mixta. Este hallazgo coincide con estudios nacionales como el de Gil-Vargas et al. (2019) en Puebla, donde el 88 % de las madres mostraron actitud neutra y solo el 10 % una actitud positiva hacia la lactancia materna. Sin embargo, difieren con lo reportado en Kenia por Ezeche, en los que predominó la actitud positiva a la lactancia artificial. Se esperaría que, en zonas de África, la lactancia materna exclusiva fuese una práctica crucial para la supervivencia infantil, debido a que son áreas donde el acceso a agua potable, saneamiento adecuado y

recursos económicos es limitado; sin embargo, el contraste cultural, donde amamantar en áreas públicas o no contar con la facilidad de bancos de leche y áreas adecuadas para alimentar al lactante o realizar extracción manual (lactarios) disminuyen la práctica de la lactancia materna exclusiva.

La ocupación materna se identificó como un factor relacionado con la lactancia artificial, concordando con investigaciones ya mencionadas que asocian la incorporación de la mujer al trabajo con una menor prevalencia de lactancia exclusiva. Esto se corrobora al observar que la principal causa de abandono de la lactancia materna exclusiva en nuestras participantes fue el empleo (43.2%). Esto puede ser derivado de la incompatibilidad de horarios, la falta de facilidades en el entorno laboral, la falta de lactarios adecuados y nulas redes de apoyo lo que dificulta desde la extracción de leche materna hasta la alimentación directa y obligando a las madres a depender de fórmulas o incluso a adelantar alimentos sólidos para mantener la alimentación del hijo.

Por otro lado, según con lo reportado por Pereira en Portugal, con un tamaño de muestra mayor, en su mayoría estaban solteras lo que contrasta con nuestro estudio, quienes en su mayoría estaban en una relación de pareja. Se evidenció una asociación significativa entre no contar con la pareja con la lactancia artificial en nuestras participantes. El apoyo de la pareja y de la familia, se reflejan en el apoyo con las tareas domésticas, el cuidado del bebé, mayor estabilidad económica, lo que ayuda a la madre a centrarse en la lactancia materna y fomentando su práctica y duración.

11. conclusiones

Con los resultados obtenidos en este trabajo podemos aceptar la hipótesis alterna planteada al inicio de este proyecto:

- a) Demostrando que solo el 39.6% de las mujeres presentaron actitud positiva a la lactancia materna.
- b) Existe asociación significativa entre la relación de pareja y el empleo de la madre con la alimentación artificial.
- c) No existe asociación entre la edad, escolaridad, religión, el tipo de familia, el número de hijos, tipo de nacimiento, contacto piel con piel y la orientación a la lactancia con la actitud hacia la lactancia de las mujeres.

12. Estrategias a futuro

1. Emplear estrategias no solo de capacitación al personal de salud para ayudar a las madres a adaptarse y conocer sobre el tema de la lactancia materna. Se propone una iniciativa para implementar temas sobre banco de leche y la preservación de la leche materna en casa, sobre todo en madres trabajadoras, así no tendrían limitación para continuar la LME a sus hijos.
2. Es bien sabido que el sector salud cuenta con espacios dignos, designados a las madres trabajadoras y derechohabientes que tengan la necesidad de lactar a sus hijos o realizar extracción manual (lactarios), esto nos da la pauta para proponer e implementar que otros sectores puedan asignar dicho espacio físico (lactarios) para las mujeres trabajadoras que se encuentren en periodo de lactancia.
3. Se recomienda fortalecer las estrategias institucionales de apoyo a la lactancia, incluyendo orientación práctica, creación de espacios de lactancia en centros laborales y campañas que involucren al núcleo familiar.
4. Este trabajo de investigación también nos hace ver la importancia de contar con bancos de leche en las unidades medica del IMSS ya que de esta manera los recién nacidos que no cuente con la fortuna de ser alimentados con leche materna no tengan como única opción la lactancia artificial.

13. Citas bibliográficas

1. Lactancia materna. World Health Association [Internet] 2020. Obtenido de: https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
2. Feldman-Winte, L. La posición de la AAP con respecto a amamantar. Am Ac Ped [Internet] 2022. Obtenido de <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/breastfeeding/Paginas/where-we-stand-breastfeeding.aspx>
3. Encuesta de Salud y Nutrición. INSP [Internet] 2022. Obtenido de <https://ensanut.insp.mx/>
4. Oblitas A, Uberli J, Flores Y. Lactancia materna exclusiva en Latinoamérica: una revisión sistemática. Vive Rev Sal [Internet] 2022;5(15): 874-888. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2664-32432022000300874&lng=es
5. Prieto R, Aparicio V, Aguayo G, et al. Aspectos morfológicos de la mama. Una revisión de la literatura. Int. J. Morphol [Internet] 2023;41(6):1802-1807. Obtenido de <https://www.scielo.cl/pdf/ijmorphol/v41n6/0717-9502-ijmorphol-41-06-1802.pdf>
6. González F, Ugalde O. La glándula mamaria, embriología, histología, anatomía y una de sus principales patologías, el cáncer de mama. Rev Med Cos Cen. [Internet] 2012;69(602):317-320. Obtenido de <https://www.mediagraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=35509>
7. Prentice AM. Breastfeeding in the modern world. Ann Nutr Metab [Internet]. 2022;78(Suppl. 2):29–38. Disponible en: <https://karger.com/anm/article/78/Suppl.%202/29/827475/Breastfeeding-in-the-Modern-World>
8. Baños Laso G, García J. Lactancia materna. Aspectos generales. Rev Inf Cien [Internet] 2011;71(3) Obtenido en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757296035>
9. Maldonado M. El Calostro y la Nutrición Prenatal en el Desarrollo Humano. Ciencia Matria [Internet]. 2023;9(2):313–23. Obtenido en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9261055.pdf>
10. Osorio X, Ortega I, Ortega E, et al. Lactancia materna: Beneficios, tipos de leche y composición. Entorno UDLAP [Internet] 2020;10: 4-15. Obtenido por pág. 47

https://www.researchgate.net/publication/340235902_Lactancia_materna_Beneficios_tipos_de_leche_y_composicion

11. Rodríguez E, Valle M, Bah M. Carotenoide en la leche humana. Ciencia [Internet] 2023;74 (1): 46 – 51. Obtenido en https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/74_1/PDF/08_74_1_1357.pdf

12. Lapeña S, Hernández M. Composición de la leche materna. Experto en Lactancia Materna. [Internet] México; 2018;(1). Obtenido en https://aula.campuspanamericana.com/Cursos/Curso01417/Temario/Experto_Lactancia_Materna/M1T4-Texto.pdf

13. Sabillon F, Abdu B. Composición de la leche materna. Hon Ped. [Internet] 1997;17(4): 120-124. Obtenido de <http://www.bvs.hn/RHP/pdf/1997/pdf/Vol18-4-1997-7.pdf>

14. Herrera Gómez Antonio. El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. Index Enferm [Internet]. 2013; 22(1): 79-82. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100017&lng=es

15. Saravia M, Cazorla P, Ignacio F, Cazorla P. Lactancia materna exclusiva como factor protector de la leucemia linfoblástica aguda. Andes pediátr. [Internet]. 2021;92(1): 34-41. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-60532021000100034&lng=es

16. Latorre-Castro M, Fernández-Deaza G, Ucrós-Rodriguez S. Síndrome Infantil de Muerte Súbita: nuevos conceptos y una misma solución. Rev Fac Med. [Internet]. 2014;62(2):247-254. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112014000200011&lng=en

17. Aguilera-Eguía R, Rodríguez-Pindave V, Fuentes-Barría H, Roco-Videla A, et. al. Lactancia materna y su rol preventivo en el cáncer de mama. Nutr. Hosp. [Internet]. 2022;39(4):955-957. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000600032&lng=es

18. Pérez García DR, Valdés Ibargollín MA. Acciones de salud sobre la familia para incrementar la lactancia materna exclusiva. Medi Electr [Internet]. 2015; 19(4): 240-243. pág. 48

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000400005&lng=es.

19. Arocha-Zuluaga GP, Caicedo-Velasquez B, Forero-Ballesteros LC. Determinantes económicos, sociales y de salud que inciden en la lactancia materna exclusiva en Colombia. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2022;38(9). Disponible en <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311xes186621>

20. García Bautista, M. Participación paterna y prácticas de lactancia materna exclusiva. *Dilemas Contemp Educ Política Valores* [Interne]. 2021;8(1) Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78902021000300020&lng=es&nrm=iso

21. Burgos I, Mainero F, Burgos R, Jaimes M. Patología de la mama durante el embarazo y lactancia. *Rev. Méd. La Paz* [Internet]. 2012;18(1): 57-66. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000100010&lng=es.

22. Días M. ¿En qué situaciones está contraindicada la lactancia materna? *Acta Pediatr Esp.* [Internet] 2005; 63: 321-327. Disponible en <https://www.enfermeriaaps.com/portal/download/LACTANCIA%20MATERNA/Contraindicaciones%20la%20lactancia%20materna.pdf>

23. Castillo C, Grados R. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño: pasos para una lactancia materna exitosa. *Rev.Cs.Farm. y Bioq* [Internet]. 2018;6(2):89-96. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2310-02652018000200009&lng=es

24. Gómez P. Alimentación adaptada. *Farm Prof* [Internet] 2002; 16 (8): 72-82. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-13036531>

25. Hernández V. Fórmulas Infantiles. *Rev Gastro HNUP* [Internet] 2011;13(2): S31-S36. Disponible en <https://revgastrohnutp.univalle.edu.co/a11v13n2s1/a11v13n2s1art5.pdf>

26. Sevilla R, Zalles L, Santa W. Lactancia Materna vs Nuevas Fórmulas Lácteas Artificiales: Evaluación del Impacto en el Desarrollo, Inmunidad, Composición Corporal en el Par Madre/Niño. *Gac Med Bol* [Internet]. 2011: 34(1): 6-10. Disponible en:

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

27. Dalmau J, Ferrer B, Vitoria I. Lactancia artificial. Pedia Int [Internet] 2015; 19(4): 251-259. Disponible en https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix04/03/n4-251-259_Jaime%20Dalmau.pdf

28. Carzola G, Galbany P, Obregon N, Goberna J. Understanding the Challenges of Induction of Lactation and Relactation for Non-Gestating Spanish Mothers. Jour Hum Lac [Internet] 2019;1 (9): 1-9. Disponible en: <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/153217/1/692269.pdf>

29. Rodriguez K, Tapia J. La lactancia humana como práctica biopsicocultural. Cuad Antropol [Internet] 2019;29(1): 1-40. Obtenido de: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/antropologia/article/view/34090>

30. De la Mora A, Russell D, Dungy, C. et al. The Iowa Infant Feeding Attitude Scale: Analysis of Reliability and Validity. J App Soc Psychol [Internet] 1999;29(1): 2362-2380. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/247678088_The_Iowa_Infant_Feeding_Attitude_Scale_Analysis_of_Reliability_and_Validity1

31. Abdulahi M, Fretheim A, Argaw A, Magnus JH. Adaptation and validation of the Iowa infant feeding attitude scale and the breastfeeding knowledge questionnaire for use in an Ethiopian setting. Int Breastfeed J [Internet]. 2020;15(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13006-020-00269-w>

32. Aguilar-Navarro HJ, Coronado-Castilleja A, Gómez-Hernández OJ, Cobos-Aguilar H. Adaptación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale en población mexicana. Acta Pediatr Mex [Internet] 2016;37(3):149-158. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912016000300149

33. Cotelo, M, Movilla M, Pita-García P, et al. Infant Feeding Attitudes and Practices of Spanish Low-Risk Expectant Women Using the IIFAS (Iowa Infant Feeding Attitude Scale). Nutrients. [Internet] 2018;10: 520. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/324724366_Infant_Feeding_Attitudes_and_Pr

actices of Spanish Low-

Risk Expectant Women Using the IIFAS Iowa Infant Feeding Attitude Scale

34. Sánchez A, Velázquez R, Díaz P, Molina M. Práctica de la lactancia materna en México. Análisis con datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. Rev Int Estad Geo [Internet] 2019;10(1):1-98. Obtenido de https://rde.inegi.org.mx/wp-content/uploads/2019/04/RDE_27.pdf

35. Pereira H, Campos R, Silva P. et al. Knowledge and Attitudes among Medical Students. Eur. J. Investig. Health Psychol. Educ. [Internet] 2023; 13: 556–567. Obtenido de: <https://doi.org/10.3390/ejihpe13030043>

36. Bień A, Kulesza-Brończyk B, Przestrzelska M, et al. The attitudes of Polish women towards breastfeeding based on the Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS). Nutrients [Internet]. 2021;13(12):4338. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.3390/nu13124338>

37. Ezechi LO, Ootobo V, Mbah PE, et al. Breastfeeding knowledge and attitudes of Nigerian mothers assessed by the Iowa infant feeding attitudes scale. Int J Community Med Public Health [Internet]. 2021;8(12):5722. Disponible en <http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20214558>

38. Gonzalez V, Vergara D, Monarrez V, et. al. Conocimiento y grado de aceptación de lactancia materna en estudiantes universitarias de una universidad del norte de México. Rep Inst [Internet] 2017;1: 1-18. Disponible en <https://dspace.um.edu.mx/handle/20.500.11972/2323>

39. Gil-Vargas M, Dorantes-Vidal X, León-López M, Maldonado-Castañeda S. Encuesta a mujeres puérperas de autoeficacia y actitud hacia la lactancia materna en un hospital de tercer nivel de atención. Rev Mex Pediatr. 2020; 87(4): 132-136. <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2020/sp204c.pdf>

14. Anexos

14.1 Cronograma de actividades

	Programado
	Realizado

	2023		2024						2025						2026
	Sept - Oct	Nov - Dic	Ene - Feb	Mar - Abril	May - Jun	Jul - Agos	Sept - Oct	Nov - Dic	Ene - Feb	Mar - Abril	May - Jun	Jul - Agos	Sept - Oct	Nov - Dic	Ene - Feb
Definición del tema															
Búsqueda de bibliografía															
Redacción del protocolo.															
Evaluación y autorización por CLIS															
Análisis y captura de datos															
Análisis estadístico de resultados															
Presentación de resultados															
Tesina															
Propuesta de artículo científico															

14.2 Instrumento de recolección

Actitudes hacia la lactancia materna en madres pertenecientes a la UMF 08	
Folio: _____	1. Edad: _____
2. ¿Cuál es su grado de estudios?:	
<input type="checkbox"/> 0. Ninguna	<input type="checkbox"/> 2. Secundaria
<input type="checkbox"/> 1. Primaria	<input type="checkbox"/> 3. Bachiller
<input type="checkbox"/> 4. Licenciatura	<input type="checkbox"/> 5. Posgrado
3. ¿Cuál es su estado civil actual?:	
<input type="checkbox"/> 0. Soltera	<input type="checkbox"/> 2. Unión Libre
<input type="checkbox"/> 1. Casada	<input type="checkbox"/> 3. Divorciada
<input type="checkbox"/> 4. Viuda	
4. ¿Qué religión practica usted?	
<input type="checkbox"/> 0. Cristiana	<input type="checkbox"/> 2. Testigo de Jehova
<input type="checkbox"/> 1. Católica	<input type="checkbox"/> 3. Adventista
<input type="checkbox"/> 4. Atea	<input type="checkbox"/> 5. Otro
5. ¿Cuál es su ocupación actual?:	
<input type="checkbox"/> 0. Empleada	<input type="checkbox"/> 2. Ama de Casa
<input type="checkbox"/> 1. Estudiante	<input type="checkbox"/> 3. Sin empleo
6. ¿Cuántos hijos tiene usted?: _____	
7. ¿Tuvo usted contacto piel con piel con su bebé al nacimiento?	
<input type="checkbox"/> 0. Si	<input type="checkbox"/> 1. No
8. ¿Cuál fue el tipo de nacimiento de su último hijo?	
<input type="checkbox"/> 0. Parto	<input type="checkbox"/> 1. Cesárea
9. ¿Recibió usted orientación de la lactancia?:	
<input type="checkbox"/> 0. Recibí orientación	<input type="checkbox"/> 1. No recibí orientación
10. ¿Qué alimentación dió usted al bebé en los primeros 3 meses de vida?	
<input type="checkbox"/> Lactancia materna exclusiva	<input type="checkbox"/> Lactancia artificial exclusiva
<input type="checkbox"/> Mixta	
11. Si usted no brindó lactancia materna ¿Cuál de los siguientes fue su motivo principal?	
<input type="checkbox"/> 0. Poca producción de LM	<input type="checkbox"/> 3. Dolor al amamantar
<input type="checkbox"/> 1. Trabajo	<input type="checkbox"/> 4. Infección de la glándula mamaria
<input type="checkbox"/> 2. Hambre del bebé	<input type="checkbox"/> 5. Enfermedad de la madre
12. ¿Cuál es la actitud hacia la lactancia que presenta la paciente? (Llenar por entrevistador)	
<input type="checkbox"/> 0. Actitud positiva a la lactancia materna	
<input type="checkbox"/> 1. Actitud neutra a la lactancia	
<input type="checkbox"/> 2. Actitud positiva a la lactancia artificial	
Puntaje IIFAS: _____	

14.3 Cuestionario IIFAS para determina la actitud hacia la lactancia materna

Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS)					
En la siguiente lista se muestran algunos enunciados sobre la lactancia. Después de leer cada afirmación, marque con una X la opción que más se acerque a sentir:	Completamente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo, ni desacuerdo	Desacuerdo	Completamente en desacuerdo
	5	4	3	2	1
1. Los beneficios nutricionales de la leche materna (seno materno) duran solo hasta que se le deja de dar.					
2. Alimentar con leche de formula (de bote) es más adecuado que dar pecho.					
3. La lactancia materna (seno materno) aumenta la unión madre-hijo.					
4. La lactancia materna es deficiente de hierro.					
5. Los bebés alimentados con fórmulas son más propensos a ser sobrealimentados que los bebés alimentados con leche materna.					
6. La alimentación con leche de bote es la mejor elección si la madre planea trabajar fuera del hogar.					
7. Madres que alimentan con leche de formula a sus bebés pierden una de las más grandes alegrías de la maternidad.					
8. Las madres no deberían dar pecho en lugares públicas como restaurantes.					
9. Los bebés alimentados con leche materna son más sanos que aquellos alimentados con fórmula.					
10. Los bebés alimentados con leche materna son más propensos a ser sobrealimentados que los bebés alimentados con leche materna son más propensos a ser sobrealimentados con leche de bote.					

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



**Carta de consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación en salud (adultos)
Unidad Médico Familiar No. 8 Zihuatanejo**

Lugar y fecha

No. de registro institucional:

Título del protocolo:

**“Actitudes hacia la lactancia en madres pertenecientes a la Unidad Médico
Familiar No. 08”**

Justificación y objetivo de la investigación: La depresión posparto es un estado de tristeza y distimia y considera un grave problema de salud pública por las afecciones presentes tanto en la madre como en el hijo puesto que puede llevar al infanticidio y al pensamiento suicida de la madre. Las redes de apoyo brindan seguridad a la madre, así como protección, sin embargo, las condiciones sociodemográficas de nuestro país limitan la redes de apoyo. El objetivo será determinar la asociación entre la red de apoyo social con la presencia depresión posparto en mujeres del HGZ/UMF 08.

Procedimientos y duración de la investigación: Este estudio consta de hacerle de 2 encuestas. La primera es para conocer sus datos sociales y la segunda es un cuestionario que me permitirá conocer cuál es su actitud hacia la lactancia del recién nacido.

Riesgos y molestias: Las molestias generadas pueden ser que se dispondrá de un 10 minutos de su tiempo para contestar las encuestas. El riesgo que usted presenta al participar en este estudio es nulo, pues se encuentra en un lugar seguro, los cuestionarios no le generaran incomodidad y no se solicitará apoyo económico para la elaboración e este estudio.

Beneficios que recibirá al participar en la investigación: Usted podrá conocer tras estos cuestionarios si su actitud hacia la lactancia es más afín a la lactancia materna, lactancia artificial o a ambas.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se le darán los resultados obtenidos al finalizar el cuestionario que le permitirá conocer cual es su actitud a la lactancia del recién nacido.

Participación o retiro: Podrá retirarse del estudio en el momento que usted lo solicite decisión. Esto no generará represalia para usted en ningún momento.

g. 56



Privacidad y confidencialidad: No se incluirán datos como su nombre, teléfono o redes sociales para mantener la mayor confidencialidad. El equipo de esta investigación se compromete proteger sus datos.

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

Investigadora o Investigador Responsable: Dra. Cynthia Guadalupe Castro Caballero/ Dra. Jazmín Jijón Gómez/ Dra. Diana Angelica Gática Radilla

Teléfono y horario: 222 507 1802 Horario de: Lunes a viernes de 08:00 am – 15:00 pm

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:

Comité de bioética 1101 de la Unidad Médico Familiar No. 9, Acapulco, Guerrero.

Declaración de consentimiento:

<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras sólo para este estudio
<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros

Se conservarán los datos o muestras hasta por _____ años tras lo cual se destruirán.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OOAD GUERREO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HGZ/UMF 8 "IGNACIO MANUEL ALTAMIRANO"

MANIFIESTO DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS

En apego a las disposiciones legales de protección de datos personales, me comprometo a recopilar sólo la información que sea necesaria para la investigación, así como codificarla para imposibilitar la identificación del paciente, resguardarla, mantener la confidencialidad de esta y no hacer mal uso o compartirla con personas ajenas a este protocolo.

La información recabada será utilizada exclusivamente para la realización del protocolo
"Actitud hacia la lactancia en madres de la Unidad Médica Familiar No. 08".

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones que procedan de conformidad con lo dispuesto en las disposiciones legales en materia de investigación en salud vigente y aplicable.



ATENTAMENTE

Dra. Diana Angélica Gatica Radilla
Médico residente del segundo año de Medicina Familiar



ATENTAMENTE

Dra. Cynthia Guadalupe Castro Gaballero
Investigador responsable.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
O O A D G U E R R E O
J E F A T U R A D E S E R V I C I O S D E P R E S T A C I O N E S M E D I C A S
C O O R D I N A C I Ó N C L I N I C A D E E D U C A C I Ó N E I N V E S T I G A C I Ó N E N S A L U D
H G Z / U M F 8 " I G N A C I O M A N U E L A L T A M I R A N O "

Zihuatanejo de Azueta, Guerrero, a 03 de Mayo del 2024

ASUNTO: Carta de no Inconveniente

Dr. Luis Arzeta Valderrama

Presidente del Comité de la Unidad Médico Familiar No. 09

P R E S E N T E

Por este medio me permito manifestar que no existe inconveniente que en este hospital se realice la ejecución del estudio de investigación que lleva por título:


"Actitud hacia la lactancia en madres de la Unidad Médica Familiar No. 08"

El protocolo está dirigido por la Dra. Cynthia Guadalupe Castro Caballero, como investigador principal responsable Especialista en medicina Familiar, OOAD Guerrero del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se le autoriza acudir a la consulta de la Unidad de Medicina Familiar No 8 hasta completar el tamaño de la muestra, una vez que el protocolo presente dictamen de autorizado por el comité de investigación en los principios éticos vigentes.

Así mismo, el equipo de investigación se compromete a respetar la confidencialidad y privacidad de los datos, comprometiéndose a solo recolectar los datos necesarios para la investigación, sin recolectar información personal, identificando a cada paciente con un número de folio e iniciales. Los investigadores además han de adquirir el compromiso de jamás revelar la identidad de los participantes en ninguna publicación que surja en el presente protocolo.

Atentamente
"Seguridad y Solidaridad Social"


Dr. Hafid Elías Sánchez Flores
Director del HGZ/UMF 8 "Ignacio Manuel Altamirano"