



**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 IMSS
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA DE LOS FACTORES
PSICOSOCIALES EN LA LACTANCIA MATERNA EN
EMBARAZADAS DE LA UMF 1, AGUASCALIENTES
TESIS**

PRESENTADA POR

Claudia Giselle Hernández del Villar

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR

Dra. Jannett Padilla López

Aguascalientes, Ags., 04 de diciembre de 2018



AGUASCALIENTES, AGS. DICIEMBRE 2018

CARTA DE APROBACION DE TRABAJO DE TESIS

**COMITÉ DE INVESTIGACION Y ETICA EN INVESTIGACION EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1, AGUASCALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. CLAUDIA GISELLE HERNÁNDEZ DEL VILLAR

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES
EN LA LACTANCIA MATERNA EN EMBARAZADAS EN UMF 1,
AGUASCALIENTES”**

Número de Registro: **R-2018-101-002** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Claudia Giselle Hernández del Villar asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE:


DRA. JANNETT PADILLA LOPEZ



AGUASCALIENTES, AGS. A DICIEMBRE 2018

DR. JORGE PRIETO MACIAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. CLAUDIA GISELLE HERNÁNDEZ DEL VILLAR

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES
EN LA LACTANCIA MATERNA EN EMBARAZADAS EN UMF 1,
AGUASCALIENTES”**

Número de Registro: **R-2018-101-002** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Claudia Giselle Hernández del Villar asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:

Carlos Alberto Prado

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

CLAUDIA GISELLE HERNÁNDEZ DEL VILLAR
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTE

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES EN LA LACTANCIA MATERNA EN EMBARAZADAS DE LA UMF 1, AGUASCALIENTES”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE

“SE LUMEN PROFERRE”

Aguascalientes, Ags., a 10 de Diciembre de 2018.

DR. JORGE PRIETO MACÍAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

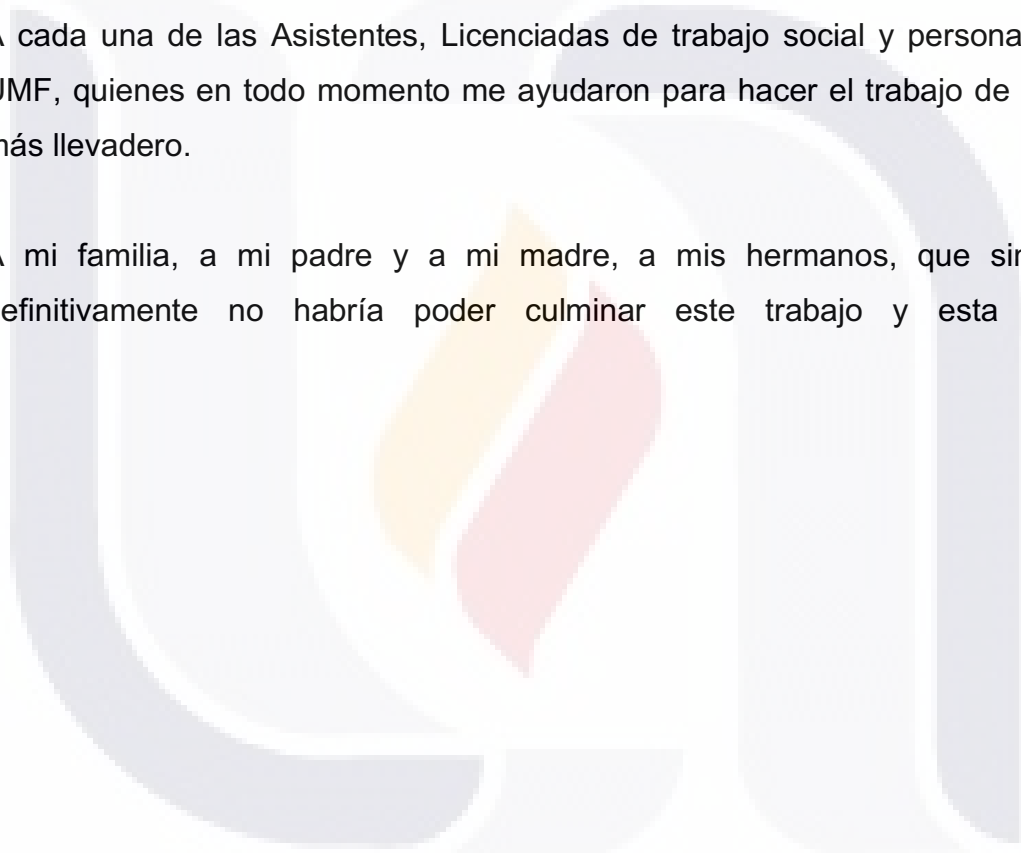
AGRADECIMIENTOS

Gracias a las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social.

A mi asesora Dra. Jannett Padilla López, quien me guio y orientó en todo momento, sin ella no hubiera podido seguir.

A cada una de las Asistentes, Licenciadas de trabajo social y personal de la UMF, quienes en todo momento me ayudaron para hacer el trabajo de campo más llevadero.

A mi familia, a mi padre y a mi madre, a mis hermanos, que sin ellos definitivamente no habría poder culminar este trabajo y esta etapa.



ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS.....	ii
ÍNDICE DE GRÁFICAS.....	iii
1. RESUMEN.....	iv
2. ABSTRACT.....	v
3. INTRODUCCIÓN.....	1
4. MARCO TEÓRICO.....	2
4.1 Lactancia Materna.....	2
4.2 Factores Determinantes de la Lactancia Materna.....	6
4.2.1 TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANEADA.....	6
4.2.2 MODELO DE CREENCIAS EN SALUD.....	7
4.2.3 TEORÍA DE LA AUTOEFICACIA.....	9
4.2.4 ANTICIPACIÓN DEL AFECTO.....	10
4.3 Antecedentes Científicos.....	11
5. JUSTIFICACIÓN.....	15
6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
6.1 Descripción de la Naturaleza del Problema.....	18
7. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	20
8. OBJETIVOS.....	20
Objetivo General.....	20
Objetivos Específicos.....	20
9. HIPÓTESIS.....	21
10. MATERIAL Y MÉTODOS.....	21
10.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	21
10.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	21
10.2.1 Universo de Estudio.....	21
10.2.2 Unidad de Análisis.....	22
10.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	22
10.3.1 Criterios de Inclusión.....	22
10.3.2 Criterios de No Inclusión.....	22
10.3.3 Criterios de Eliminación.....	22
10.4 MUESTREO.....	22
10.4.1 Tamaño de la muestra.....	22
10.5 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	23
10.5.1 Variable Dependiente.....	23
10.5.2 Variables Independientes.....	23
10.5.3 Factores Sociodemográficos.....	25
11. LOGÍSTICA.....	25
11.1 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	26
11.1.1 Técnica de Recolección de Datos.....	27

11.2 VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	27
11.2.1 Instrumento Lactancia Materna.....	27
12. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	29
12.1 Procesamiento de Datos.....	29
12.2 Análisis Estadístico	29
13. CONSIDERACIONES ÉTICAS	30
14. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	30
14.1 Recursos Humanos	30
14.2 Recursos Materiales	31
15. ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD	32
16. RESULTADOS.....	32
16. DISCUSIÓN.....	43
17. CONCLUSIÓN.....	44
18. BIBLIOGRAFÍA.....	46
19. ANEXOS.....	48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Gastos	31
Tabla 2. Características Socio-demográficas de usuarias embarazadas de la UMF #1 Delegación Ags.	32
Tabla 3. Características generales del embarazo en la población en estudio	34
Tabla 4. Características de lactancia y servicios de salud	35
Tabla 5. Distribución de la muestra de intención y decisión en la lactancia materna... ..	36
Tabla 6. Coeficientes de bondad de ajuste de análisis factorial confirmatorio y alfa de Cronbach de las escalas de medición.....	37
Tabla 7. Estadísticos descriptivos de los constructos de los factores psicosociales en la muestra de este estudio.....	38
Tabla 8. Factores sociodemográficos y su relación con la intención de lactar.....	40
Tabla 9. Factores psicosociales y su relación con la intención de lactar.....	40

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Grupos de edad	33
Gráfica 2. Estado Civil.....	33
Gráfica 3. Nivel de estudios.....	33
Gráfica 4. Nivel Socioeconómico	34
Gráfica 5. Medianas y RIC de F. Psicosociales.....	39
Gráfica 6. Intencion en la decision de lactar.....	41
Gráfica 7. Intencion en las creencias de lactar	42
Gráfica 8. Intención en la autoeficacia de lactar.....	42

ACRÓNIMOS

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

ENADID: Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica.

TAP: Teoría de la Acción Planeada.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios sociales de los Trabajadores del Estado.

UMF: Unidad de Medicina Familiar.

1. RESUMEN

Título. Distribución y frecuencia de factores psicosociales en la lactancia materna en mujeres embarazadas de la UMF 1. **Antecedentes.** Los factores psicosociales nos ayudan a entender cómo o porqué las personas realizan o no ciertos comportamientos. Estos se han utilizado en diferentes problemas de salud, como es el caso de las adicciones, realización de actividad física, realización de algunos estudios de tamizaje, etc. Existe poca información acerca la frecuencia de dichos factores en la lactancia materna en las mujeres embarazadas. **Objetivo.** Identificar la distribución y frecuencia de los factores psicosociales y la lactancia materna en mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar #1. **Material y métodos.** Se realizó un estudio transversal simple, se incluyeron 270 mujeres embarazadas, elegidas por conveniencia de la Unidad de Medicina Familiar #1, se utilizó un instrumento con propiedades psicométricas adecuadas. El análisis estadístico se realizó en utilizando frecuencias y porcentajes, para la descripción de las variables psicosociales, se utilizó la mediana y los RIC, por su distribución, la comparación se utilizó la prueba estadística dependiendo de las características de las variables. Se utilizó el paquete estadístico de STATA versión 13. **Recursos e infraestructura.** Equipo de cómputo, recurso humano para realizar las encuestas, fotocopidora, impresora, lápiz y papel. Experiencia del grupo. Línea de investigación de los factores psicosociales. **Tiempo a desarrollarse.** 9 meses. **Resultados.** El 50.3% de la muestra manifestó tener una intención baja/moderada para lactar, el 43.3% estaba decidida a lactar de forma exclusiva, para el constructo de creencias se obtuvo una mediana (RIC) 61(54-67), actitud 80(76-90), norma subjetiva 28(21-34), control conductual 44(38-49), anticipación del afecto 12(12-16) y autoeficacia 39(31-45), además se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre la intención para lactar con la decisión, las creencias y la autoeficacia. **Conclusiones.** Los factores como la intención, las creencias y la autoeficacia se deben de tomar en cuenta para la realización de programas para promover la lactancia materna en mujeres en el embarazo, para que posteriormente se instrumente dicho comportamiento.

2. ABSTRACT

Title. Distribution and frequency of psychosocial factors in breastfeeding in pregnant women in the Family Medicine Unit # 1. **Background.** Psychosocial factors help us understand how or why people perform certain behaviors or not. These have been used in different health problems, such as addictions, physical activity, conducting some screening studies, etc. There is little information about the frequency of these factors in breastfeeding in pregnant women. **Objective.** Identify the distribution and frequency of psychosocial factors in breastfeeding in pregnant women of Family Medicine Unit # 1. **Material and methods.** A simple cross-sectional study was carried out, 270 pregnant women were included, chosen for the convenience of Family Medicine Unit # 1, an instrument with adequate psychometric properties was used. The statistical analysis was carried out using frequencies and percentages, for the description of the psychosocial variables, the median and the RIC were used, for their distribution, the comparison was used the statistical test depending on the characteristics of the variables. The statistical package of STATA version 13 was used. **Resources and infrastructure.** Computer equipment, human resources to conduct surveys, photocopier, printer, pencil and paper. Group experience Research line of psychosocial factors. Time to develop. 9 months. **Results.** 50.3% of the sample said they had a low / moderate intention to breastfeed, 43.3% were determined to exclusively breastfeed, for the belief construct a median (RIC) was obtained 61 (54-67), attitude 80 (76 -90), subjective norm 28 (21-34), behavioral control 44 (38-49), anticipation of affect 12 (12-16) and self-efficacy 39 (31-45), in addition statistically significant differences were found ($p < 0.05$) between the intention to breastfeed with the decision, beliefs and self-efficacy. **Conclusions.** Factors such as intention, beliefs and self-efficacy should be taken into account for the implementation of programs to promote breastfeeding in women during pregnancy, so that this behavior is subsequently implemented.

3. INTRODUCCIÓN

A pesar de que se conoce las ventajas de la lactancia materna se ha presentado en la actualidad disminución en la prevalencia, para llevar a cabo dicho comportamiento, con tasas de sólo el 35%, siendo México el país de América Latina que presenta una menor frecuencia de Lactancia Materna.

A medida que se han efectuado cambios en el ambiente de las mujeres embarazadas, como inserción laboral a medios productivos, aumento de la comercialización de fórmulas lácteas suplementarias, el uso de biberones para facilitar la alimentación de los lactantes, se ha suscitado un cambio en los factores psicosociales que determinan implementar la lactancia materna de forma exitosa, agregando relaciones interpersonales, medio ambiente y el ritmo de vida actual.

Es de gran importancia determinar la distribución y frecuencias de los distintos factores psicosociales en la lactancia materna en las mujeres embarazadas para poder identificar los puntos frágiles en los que se debe actuar, para poder aumentar la tasa de prevalencia de la lactancia materna.

En este estudio se aborda este tema desde la perspectiva psicosocial, haciendo uso de la teoría de la acción planeada, teoría de la autoeficacia, teoría de creencias y anticipación del afecto, a través de las dimensiones de intención conductual, actitud, norma subjetiva y control conductual, para que estos puedan influir en llevar a cabo de forma positiva el acto de la lactancia materna.

Por lo tanto, se podrá determinar la situación actual y poder realizar una intervención para modificar el comportamiento negativo hacia uno positivo de dar lactancia materna.

4. MARCO TEÓRICO

Los factores psicosociales representan un conjunto de percepciones y experiencias, que surgen de la interacción entre el sujeto, su medio ambiente, la satisfacción de realizar un actividad y por otro lado la capacidad, la necesidad, la cultura y la situación personal de cada individuo a través de percepciones y experiencias que pueden influir en la salud, en el rendimiento y en la satisfacción en llevar a cabo una actividad, en el caso concreto del que estamos hablando, nos referimos a la lactancia materna, en el cual se puede tener un efecto positivo o negativo.

4.1 Lactancia Materna

La lactancia materna es definida como la práctica de alimentar al lactante únicamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida (sin darle ningún otro alimento ni tampoco agua).^[1]

Se considera que es la intervención preventiva que tiene el mayor impacto potencial sobre la mortalidad infantil.^[1]

La OMS define como una lactancia exitosa aquella que además de ser exclusiva en los primeros seis meses, inicia en la primera hora de vida del recién nacido, es “a demanda”, esto significa, que se da conforme el bebé la solicita, sea de día o de noche, y que en la medida de lo posible se ofrece directamente del pecho.^[1] Constituye una piedra angular en la supervivencia y la salud infantiles, ya que proporciona nutrientes esenciales e insustituibles para el crecimiento y desarrollo del niño.^[1]

Sólo el 38% de los lactantes menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva.^[1]

Análisis recientes indican que las prácticas de lactancia subóptimas, entre ellas la lactancia no exclusiva, contribuyen al 11,6% de la mortalidad en los niños menores de 5 años. En 2011, esto supuso unas 804,000 muertes infantiles.^[1]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Como recomendación de salud pública mundial, durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos. [1]

Aunque es un acto natural, la lactancia materna también es un comportamiento aprendido. [2]

Prácticamente todas las madres pueden amamantar siempre y cuando dispongan de información exacta, así como de apoyo dentro de sus familias y comunidades y del sistema de atención sanitaria. También deberían tener acceso a la asistencia práctica especializada, por ejemplo, de agentes de salud calificados, de asesores especializados y no especializados, y de consultores en lactancia acreditados, que aumenten la confianza de las madres, mejoren las técnicas de alimentación y prevengan o solucionen los problemas de amamantamiento. [2]

La gran mayoría de las madres pueden y deberían amamantar a sus hijos, del mismo modo que la gran mayoría de los lactantes pueden y deberían ser amamantados. Sólo en circunstancias excepcionales puede considerarse inadecuada para un lactante la leche de su madre. En esas escasas situaciones sanitarias en que los lactantes no pueden, o no deben, ser amamantados, la elección de la mejor alternativa – leche materna extraída de la propia madre del lactante, leche materna de una nodriza sana o de un banco de leche humana, o un sucedáneo de la leche materna ofrecido en una taza, que es un método más seguro que el biberón y la tetina – depende de cada circunstancia. [2]

Como logro de los objetivos de la estrategia debe estar el garantizar que todas las instituciones que proporcionen servicios de maternidad practiquen plenamente la totalidad de los *Diez pasos hacia una feliz lactancia natural* que aparecen en la declaración conjunta OMS/UNICEF sobre lactancia natural y servicios de maternidad. [2]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Diez datos sobre lactancia materna según la OMS: agosto 2017 OMS

1. La lactancia materna en los primeros seis meses de vida es fundamental. [3]

La OMS recomienda: Que las madres inicien la lactancia materna en la hora siguiente al parto, que sea exclusivamente materna en los primeros 6 meses de vida para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos. Posteriormente, los lactantes deben seguir siendo amamantados y recibir alimentos complementarios seguros y nutricionalmente. La lactancia materna debe seguir hasta los 2 años o más. [3]

2. La lactancia materna protege a los niños contra las enfermedades. Es inocua y contiene los anticuerpos que ayudan a proteger a los lactantes de enfermedades frecuentes de la infancia como la diarrea y la neumonía, que son las dos causas principales de mortalidad en la niñez en todo el mundo, lo que ayuda a garantizar que el lactante tenga alimento suficiente. [3]

3. La lactancia materna también es beneficiosa para las madres. Funciona como un método natural (aunque no totalmente seguro) de control de la natalidad (98% de protección durante los primeros seis meses de vida). Reduce el riesgo de cáncer de mama y de ovario, diabetes de tipo 2 y depresión postparto. [3]

4. La lactancia materna aporta beneficios a largo plazo a los niños. Los adolescentes y adultos que fueron amamantados tienen menos tendencia a sufrir sobrepeso u obesidad. Son también menos propensos a sufrir DM 2 y obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia. [3]

5. Las leches artificiales no contienen los anticuerpos presentes en la leche materna. [3]

Los beneficios de la lactancia materna para las madres y los niños no pueden obtenerse con leches artificiales. Si no se elaboran adecuadamente, conllevan posibles riesgos asociados al uso de agua insalubre y de material no esterilizado. [3]

6. Hay medicamentos que pueden reducir el riesgo de transmisión del VIH a través de la leche materna. [3]

Una madre infectada por el VIH puede transmitir la infección da su bebe, durante el embarazo, el parto o la lactancia. Sin embargo, los antirretrovíricos

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

(ARV) administrados a la madre o al lactante expuesto al VIH reduce en riesgo de transmisión. La OMS recomienda que las madres infectadas que den el pecho reciban antirretrovíricos y sigan las orientaciones de la OMS respecto a la alimentación del lactante. [3]

7. La comercialización de sustitutos de la leche materna está sometida a una intensa vigilancia.

En 1981 se adoptó un código internacional para regular la comercialización de sucedáneos de la leche materna. [3]

8. El apoyo a la madre es fundamental.

Amamantar es algo que se aprende y muchas mujeres tienen problemas al principio. Muchas prácticas habituales, como la separación de la madre y el niño, las guarderías para recién nacidos o la suplementación con leches artificiales dificultan la lactancia materna. [3]

9. Las madres deben mantener la lactancia materna durante el horario laboral. [3]

10. A los seis meses de debe de introducir gradualmente alimentos sólidos.

Sin embargo, la lactancia materna no debe disminuir, los alimentos deben administrarse con cuchara, taza, y no con biberón. [3]

Aún con todas las ventajas de la Lactancia materna Avalos M. realizó un estudio de los factores psicosociales en la lactancia materna en los menores de un año en los que sólo en el 55,7% de los lactantes estudiados se logró una lactancia materna exclusiva, cifras por debajo de las recomendaciones internacionales. [4]

Debido a que Aguascalientes es una de los estados con menor tasa de lactancia materna y con una disminución importante, se decide hacer éste estudio, en donde se pueda describir la distribución y frecuencia de factores psicosociales relacionados con la lactancia materna.

4.2 Factores Determinantes de la Lactancia Materna

4.2.1 TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANEADA

Teoría de la Conducta Planeada (TCP) (Ajzen, 1985-1991, Eachan, Conner, Taylor, y Lawton, 2011).^[5]

Teoría que aparece posterior a la Teoría de la Acción Razonada, en la cual se agrega una dimensión más. Esta teoría está encaminada a plantear que el comportamiento de una persona (como lo es la lactancia materna), estaría determinada de forma inmediata por la intención que la persona tiene de realizar o no realizar un comportamiento.^[5]

A su vez, dicha intención de llevar a cabo la lactancia materna es función de tres elementos fundamentales: en primer lugar, la *actitud hacia la conducta* como variable inicial, que viene determinada por las creencias de la persona sobre los resultados de la conducta que pretende, por la valoración de tales resultados, y por la experiencia, lo que se traduce en una forma aprendida de responder (favorable o desfavorable) para lactar, de manera consistente (Ajzen en 1991). En segundo lugar, la *norma subjetiva*, que es el componente más social del modelo, e implica, a su vez, la creencia que la persona tiene de que existen presiones sociales que se ejercen sobre ella para que realice o no la lactancia materna y la motivación por complacer tales presiones, y, en tercer lugar, la *percepción de control comportamental* que se tiene en la situación en la que se debe tomar la decisión y actuar.^[5]

Esa percepción es, también, función de las creencias que las mujeres tienen sobre sus propias capacidades para llevar a cabo un determinado comportamiento (González, Donolo, Rinaudo y Paolini).^[5]

Ajzen (1991) señala que la percepción de control de la conducta está determinada por variables externas e internas. Así pues, de la suma de estos tres componentes, esto es, la actitud, la norma subjetiva y el control percibido de la conducta, resultaría la *intención comportamental* (Ajzen en 1985), que

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sería el precursor más inmediato de la conducta, en este caso la lactancia materna. La intención hace referencia a la decisión de ejecutar o no una acción, y, dado que este aspecto es determinante para el comportamiento de las personas, dicha variable resulta clave en la predicción de numerosos comportamientos del ámbito social (Ajzen, Armitage y Pakpour).^[5]

El control conductual en particular puede influir en la conducta tanto indirectamente, a través de sus efectos en la intención, como directa e independientemente de los efectos mediadores de la intención.^[6]

4.2.2 MODELO DE CREENCIAS EN SALUD

Descrito por Becker en 1974; Janz y Becker en 1984 y Rosenstock en 1974. Fue desarrollado aproximadamente hacia 1950 por un grupo de psicólogos, entre los que se contaban G.M. Hochbaum, S.S. Kegeles, H. Leventhal I.M. Rosenstock, pertenecientes al *Public Health Service* estadounidense, todos ellos autores con una orientación fenomenológica basada en las teorías de Kurt Lewin.^[7]

El modelo de Creencias en Salud se propuso para explicar y predecir el comportamiento preventivo en salud, considerado éste como resultado de una función interactiva de ciertas creencias que las personas tienen. Más tarde su aplicación se extendió a las respuestas de las personas a los síntomas y a su comportamiento en respuesta a enfermedades diagnosticadas, con énfasis en la adhesión a tratamientos médicos.^[8]

Los *componentes básicos* del Modelo de Creencias de Salud se derivan de la hipótesis (propuesta por distintas aproximaciones teóricas y asumidas plenamente por Lewin y sus seguidores) de que la conducta de los individuos descansa principalmente en dos variables:^[7]

- a) El *valor* que el sujeto atribuye a una determinada meta
- b) La *estimación* que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta.

Si circunscribimos estas variables estrictamente al ámbito de la salud, tal y como han hecho Maiman y Becker (1974), podríamos traducirlas en los siguientes términos:

El *deseo de evitar* la enfermedad (o si se está enfermo, de recuperar la salud)
La *creencia* de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (o si se está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud.)

La *susceptibilidad percibida* ante un determinado problema de salud, es una dimensión importante que valora cómo los sujetos varían en la percepción de la propia vulnerabilidad a enfermar. [7]

La *severidad percibida* se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída y se trata de una dimensión que contempla dos tipos de consecuencias de la pérdida de la salud, por una lado las consecuencias médico clínicas (como muerte, incapacidad o dolor), y por otro lado las posibles consecuencias sociales (tales como la merma en las relaciones sociales, los efectos de la enfermedad sobre la capacidad laboral del sujeto o sobre sus relaciones familiares, etc.). [7]

Para entender el resultado final el modelo considera varias opciones que representan diferentes valores de las dimensiones y que se reflejarán en forma de conductas distintas frente a la salud y/o la enfermedad. Por ejemplo, si la disposición a actuar es alta y los aspectos negativos son evaluados como débiles, es probable que se lleve a cabo la acción en forma de conducta preventiva o de salud. Si, por el contrario, la disposición a actuar es débil y los aspectos negativos fuertes, éstos funcionarán definitivamente como barreras, impidiendo definitivamente la acción. Pero si la preparación para actuar es alta y las barreras son también fuertes, surgirá un conflicto difícil de resolver excepto que el sujeto disponga de otros cursos de acción alternativos, de igual eficacia pero con menos barreras o de menor aversividad; ahora bien, si no dispone de dichos cursos alternativos, el sujeto puede optar por *alejarse*

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

psicológicamente del conflicto, llevando a cabo otras actividades que en realidad no solucionan el problema, o puede, finalmente, caer en una crisis de ansiedad que le lleve a no pensar en el problema objetivamente y, en consecuencia, quedar incapacitado para adoptar un curso de acción adecuado para solucionar el problema. ^[7]

Además, se deben de considerar ciertos estímulos como imprescindibles para desencadenar el proceso de toma de decisiones, estímulos que han recibido el nombre de *claves para la acción, en el ámbito de la salud pueden ser internas o externas*, también se asume que diversas *variables demográficas, socio psicológicas y estructurales*, puedan afectar la percepción del individuo y de esa forma influir indirectamente en comportamientos como la lactancia. ^[7]

4.2.3 TEORÍA DE LA AUTOEFICACIA

Al iniciar la segunda revolución cognitiva, surge un nuevo paradigma en contraposición al conductismo, que plantea y destaca el estudio de los procesos internos del sujeto como aspectos dinámicos del ser constitutivo humano, es desde allí como Albert Bandura (1977, 1987, 1993, 1997, 1999, & 2001) con su teoría social cognitiva plantea a las creencias autorreferentes como aspectos esenciales para comprender el comportamiento humano (Olaz, 2001; Garrido, 2000; Blanco, 2010). ^[9]

Finalizando la década de los setenta, se propone la teoría de la autoeficacia, siendo ésta “producto Principalmente de dos ideas que Bandura tiene en mente, la primera es que las intervenciones que modifican el ambiente son eficaces para modificar la conducta y la segunda que la intervención cognitiva del sujeto es imprescindible”. Se avanza entonces a identificar a la autoeficacia como un estado psicológico en el cual la persona evalúa su capacidad y habilidad de ejecutar determinada tarea, actividad, conducta, entre otros, en una situación específica con un nivel de dificultad previsto; en palabras de Bandura (1997), la autoeficacia se define como “los juicios de las personas

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento. "La autoeficacia hace referencia entonces a las creencias propias acerca de las capacidades sobre aprender o rendir efectivamente en determinada situación, actividad o tarea, "es un grupo referenciado de creencias entrelazadas en distintos dominios de funcionamiento, con respecto a: la autorregulación del proceso de pensamiento, la motivación y los aspectos afectivos y fisiológicos" (Tejada en 2005); por ende, las concepciones de autoeficacia que los sujetos tienen acerca de los distintos ámbitos de sus vidas, infieren de forma inminente en la toma de decisiones de los mismos, ya que las personas tienden a escoger actividades en las cuales se sientan hábiles y capaces (aunque solo sea de manera icónica), y a rechazar situaciones en donde se sientan débiles e ineficientes, impidiendo de esta forma entrar en contextos que le permitan la adquisición de habilidades y destrezas, aun siendo verdad raramente capaces de desenvolverse adecuadamente en estas situaciones (de acuerdo a Olaz en 2001), teniéndose en cuenta entonces las cuatro características planteadas por Tejada (2005) Que son afectadas e influenciadas por las creencias de autoeficacia: las elecciones (toma de decisiones), el esfuerzo y trabajo a aplicar (gastos de energía física o mental), los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales. ^[9]

4.2.4 ANTICIPACIÓN DEL AFECTO

Ajzen y Fishbein (2005) se percataron que cuando se realizan mediciones de las actitudes con la Teoría de la Acción Razonada o la Teoría de la conducta planeada las búsquedas deben abordar los componentes cognitivos y afectivos. Una distinta forma de búsqueda ha conceptualizado al afecto en una manera diferente, las medidas usadas en tales búsquedas son usualmente etiquetados como anticipación del afecto para distinguirlo de las actitudes afectivas. ^[10]

Las dos clases de evaluación afectiva pueden ser distinguidas en 3 diferentes formas. En primer lugar, el trabajo sobre la anticipación del afecto tiende a centrarse en el efecto que se espera que siga después de la ejecución o la no

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ejecución de un comportamiento en lugar de lo que se espera que ocurra mientras se realiza el comportamiento. En segundo lugar, las medidas de anticipación del afecto tienden a centrarse en lo que Giner-Sorolla (2001) describe como emociones autoconscientes (por ejemplo, remordimiento, culpa), mientras que las actitudes afectivas tienden a centrarse en las emociones hedónicas (por ejemplo, disfrute, excitación). Tercero, la investigación sobre la anticipación del afecto ha tendido a examinar el afecto negativo (particularmente asociado con el incumplimiento de la conducta) mientras que las actitudes afectivas tienden a enfocarse en el afecto positivo. La anticipación del afecto también ha recibido atención como un determinante de las intenciones y la acción en relación con las conductas de salud. ^[10]

4.3 Antecedentes Científicos

Nursan C. y colaboradores (2014): realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la autoeficacia de las madres en cuanto a la lactancia materna en el período de 0-3 meses y los factores que la afectan. Se realizó en el 2011, el universo fueron las madres que vivían en el centro de Skarya y tenían niños lactantes de 0-3 meses. La muestra de 152 madres. No se hallaron diferencias significativas entre el puntaje de la escala de autoeficacia y la edad materna ($F = 0,437$, $p = 0,781$), la educación materna ($F = 0,625$, $p = 0,645$), la situación económica ($F = 0,253$, $p = 0,777$) y el tipo de parto ($t = 0,922$, $p = 0,358$). Los puntajes promedio fueron mayores para las madres que habían recibido capacitación para la lactancia materna en comparación con otras que indicaron no haber recibido dicha formación, y la diferencia entre el puntaje de la escala fue estadísticamente significativa ($X^2 = 50,848$, $p = 0,010$). En este estudio, las madres que dieron a luz por cesárea obtuvieron puntuaciones más altas de autoeficacia en la lactancia materna ($M = 59.20$ $DE = 9.01$) que las madres que dieron a luz por vía vaginal ($M = 57.85$ $SD = 8.84$). Conclusión la autoeficacia es menor en mujeres que no han tenido la experiencia de dar lactancia materna. ^[11]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Oosterhoff A. y colaboradores (2014) Realizaron un estudio para obtener la percepción respecto a la lactancia materna entre las madres primerizas de orígenes socioeconómico medio y alto en la parte norte de los Países Bajos. Se tomó una muestra de 8 mujeres con 20 semanas de gestación en dos períodos, pre y post parto, usando la Teoría del comportamiento planificado como modelo deductivo. Se identificaron cinco temas inductivos: combinar la lactancia materna con el trabajo, aprender sobre amamantar, hacer arreglos para el parto, reflexionar sobre la intención y convertirse en madre. Durante el período prolongado de intención, las mujeres anticiparon la lactancia materna, pero fueron cautelosas en expresar sus intenciones, sentían que la experiencia de convertirse en madre sería fundamental para el resultado en la lactancia materna. Conclusión: las recomendaciones deben incorporar la conciencia de que practicar la lactancia materna no debe considerarse como el resultado continuo de la intención de hacerlo.^[12]

Ismail T. y colaboradores (2013). Se realizó un estudio, cuyo objetivo fue identificar el comportamiento, la norma subjetiva y la creencia de control que influyen en la intención de practicar la lactancia materna exclusiva en mujeres embarazadas en Malasia. Con una muestra de 207 mujeres embarazadas. Se aplicó un cuestionario acerca de creencias, de norma y control. La intención se refería a la duración prevista de la lactancia materna exclusiva de las encuestadas, que se midió en semanas. En el análisis de regresión lineal múltiple, sólo identificó la creencia normativa mandatoria, ($B=0.47$, $p 0.001$) y creencia de comportamiento $B=0.29$, $p 0.001$, como la influencia significativa en la intención explicando el 45.2% de su varianza. La promoción de la lactancia materna debe incluir a la madre, el esposo y la suegra. Las enfermeras deberían proporcionar información precisa y completa relacionada con la práctica de la lactancia materna proporcionando ayuda para que las mujeres continúen la práctica, aunque separadas de sus bebés puedan mejorar su intención y práctica de la lactancia materna exclusiva.^[13]

Niño R. y colaboradores (2012): Realizaron un estudio de corte transversal. Se aplicó una encuesta sobre características socio-demográficas, información

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

recibida, inicio y duración de la lactancia y causas de destete. Por regresiones logísticas multivariadas se determinaron factores asociados a lactancia exclusiva de 6 meses. 414 madres fueron incluidas. El 45,8% de madres mantuvo lactancia exclusiva hasta 6 meses, sin diferencias entre grupos. Principales causas de destete: decisión materna (27,2%), percepción de hambre (24,1%), factores estéticos (17,3%) y enfermedad del niño (13,0%). Como conclusión el destete muchas veces está relacionado con percepciones maternas más que con datos objetivos. Variables socio demográficas influyen en lactancia exitosa. Mayor educación en controles de salud y clínicas de lactancia mejorarían esta situación. ^[14]

Bai Y. y colaboradores (2009). Realizaron un estudio que tuvo como objetivo investigar la importancia de los factores psicosociales que influyen en la decisión de la madre de continuar con la lactancia materna exclusiva por 6 meses, usando la teoría de la Conducta Planeada. Se utilizó una muestra de 78 madres que completaron un cuestionario en el que se incluyen los constructos Actitud, norma subjetiva y control percibido en conjunto explican 50.2% ($P < .01$) de la varianza de la intención de las madres para continuar la lactancia materna por 6 meses. La actitud y la norma subjetiva fueron mejores predictores de la intención de continuar con la lactancia materna por 6 meses. El rol de la norma subjetivas fue más grande en las mujeres casadas que en las no casadas. ^[15]

Entwistle F. y colaboradores (2009). Realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar cuáles son los puntos de vista y las experiencias de mujeres de bajos recursos en relación con el apoyo hacia la lactancia materna que reciben en el periodo posnatal. Las mujeres de bajos recursos tienen un bajo nivel de lactancia materna. Se tomó una muestra de 7 mujeres, para su evaluación se utilizó un instrumento basado en la Teoría de la Autoeficacia. Surgieron 4 temas de relevancia: la relación de la lactancia materna con la autoconfianza, el ambiente social en el que la mujer vive, conocimiento de la lactancia materna y la influencia de los servicios de salud respecto a la lactancia materna los cuales fueron relacionados con la teoría de la Autoeficacia. Los resultados

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sugieren que los componentes que reportan Autoeficacia son consistentes con los temas que sugieren las parteras y otros profesionales de la salud toman los aspectos psicosociales del apoyo para la lactancia materna. [16]

Blyth R. y colaboradores (2002). Realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar el efecto de la confianza materna (autoeficacia en la lactancia materna) sobre la duración de la lactancia materna. Se llevó a cabo estudio prospectivo, con una muestra de 300 mujeres en el 1er trimestre del embarazo captadas en una clínica Prenatal de un hospital in Brisbane, Australia. Se realizaron entrevistas vía telefónica. Los resultados el 92% de las participantes que iniciaron lactancia materna, a los 4 meses alrededor del 40% de las madres lo suspendieron y solo el 28.6 % fue lactancia materna exclusiva. La razón más común para la suspensión fue el aporte insuficiente de leche materna. La autoeficacia en lactancia materna es un importante predictor de la duración de la lactancia materna. Integrando la autoeficacia se pueden enfocar estrategias que pueden impactar en la calidad de la acción de los profesionales de la salud, e incrementar la habilidad y la confianza de la madre para practicar la lactancia materna y preservar en ella. [17]

Kloeblen A y colaboradores (2002). Realizaron un estudio cuyo objetivo fue examinar la influencia de las actitudes, normas sociales y anteriores experiencias para predecir la intención de la lactancia materna utilizando la Teoría de la Acción Razonada y Teoría de la Conducta planeada. Se tomó una muestra de 963 mujeres embarazadas de bajos recursos que completaron un cuestionario basado en ambas teorías usando constructos teóricos con las siguientes variables *actitudes hacia la lactancia materna* (Alpha de Cronbach de 0.79), *las normas sociales* (Alpha de Cronbach 0.67), El resultado mostró que las actitudes fueron más predictivas en la intención de dar lactancia materna que las normas independientemente de la paridad o del comportamiento. Entre mujeres multíparas la cantidad previa de experiencia de lactancia materna contribuyó independientemente para predecir la lactancia materna y normas dictadas fueron insignificantes. [18]

5. JUSTIFICACIÓN

Existe evidencia científica del efecto benéfico que tiene la lactancia materna en los menores lactantes, además del vínculo emocional del binomio madre hijo. A pesar de tener conocimiento de dichos beneficios, la prevalencia de la lactancia materna es muy baja, de tan solo el 35%. Por otro lado, también se conocen los riesgos que se pueden presentar por alimentarlos con fórmula mediante biberón.

Existen varios factores que influyen para llevar a cabo este comportamiento, en términos de los factores personales, se encuentran los factores psicosociales en la mujer embarazada que, a través del conjunto de percepciones y experiencias, al interactuar con el medio ambiente, su cultura, la necesidad y la situación personal, puedan influir en llevar a cabo cierto comportamiento que pueda influir de forma negativa o positiva en el rendimiento y en la satisfacción de amamantar.

Es necesario entonces conocer la distribución y frecuencia de algunos factores psicosociales en la lactancia materna en las mujeres desde el embarazo, para identificar como es que estos factores influyen en la intención de dar lactancia materna a través de las creencias, norma subjetiva, actitud, anticipación del afecto y la autoeficacia para poder desarrollar y llevar a cabo este comportamiento.

Las dimensiones que abarcan la Teoría de la Acción Planeada comprenden la actitud, la norma subjetiva, intención y control conductual, además de la Teoría de la Autoeficacia de Bandura, Teoría de la anticipación del afecto y el Modelo de creencias, analizan en conjunto el comportamiento humano mediante cada uno de los factores que debidamente identificados pueden ser la base para el cambio en el comportamiento de la disminución de la Lactancia Materna en México.

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel internacional según la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (2005), menciona que únicamente el 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida. Asimismo, la OMS (2012) refiere que el principal factor recae en la falta de información las madres y la falta de apoyo de los trabajadores de la salud. ^[19]

Actualmente las prácticas de lactancia materna no coinciden con las recomendaciones dadas por OMS debido a que la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad es una práctica poco común. Según datos reportados por 94 países, la OMS estima que la tasa de lactantes entre los 0 y 4 meses que son amamantados en forma exclusiva con leche materna es del 35%. Hill, Kirkwood, y Edmond (2005). ^[19]

Las tasas de lactancia exclusiva en menores de 6 meses en América Latina y el Caribe, van del 7.7% en República Dominicana hasta el 60.4% en Bolivia, OPS (2012). En México el 60% de los niños de un mes y el 8% de los niños de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva INSP (2010); González, Escobar, González y Rivera (2013) mencionan que, en México, la alimentación complementaria mejoró, pero la lactancia se deterioró. ^[19]

A nivel nacional el 17 de julio del 2017, el director general del IMSS, Mikel Arriola mencionó la importancia de la lactancia materna y que: “De acuerdo con cifras del Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (Unicef), en México apenas 30,8 % de los niños son amamantados, por lo que el país ocupa el último lugar en lactancia materna en América Latina.”

El porcentaje de Lactancia Materna exclusiva en menores de seis meses bajó entre el 2006 y 2012, de 22.3% a 14.5%, y fue dramático en medio rural, donde descendió a la mitad (36.9% a 18.5%). Similarmente, la lactancia continua al año y a los dos años disminuyó. El 5% más de niños menores de seis meses

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

consumen fórmula y aumentó el porcentaje de niños que además de leche materna consumen innecesariamente agua. [20]

Según datos de la ENADID 2014, “Se observa que del total de 9´070,065 hijos nacidos vivos de mujeres de 15 a 49 años en el periodo de enero del 2009 a septiembre de 2014, 91.4 recibieron leche materna contra 7.8 que no la consumieron. De manera general 9 de cada 10 niños se les dio leche materna en 23 entidades.” [21]

En Aguascalientes los patrones de lactancia se encuentran estrechamente relacionados con la duración de la infertilidad posparto y, por lo tanto, inciden sobre el espaciamiento adecuado de los embarazos. Además, la práctica de la lactancia es uno de los determinantes más importantes de la salud en el primer año de vida. [22]

La leche materna es una fuente higiénica de nutrientes, que inmuniza a los infantes frente a ciertas enfermedades y contribuye a fortalecer los lazos afectivos entre la madre y el niño(a). [22]

Indicadores:

- *Incidencia de la lactancia.* Se define como el porcentaje de últimos hijos nacidos vivos durante los cinco años previos al levantamiento de la encuesta, y que iniciaron el proceso de amamantamiento. [18]
- *Duración de la lactancia.* Se define como el número de meses de lactancia de los últimos hijos nacidos vivos durante los cinco años previos al levantamiento de la encuesta. Se presenta en ocasiones como la duración media o mediana. [19]

En la segunda mitad de la década de los ochenta y primera de los noventa la lactancia tuvo un impulso importante en las instituciones públicas de salud, a través de la estrategia de certificación de unidades médicas como “Hospitales Amigos del Niño y de la Madre”, lo que incrementó sustancialmente el número de niños amamantados. Dicha certificación buscó incorporar la cultura de la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida, mediante

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

información-consejería en las consultas prenatales en las unidades de primer nivel de atención. ^[19]

Los datos sobre el porcentaje de niños que inició el proceso de amamantamiento muestran una incidencia del fenómeno de 86.1 en Aguascalientes, comparada con 90.0 del ámbito nacional, según la ENADID 1997. Se observa que dicha incidencia se mantuvo alta, de acuerdo a la ENADID, 2009, con cifras mayores al 80 por ciento en la mayoría de los grupos poblacionales. Tal parece que esa estrategia tuvo éxito y permeó en la estructura social de la entidad como una verdadera cultura de la alimentación al seno materno en aquella época. ^[22]

Doce años después, el porcentaje que inicia la lactancia muestra una tendencia a la disminución en Aguascalientes, con 81.2, según la ENADID 2009. Tal incidencia sigue siendo menor que el dato nacional, de 90.8. En cuanto a la tendencia, en Aguascalientes se aprecia una disminución y en el país, se aprecia se observa un leve aumento en prácticamente en todos los grupos poblacionales analizados. ^[22]

En el estado de Aguascalientes se observa un leve descenso en el tiempo de lactancia: el tiempo medio pasó de 5.9 a 5.8 meses y la mediana de 3.1 a 3.2 meses, entre 1997 y 2009. Tales cifras son inferiores a las registradas a nivel nacional, donde la media en 2009 fue de 8.3 meses y la mediana de 6.2. ^[22]

La intención de las mujeres embarazadas de lactancia materna impacta de manera favorable o no, en la salud y desarrollo de los niños. ^[1]

6.1 Descripción de la Naturaleza del Problema

Nursan C. y colaboradores en el año 2014 realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la autoeficacia de las madres en cuanto a la lactancia materna en el período de 0-3 meses y los factores que la afectan, os puntajes promedio

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

fueron mayores para las madres que habían recibido capacitación para la lactancia materna en comparación con otras que indicaron no haber recibido dicha formación, Oosterhoff A. y colaboradores en el año 2014 realizaron un estudio para obtener la percepción respecto a la lactancia materna entre las madres primerizas de orígenes socioeconómico medio y alto en la parte norte de los Países Bajos en el que durante el período prolongado de intención, las mujeres anticiparon la lactancia materna, pero fueron cautelosas en expresar sus intenciones, sentían que la experiencia de convertirse en madre sería fundamental para el resultado en la lactancia materna. Ismail T. y colaboradores en el año 2013 realizaron un estudio de cohorte prospectivo, cuyo objetivo fue identificar el comportamiento, la norma subjetiva y la creencia de control que influyen en la intención de practicar la lactancia materna exclusiva en mujeres embarazadas en Malasia en el que sólo identificó la creencia normativa mandatoria y creencia de comportamiento como la influencia significativa en la intención, Niño R. y colaboradores en el año 2012 realizaron un estudio en el que se determinaron factores asociados a lactancia exclusiva de 6 meses que se asoció con una lactancia previa exitosa, sexo femenino del hijo y menor escolaridad materna así como al sistema público de salud, Entwistle F. y colaboradores en el año 2009 realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar cuáles son los puntos de vista y las experiencias de mujeres de bajos recursos en relación con el apoyo hacia la lactancia materna que reciben en el periodo posnatal de los cuales los 4 temas de relevancia fueron la relación de la lactancia materna con la autoconfianza, el ambiente social en el que la mujer vive, Bai Y. y colaboradores en el año 2009 realizaron un estudio que tuvo como objetivo investigar la importancia de los factores psicosociales que influyen en la decisión de la madre de continuar con la lactancia materna exclusiva por 6 meses incluyendo la actitud, norma subjetiva y control percibido en el que la actitud y la norma subjetiva fueron mejores predictores de la intención de continuar con la lactancia materna por 6 meses, en el año 2002 Blyth R. y colaboradores evaluaron el efecto de la autoeficacia en la lactancia materna sobre la duración de la misma, teniendo como resultado que la autoeficacia es un importante predictor de la duración de la lactancia materna, por último Kloeblen A y colaboradores en el año 2002

realizaron un estudio en el que examinan la influencia de las actitudes, normas sociales y anteriores experiencias para predecir la intención de la lactancia materna y los resultados arrojaron que las actitudes fueron más predictivas en la intención de dar lactancia materna que las normas independientemente de la paridad o del comportamiento.

Si se incluye el total de los antecedentes científicos nos damos cuenta que no hay una consistencia con respecto a la claridad de los resultados, en ninguno de los artículos planteados no se agrupan los factores psicosociales de manera tal que nos podamos dar cuenta en un mismo trabajo cuál es la distribución y frecuencia de cada factor psicosocial en la lactancia materna, por lo que se planteó la siguiente pregunta de investigación.

7. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la distribución y frecuencia de los factores psicosociales en la lactancia materna en mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No. 1?

8. OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar la distribución y frecuencia de los factores psicosociales en la Lactancia Materna en mujeres embarazadas de la UMF 1.

Objetivos Específicos

1. Identificar la distribución y frecuencia de los factores sociodemográficos y factores relacionados al embarazo en las mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar #1
2. Identificar la distribución y frecuencia de las creencias en las mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar #1.
3. Identificar la distribución y frecuencia de la actitud en las mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar #1.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
4. Identificar la distribución y frecuencia de la norma subjetiva en las mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar #1.
 5. Identificar la distribución y frecuencia de la autoeficacia en las mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar #1.
 6. Identificar la distribución y frecuencia de anticipación del afecto en las mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar #1.
 7. Identificar la relación que existe entre la intención de lactar y la decisión, las creencias, la actitud, la norma subjetiva, la autoeficacia, la anticipación del afecto en mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar #1.
 8. Identificar la relación que existe entre la intención de lactar y los factores sociodemográficos en mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar #1.

9. HIPÓTESIS

Por el diseño de estudio, esta tesis no cuenta con hipótesis, ya que éstas se generan con los resultados obtenidos.

10. MATERIALY MÉTODOS

10.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio transversal simple.

10.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Mujeres embarazadas que acudan a control prenatal de la UMF 1, Delegación Aguascalientes. La muestra constó de 270 mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal de la UMF 1, Delegación Aguascalientes

10.2.1 Universo de Estudio

Todas las mujeres embarazadas que acudan a control prenatal de la UMF 1, Delegación Aguascalientes.

10.2.2 *Unidad de Análisis*

Mujeres embarazadas de que acudan a control prenatal de la UMF 1, Delegación Aguascalientes.

10.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

10.3.1 *Criterios de Inclusión*

- Pacientes embarazadas que acudan a consulta de Control prenatal de la UMF 1, Delegación Aguascalientes. Pacientes que acepten participar y que firmen la carta de consentimiento informado de forma voluntaria.

10.3.2 *Criterios de No Inclusión*

- Pacientes que no desearon firmar la carta de consentimiento informado, que no desearon participar.
- Mujeres embarazadas analfabetas.
- Mujeres que sufrieran de alguna discapacidad mental o retraso psicomotor.
- Mujeres embarazadas que tuvieron alguna condición que no les permitía dar lactancia materna o que se justificó que se evitaría la lactancia en forma definitiva o permanentemente.

10.3.3 *Criterios de Eliminación*

- Se eliminaron cuestionarios que no fueron contestados en por lo menos un 80% del total del cuestionario.

10.4 MUESTREO

Se realizó un muestreo por conveniencia.

10.4.1 *Tamaño de la muestra*

Para calcular la muestra se utilizó la fórmula correspondiente para estudios transversales simples, de la siguiente manera: de donde se obtiene una muestra de 270 mujeres embarazadas.

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

Donde:

N =Total de la población

$Z= 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)

p =proporción esperada (en este caso 5%=0.05%)

$q=1-p$ (en este caso $1-0.05=0.95$)

d =precisión (en este caso deseamos un 3%)

10.5 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

10.5.1 Variable Dependiente

Lactancia materna: es definida como la práctica de alimentar al lactante únicamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida (sin darle ningún otro alimento ni tampoco agua).^[1]

10.5.2 Variables Independientes

Dimensión de la Teoría de la Acción Planeada.

Las Dimensiones que abarcan esta Teoría son la actitud, la norma subjetiva, la intención conductual y el control conductual percibido, además de plantearse la Teoría de la autoeficacia, teoría de la anticipación del afecto y Creencias en salud.

Actitud: Es la predicción aprendida, que viene determinada por las creencias de la persona sobre los resultados de la conducta que pretende, por la valoración de tales resultados, y por la experiencia, lo que se traduce en una forma aprendida de responder (favorable o desfavorable) a un evento de manera consistente. ^[4] Se define como la opinión que se tiene respecto a un comportamiento de interés.

Norma subjetiva: implica la creencia que la persona tiene de que existen presiones sociales que se ejercen sobre ella para que realice o no la acción en cuestión, y la motivación por complacer tales presiones. ^[4] Se define como la presión social percibida por el individuo por parte de sus referentes más

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

importantes (madre, pareja, amigos, vecinos) para que realice o no un determinado comportamiento.

Control conductual: que se tiene en la situación en la que se debe tomar la decisión y actuar. ^[4] El control conductual es la suma de los productos entre las creencias acerca de la presencia o ausencia de recursos y oportunidades para realizar una conducta (creencias del control), y las percepciones de poder controlar los factores que facilitan o dificultan la conducta (fuerza percibida)

Intención conductual: estaría determinada de forma inmediata por la intención que la persona tiene de realizar o no realizar un comportamiento, en función de la actitud, norma subjetiva y control percibido. ^[4] Se considera el determinante proximal de la conducta. Determina el comportamiento de forma causal, y es provocada por la suma de las influencias de las actitudes hacia el comportamiento y las normas subjetivas.

Autoeficacia: los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento. ^[7] Confianza que una persona tiene de que puede enfrentar una situación de riesgo sin tener una recaída en su comportamiento indeseado o nocivo para la salud.

Anticipación del afecto: afecto que se espera que siga después de la ejecución o la no ejecución de un comportamiento en lugar de lo que se espera que ocurra mientras se realiza el comportamiento a través de emociones autoconscientes actitudes afectivas y afecto negativo. ^[10]

Creencias: Pensamiento en la que la persona es susceptible de sufrir cierta condición, que pueda tener una severidad en su vida y que se pueda tomar una acción factible y eficaz en particular puede ser benéfico al reducir la susceptibilidad o su severidad, superando o representando mayor importancia que las barreras psicológicas acerca de costos, conveniencia, dolor, incomodidad del examen o de la acción preventiva.

10.5.3 Factores Sociodemográficos

Edad: Tiempo que lleva existiendo una persona o ser vivo desde su nacimiento

Escolaridad: Período durante el cual se asiste a la escuela para adquirir grado académico.

Ocupación: Empleo, oficio que se desempeña

Estado civil: Relación legal ante la sociedad de dos personas

Nivel socioeconómico: Es el estado que guarda el individuo en la sociedad de acuerdo a su economía

Peso: Es el volumen del cuerpo expresado en kilogramos.

Peso previo al embarazo: Es el volumen del cuerpo expresado en kilogramos previo al embarazo.

Talla: Estatura de una persona

Semanas de gestación: Número de semanas transcurridas desde la Fecha de última Regla.

Grupo de ayuda mutua: Grupo de personas que presentan experiencias de vida similares y se reúnen periódicamente.

Pláticas o asesorías: Orientación brindada por un experto acerca de un tema determinado.

Servicio Médico: Acto y efecto de servir para satisfacer una necesidad en cuestión de salud, brindada por personal de salud.

Alimentación: Ingesta de alimentos para nutrición de tejidos y producción de energía

11. LOGÍSTICA

Una licenciada en Salud Pública y la residente de tercer año de Medicina Familiar aplicaron los cuestionarios a través de entrevistas a mujeres embarazadas que acudieron a consulta de Control Prenatal a través de un muestreo por conveniencia el cual fue elegido se seleccionó el tamaño de muestra que fueron 270 embarazadas, en todos los consultorios de ambos turnos de la Unidad Medicina Familiar, antes o después de entrar a su cita de Control prenatal; se le solicitó ayuda a asistentes de cada consultorio para tener acceso a tarjeteros de embarazadas, a las usuarias que aceptaron se les

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

dio a leer y firmar la Carta de consentimiento informado. Una vez firmada la carta, se aplicaron El instrumento Cuestionario Lactancia. Asegurándose de que las usuarias entendieran las preguntas y las respuestas de cada uno de los ítems del cuestionario, una vez terminado con la aplicación de encuestas se procedió a la captura en un a base de datos de Excel y posteriormente se importó a una base de datos del paquete estadístico STATA versión 13.0 para el análisis e interpretación de los resultados.

11.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó una entrevista cara a cara en base al instrumento adaptado y validado: Cuestionario Lactancia materna de K. Serrano y colaboradores. El tiempo en que se realizó la entrevista fue de aproximadamente 30 minutos. El cuestionario constó de 139 ítems, Factores sociodemográficos y relacionados con la Parte I Intención: compuesta de 2 preguntas una escala analógica de un solo reactivo con valores entre 0 y 10, 0 significa nada segura y 10 totalmente segura, la segunda pregunta con respuesta de opción múltiple a cuantas veces tiene la intención de amamantar a su hijo, dentro de las opciones va desde ninguna hasta las veces que él lo pida. Parte II Creencias: compuesto por 26 reactivos valorados por una escala de frecuencia de 4 grados tipo Likert que fue de 3 (Completamente de acuerdo) a 0 (Completamente en desacuerdo). Parte III Actitud: compuesto por 16 reactivos de adjetivos opuestos, de 11 puntos, que van de 0-10. Parte IV Norma subjetiva: compuesto por 12 reactivos valorados por una escala de frecuencia de 4 grados tipo Likert que fue de 4 (No aplica) a 0 (No/Nunca/Rara vez). Parte V Control Conductual: compuesto por 24 reactivos valorados por una escala de frecuencia de 4 grados tipo Likert que fue de 3 (Completamente de acuerdo) a 0 (Completamente en desacuerdo). Parte VI Anticipación del afecto: compuesto por 13 reactivos valorados por una escala de frecuencia de 4 grados tipo Likert que fue de 3 (Completamente de acuerdo) a 0 (Completamente en desacuerdo). Parte VII Autoeficacia: compuesta por 16 reactivos valorados por una escala de frecuencia de 4 grados tipo Likert que fue de 3 (Completamente segura) a 0 (Nada segura).

11.1.1 Técnica de Recolección de Datos

Se llevó a cabo una entrevista cara a cara, que consistió en una entrevista directa con cada usuaria encuestada, en la que se tuvo la ventaja de ser controlada y guiada por el encuestador.

Al abordar a la usuaria, se le explicó que se le aplicaría un cuestionario de Lactancia materna en las mujeres embarazadas, para determinar la distribución y frecuencia de los factores psicosociales en la lactancia materna de la UMF 1, Delegación Aguascalientes, se les explicó en qué consistía el cuestionario, se les brindó la carta de consentimiento informado para que la pudieran leer y en caso de estar de acuerdo con la aplicación del cuestionario, se les solicitó que firmaran dicha carta.

Posteriormente se procedió a realizar a aplicar el cuestionario, teniendo la certeza de que el encuestado entendía la pregunta, así como las posibles respuestas.

Para mejorar la calidad de la recolección de datos se realizó un manual operacional donde se describió ítem por ítem, en el cual se dieron ejemplos de los diferentes tipos de respuestas para el mejor entendimiento de los ítems, con éste manual se capacitó a los encuestadores para estandarizar el procedimiento de recolección de datos.

Ha de referirse que previo a la realización del estudio en nuestra población objeto de estudio, se realizó una prueba piloto a fin de validar y verificar la información y corregir errores de la forma de aplicar o de interpretar las preguntas análisis estadístico de los resultados.

11.2 VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

11.2.1 Instrumento Lactancia Materna

Autoeficacia: Una estructura unidimensional de 15 reactivos que explicó el 83% de la varianza total del instrumento (alfa de Cronbach = .93), con una consistencia interna de .93.

Intención para lactar exclusivamente: cuentan con validez de constructo que explica una varianza total del 78% y con valores de consistencia interna superiores a 0.70.

Creencias: tiene 21 reactivos tipo Likert, distribuidos en 4 factores que explican el 65.7% de la varianza total, con un Alpha de Cronbach total de 0.83. Por lo anterior la escala de Creencias sobre Lactancia en mujeres embarazadas cuenta con los niveles de validez y confiabilidad adecuados para su uso.

Actitud: Los reactivos se agruparon en 3 factores, el primero se refiere a una evaluación de tipo afectiva y natural hacia la lactancia, el segundo factor nombrado aspectos normativos que se refiere a cómo debería ser la lactancia y el tercer factor se relaciona con la evaluación hacia los posibles inconvenientes físicos y emocionales que podría provocar la lactancia, en los tres factores se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.91, 0.77 y 0.71 respectivamente.

Norma subjetiva: 12 reactivos están relacionados con la comodidad y tranquilidad con alfa de Cronbach de 0.88, 8 reactivos que evalúan la tensión emocional y falta de tiempo con alfa de Cronbach de 0.84, los últimos 5 reactivos están relacionados con situaciones en el ámbito público que tiene un Alpha de Cronbach de 0.82.

Anticipación del afecto: consta de 13 reactivos tipo Likert que cuenta con las propiedades psicométricas adecuadas.

Control conductual percibido hacia la lactancia materna (Alva 2017): se utilizó una escala que evalúa situaciones que pueden facilitar o dificultar la práctica de la lactancia. Consta de 24 reactivos tipo Likert, agrupados en 3 factores que explican el 81% de la varianza, 11 reactivos se refieren a comodidad y tranquilidad con un alfa de Cronbach de 0.88, 8 reactivos evalúan la tensión emocional y falta de tiempo con alfa de Cronbach de 0.84 y los últimos 5 se relacionan con situaciones en el ámbito público.

12. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

12.1 Procesamiento de Datos

Se realizó una base de datos en el programa STATA Versión 13.0, la cual tiene 24 variables, cada una de ellas tiene su nombre, anchura, decimales, etiqueta, valores perdidos, columna, alineación, medida y rol. Se utilizaron comandos estadísticos descriptivos para analizar las variables contiguas y categorizadas, de las cuales se obtuvieron frecuencias. También se utilizó el programa para la elaboración de graficas de frecuencias.

12.2 Análisis Estadístico

Se evaluó la validez y la confiabilidad de las diferentes escalas del cuestionario usadas para medir constructos como creencias, actitud, norma subjetiva, control conductual percibido, anticipación del afecto y autoeficacia, ante la intención de lactar en mujeres embarazadas. Como prueba de confiabilidad, se evaluó la consistencia interna de las escalas y sus ítems, mediante el Alfa de Cronbach. Para valorar la validez, se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) para evaluar las dimensiones y sus ítems y las correlaciones entre éstos, mediante un modelamiento de ecuaciones estructurales, se utilizaron los índices de bondad de ajuste RMSEA que es el error de aproximación que hace referencia a la cantidad de varianza no explicada por el modelo por el grado de libertad, y si el RMSEA era ≤ 0.05 , se consideró como un buen ajuste a los datos. Otro índice utilizado fue el CFI, para comparar la χ^2 de dos modelos, la cual se corrigió con los grados de libertad, se consideró que el modelo se ajustó adecuadamente cuando su valor osciló entre 0.95. El TLI se utilizó como el índice para evaluar el valor de χ^2 en su grado de libertad en el modelo propuesto, un valor ≥ 0.90 era indicativo de una bondad de ajuste aceptable. Y por último se usó el SRMR como medida absoluta de ajuste que refleja discrepancia entre la covarianza observada y la estimada, valores ≤ 0.05 fueron consideradas con buen ajuste. Tanto para la validez como para la confiabilidad, las dimensiones que no cumplieran con las propiedades psicométricas adecuadas, fueron eliminadas.

13. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio no contraviene los aspectos éticos contemplados en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación de los Estados Unidos Mexicanos ni los considerados en la Declaración de Helsinki de 1964, Tokio 1975 y sus modificaciones en Edimburgo, Escocia 2000. Se cumplió con los principios de Beauchamp y Childress los cuales son el principio de beneficencia con la obligación de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y sin prejuicios; principio de autonomía respetando la capacidad de la usuaria de tomar decisiones por ella misma sin influencia de personas externas través de la carta de consentimiento informado; principio de justicia al evitar situaciones de desigualdad y principio de no maleficencia al no realizar intencionalmente acciones que puedan causar daños o perjudicar a otros. El criterio que prevaleció fue el de respeto a la dignidad, se evitó hacer juicios o comentarios acerca de las respuestas vertidas en los cuestionarios y se aseguró la confiabilidad de los datos.

La participación fue voluntaria y se protegieron en todo momento los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación conforme artículo 14, fracción V de la Ley Federal de Salud en materia de investigación para la salud, que consta en la Carta de consentimiento informado. (Anexo A)

Esta investigación se consideró sin riesgo para el sujeto de estudio, ya que no hubo procedimientos invasivos, no se realizó ninguna colección de material biológico.

14. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

14.1 Recursos Humanos

Residente de segundo año de Especialidad de Medicina Familiar
Personal de Salud pública.

14.2 Recursos Materiales

- | | |
|--|-----------------------------------|
| Computadora. | Fotocopias |
| Impresora | Cartuchos de tinta para impresora |
| Memoria USB | Lápices |
| Papel bond | Borradores |
| Bolígrafos | Tablas para apoyar |
| Acceso a base de datos Conricyt,
proporcionado por el IMSS. | Sacapuntas |
| Engrapadora | Calculadora |
| | Conexión a internet |

Para la elaboración de este estudio, fue necesario contar con el apoyo de 1 licenciado en Salud Pública, la cual recibió capacitación para la estandarización de la aplicación de las encuestas, con lo cual, se necesitó del siguiente recurso material, tanto para la capacitación, la reproducción de las encuestas y el análisis de datos.

HOJA DE GASTOS

Tabla 1. Gastos

CONCEPTO	UNIDADES	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD REQUERIDA	COSTO
Lápices	CAJA	20.00	2	40.00
Papel bond	PAQUETE	150.00	1	150.00
Sacapuntas	PIEZA	3.50	4	14.00
Bolígrafos	CAJA	65.00	1	65.00
Memoria USB	1	300.00	1	300.00
Fotocopias de los cuestionario	400	0.50 CVS.	400	200.00
Grapadora	1	35	1	35.00
Calculadora	1	90.00	1	90.00
Computadora	1	5,000	1	5000.00
Impresora	1	1500.00	1	1500.00
Cartuchos de tinta	1	450	1	450.00
Tablas para apoyar	3	22.50	3	67.50
Borradores	10	3.00	10	30.00
Conexión a Internet	1	300	1	300.00
Total				8,241.50

15. ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

No aplica.

16. RESULTADOS

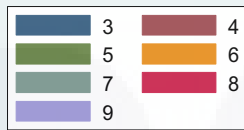
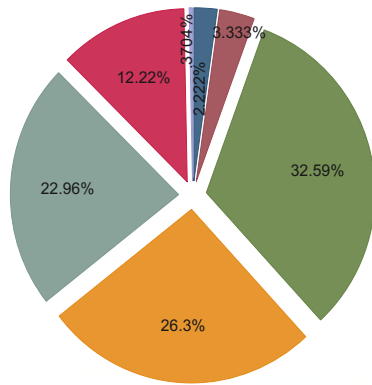
Tabla 2. Características Socio-demográficas de usuarias embarazadas de la UMF #1 Delegación Ags.

Variable	n = 270	%
Edad en años (media ± DE)	26.4±5.7	
Grupos de edad (terciles)		
De 15 a 24 años	110	40.7
De 25 a 35 años	143	53.1
De 36 a 45 años	17	6.2
Estado Civil		
Soltera	44	16.3
Casado o unión libre	221	81.9
Otro	5	1.8
Nivel de Estudios		
Primaria o menos	16	5.9
Secundaria	116	31.4
Preparatoria o técnica	85	43
Profesional	52	19.3
Posgrado	1	.4
Ocupación		
Trabaja	161	59.7
Ama de casa	94	34.8
Estudiante	13	4.8
Desempleada, jubilada, pensionada	2	0.7
Nivel Socioeconómico		
3	6	2.0
4	9	3.3
5	88	33.0
6	71	26.3
7	62	23
8	33	12
9	1	0.4

Participaron en el estudio 270 mujeres embarazadas usuarias del primer nivel de atención del IMSS, de la Unidad de Medicina Familiar No.1, en Aguascalientes, Aguascalientes.

Más del 50% trabajaba, tan solo menos del 5% era estudiante, más del 30% era ama de casa y menos del 1% se encontraba jubilada o desempleada.

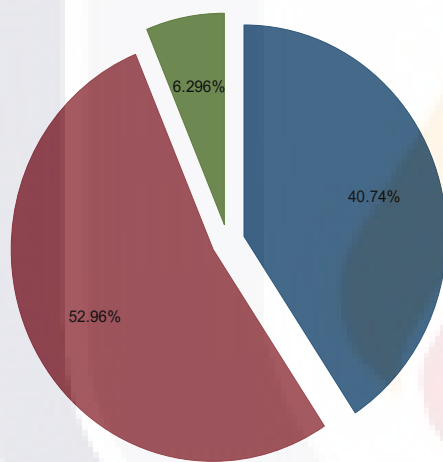
Nivel socioeconómico



Gráfica 1. Grupos de edad

La edad promedio fue de 26.4 años, más del 40% se encontraba entre los 15 a 24 años de edad, más de la mitad se encontraba entre los 25 y 35 años y poco más del 6% entre los 36 a 45 años.

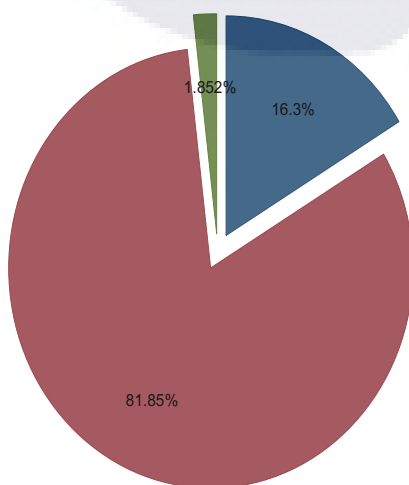
GRUPOS DE EDAD



Gráfica 2. Estado Civil

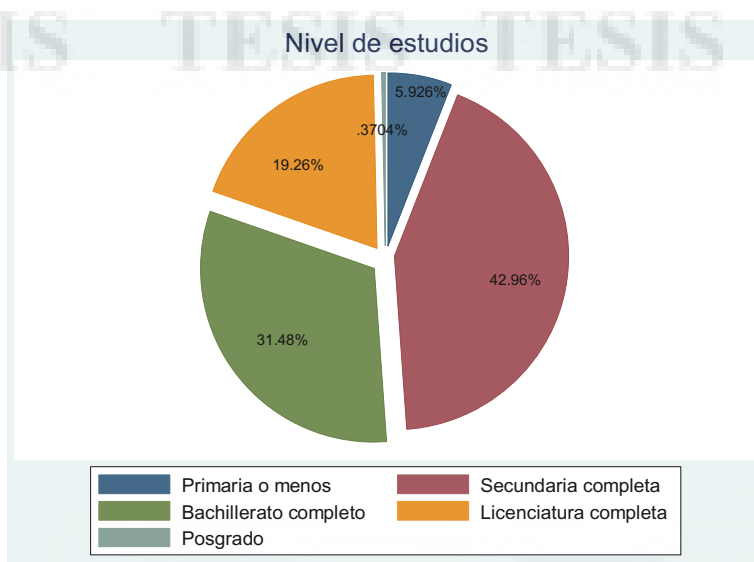
Más del 80% reportó estar casada o en unión libre, mientras que menos del 20% se encontraba soltera al momento de la entrevista.

ESTADO CIVIL



Gráfica 3. Nivel de estudios.

La escolaridad que predominó fue el de preparatoria o carrera técnica con más del 40%, mientras que alrededor del 30% tenía un nivel de secundaria y menos del 20% tenía una carrera profesional.



Gráfica 4. Nivel Socioeconómico

En cuanto al nivel socioeconómico en el que se percibían las participantes, más del 30% reportó encontrarse en el número 5, seguido de más del 25% en el número 6 y menos del 1% en el número 9.

Tabla 3. Características generales del embarazo en la población en estudio

Característica	n=207	%
Embarazo planeado		
No	117	43.3
Sí	153	56.7
Grupo de autoayuda		
No	239	88.5
Si	31	11.5
Asistencia a pláticas de lactancia materna		
No	156	57.8
Si	114	42.2
Primer embarazo		
No	170	63
Si	100	37
Número de embarazos	n=169	%
2	79	47
3	54	32
4	29	17
5	4	2.4
6	1	0.6
7	2	1
Número partos	n=169	%
0	56	33.1
1	57	33.7
2	38	22.5
3	15	8.9
4	2	1.2
5	1	0.6
Número cesáreas	n=169	%
0	104	61.5
1	48	28.4
2	17	10.1
Número abortos	n=169	%

Característica	n=207	%
0	135	80
1	30	17.6
2	2	1.2
4	1	0.6
6	1	0.6

En la tabla 3, se hace referencia a algunas de las características con respecto al embarazo y se obtuvo que casi un 60% de las mujeres planearon el embarazo, más de un 10% acude a grupos de autoayuda, menos de la mitad ha asistido a pláticas de lactancia, casi un 40% es su reporta que es el primer embarazo, cerca el 50% ha tenido dos embarazos, alrededor del 30% ha tenido tres y tan solo más del 2% ha tenido cinco embarazos.

Tabla 4. Características de lactancia y servicios de salud

Servicio médico para seguimiento de hijo	n=207	%
UMF IMSS	208	77
Consulta privada con Médico General	2	0.7
Consulta privada con Pediatra	29	10.7
Ninguno	4	1.6
UMF y consulta privada con Pediatra	27	10
No. de consultas prenatales UMF	3.8 ± 2.3	
Semanas de gestación en la entrevista	24.6 ± 8.8	
Semanas de gestación en primer consulta	11 ± 6.38	
Alimentación del primer hijo	n=159	%
Lactancia materna exclusiva	84	52.8
Alimentación mixta	43	27.1
Solo fórmula láctea	32	20.1
Tiempo de lactancia materna primer hijo	12.7 ± 9.8	
Alimentación del segundo hijo	n=79	%
Lactancia materna exclusiva	48	60.8
Alimentación mixta	17	21.5
Solo fórmula láctea	14	17.7
Tiempo de lactancia materna segundo hijo	11.6 ± 8.9	
Alimentación del tercer hijo	n=23	%
Lactancia materna exclusiva	16	69.6
Alimentación mixta	4	17.4
Solo fórmula láctea	3	13.0
Tiempo de lactancia materna tercer hijo	12.7 ± 12.9	
Sabe lo que es lactancia materna	n=270	%
No	32	11.8
Si	238	88.2
Sabe lo que es lactancia materna exclusiva	n=270	%
No	178	65.9
Si	92	34.1

En la tabla 4 se describen las características de lactancia y servicios de salud, en los que se pueden observar que cerca del 80% acudirá a consulta al IMSS para seguimiento médico de su hijo, un 10% lo llevará tanto al IMSS como con pediatra particular, y poco más del 10% lo llevará exclusivamente a consulta con un pediatra privado. El número de consultas aproximadas que se tenían al momento de la entrevista fue de casi 4, en cuanto al tiempo de embarazo, se reportó un promedio de 24.6 semanas de gestación, además refirieron que generalmente acudían a su primera consulta alrededor de la semana 11.

La lactancia materna exclusiva en el primer hijo aparentemente lo realizó más del 50% de las mujeres encuestadas, más del 60% lo hizo con su segundo hijo y casi el 70% con su tercer hijo. Alrededor del 90% de las mujeres sabían lo que era la lactancia materna, pero tan solo el 34.1% conocía el término de lo que es la lactancia materna exclusiva.

Tabla 5. Distribución de la muestra de intención y decisión en la lactancia materna

Intención de lactar	n =207	%
Intención baja/moderada	136	50.3
Intención alta	134	49.7
Frecuencia en la intención para lactar al día	n =207	%
Ninguna	1	0.4
De 3 a 5 veces al día	13	4.8
De 6 a 8 veces al día	10	3.7
9 veces o más	11	4.1
Las veces que él lo pida	235	87.0
Decisión de la alimentación del niño al nacimiento	n =207	%
Estoy decidida a alimentarlo únicamente con fórmula láctea	1	0.4
Estoy decidida a alimentarlo con leche materna y también con fórmula láctea	92	34.1
Quizá lo alimente únicamente con leche materna, 3 meses o menos	19	7.1
Quizá lo alimente solo con l. m. 3 meses o más	25	9.2
Estoy decidida a alimentarlo únicamente con l. m. sólo hasta los	16	5.9

3 meses		
Estoy decidida a alimentarlo sólo con l. m. al menos a los 6 mese	117	43.3

En la tabla 5 se pueden apreciar la distribución de la intención de lactar, por la distribución en dicha variable, se dicotomizó ya que más del 50% de las participantes contestó que su intención era alta dando un puntaje de 10, por lo que las respuestas que se obtuvieron del 0 al 9 se consideró como una lactancia baja o moderada, mientras que quienes contestaron con un puntaje correspondiente a 10, se consideró como una intención alta. En cuanto a la frecuencia en la intención de lactar casi un 90% de las participantes está convencida de que lactará las veces que el bebé lo pida. Y por último en cuanto a la decisión a lactar más del 40% está decidida a lactar de forma exclusiva al menos hasta los 6 meses.

Análisis de consistencia interna y análisis factorial confirmatorio de los factores psicosociales en relación a la lactancia materna.

Tabla 6. Coeficientes de bondad de ajuste de análisis factorial confirmatorio y alfa de Cronbach de las escalas de medición

MEDIDAS DE BONDAD DE AJUSTE							
ESCALA	χ^2	p	RMSEA	CFI	TLI	SRMR	Alfa de Cronbach
CREENCIAS	339.5	0.00	0.04	0.97	0.95	0.04	0.89
1.- Beneficios físicos bebé	43.9	0.00	0.07	0.97	1.95	0.03	0.83
2.- Daño físico madre	62.7	0.00	0.06	0.97	0.96	0.03	0.91
3.- B. Psicológicos bebé	14.58	0.00	0.02	0.99	0.99	0.02	0.84
ACTITUD	156.8	0.00	0.06	0.96	0.94	0.05	0.88
1.- Afectiva y natural	8.6	.000	0.05	0.99	0.98	0.03	0.72
2.- Normativo	6.4	0.09	0.06	0.99	0.97	0.03	0.83
3.- Inconvenientes	1	0.00	0.00	1.00	1.00	0.00	0.72
N. SUBJETIVA	97.3	0.00	0.06	0.95	0.93	0.04	0.82
1.- Percepción opinión	15.1	0.05	0.05	0.98	0.96	0.03	0.65
2.- Importancia opinión	1.66	0.94	0.00	1.00	1.03	0.01	0.74

C.C. PERCIBIDO	256.8	0.00	0.04	0.96	0.95	0.05	0.83
1.- Comodidad	67.5	0.00	0.05	0.97	0.95	0.04	0.84
2.- Barreras	101.1	0.00	0.06	0.96	0.95	0.04	0.87
A. AFECTO	83.5	0.00	0.04	0.99	0.98	0.02	0.91
AUTOEFICACIA	192.67	0.00	0.07	0.95	0.93	0.04	0.92

RMSEA cantidad de varianza no explicada por el modelo o error de aproximación
CFI (Comparative Fit Index) índice de bondad de ajuste del modelo

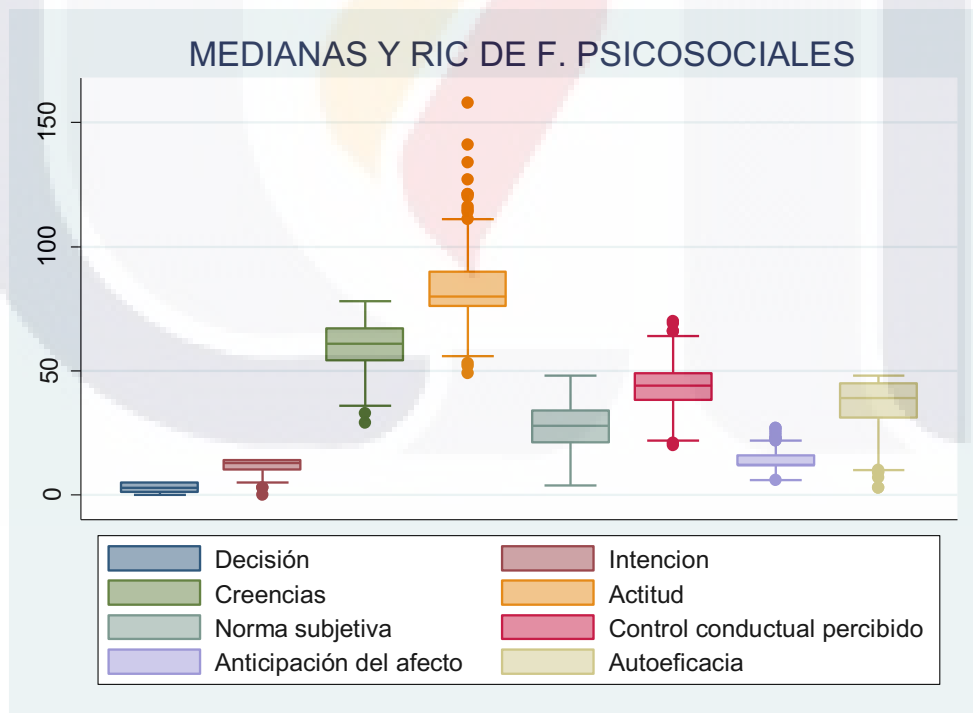
En la tabla 6 se muestran los indicadores de bondad de ajuste del análisis factorial confirmatorio (AFC) y la consistencia interna de las escalas psicosociales que tuvieron una adecuada validez y confiabilidad. Para la escala de creencias se obtuvieron las dimensiones de beneficios físicos del bebé, daño físico a la madre y beneficios psicológicos del bebé. En la escala de actitud resultaron las dimensiones de afectiva y natural, normativo e inconvenientes para la madre. En la norma subjetiva se obtuvieron las dimensiones de percepción de opinión e importancia de la opinión de otros. En control conductual percibido se obtuvieron las dimensiones de comodidad y barreras y por último la escala de anticipación del afecto y autoeficacia se consideraron unidimensionales. Se describen los índices de bondad de ajuste, tanto por escala como por dimensión, en la que se puede observar que de forma general se obtuvieron índices con adecuada bondad de ajuste, tomando en consideración que el principal índice para este criterio es el SRMR, el cual debe ser igual o menor a 0.05. En cuanto a la confiabilidad, también se obtuvieron valores que le confieren una adecuada consistencia interna.

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de los constructos de los factores psicosociales en la muestra de este estudio

Factores psicosociales	Mediana (RIC)
Creencias (26 ítems, escala 0 a 3)	61.0 (54 – 67)
Dimensiones de creencias	
Beneficios físicos del bebé	23.0 (22 – 24)
Daño físico a la madre	17.0 (12 – 21)
Beneficios psicológicos del bebé	23.0 (20 – 24)
Actitud (alimentar con leche materna a mi hijo es): (16 ítem, escala 0 a 10)	80.0 (76 – 90)
Dimensiones de actitud	
Afectivo y natural	22.0 (20.0 – 27.0)
Normativo	37.0 (32.0 – 44.0)

Molestias físicas	21.0 (16.0 – 27.0)
Intención de lactar (1 ítem, escala 0 a 10)	9.0 (6.0 – 10.0)
Norma subjetiva (12 ítems, escala 0 a 4)	28.0 (21.0 – 34.0)
Dimensiones de norma subjetiva	
Percepción de la opinión de otros (6 ítems)	14.0 (11.0 – 17.0)
Importancia de la opinión de otros (6 ítems)	13.0 (9.0 – 17.0)
Control conductual percibido (24 ítems, escala 0 a 3)	44.0 (38.0 – 49.0)
Dimensiones de control conductual percibido	
Comodidad (11 ítems)	29.0 (25.0 – 32.0)
Barreras (13 ítems)	16.0 (12.0 – 21.0)
Anticipación del afecto (13 ítems, escala 0 a 3)	12.0 (12.0 – 16.0)
Autoeficacia (16 ítems, escala 0 a 3)	39.0 (31.0 – 45.0)

En la tabla 7 se describen los puntajes de las escalas de las variables de los factores psicosociales, en todos los casos los datos no presentaron una distribución normal, por lo que se decidió reportar las medianas y los rangos intercuartílicos como estadísticos descriptivos, así como un enfoque no paramétrico.



Gráfica 5. Medianas y RIC de F. Psicosociales

En las siguientes gráficas se puede observar las medianas y los rangos intercuartílicos por cada una de las escalas.

Tabla 8. Factores sociodemográficos y su relación con la intención de lactar.

Intención de lactar/Factores demográficos	1. Baja/Moderada N = 136	2. Alta N = 134	Valor P
	n (%)	n (%)	
Edad grupos			
15-24 años	52 (38.2)	58 (43.3)	0.4
25-35 años	73 (53.7)	70 (52.2)	
35-45 años	11 (8.1)	6 (4.5)	
Estado civil			
Soltera	24 (17.6)	20 (14.9)	0.7
Casada/Unión libre	110 (80.9)	111 (82.8)	
Otro	2 (1.5)	3 (2.3)	
Ocupación			
Profesional, directiva de empresa	11 (8.2)	20 (14.9)	0.2
Comerciante trabajadora	24 (17.6)	22 (16.4)	
Trabajadora manual no calificada	48 (35.3)	36 (26.9)	
Trabajadora manual no calificada	43 (31.6)	51 (38.1)	
Ama de casa	9 (6.6)	4 (3)	
Estudiante	1 (0.7)	1(0.7)	
Desempleada, jubilada, pensionad			
Escolaridad			
Primaria o menos	10 (7.3)	6 (4.5)	0.07
Secundaria	60 (44.2)	56 (41.8)	
Preparatoria o técnica	48 (35.3)	37 (27.6)	
Profesional	18 (13.2)	34 (25.4)	
Posgrado	0 (0.0)	1 (0.7)	
Grupo de autoayuda			
No	124 (91.2)	114 (85.8)	0.2
Si	12 (8.8)	19 (14.2)	
Platicas lactancia			
No	82 (60.3)	74(55.2)	0.4
Si	54 (39.7)	60 (44.8)	

χ^2 Pearson

En la tabla 8, se puede observar que no existen diferencias significativas de algunos factores sociodemográficos y la intención de lactar, ya que los valores de p que se encontraron fueron mayores a 0.05.

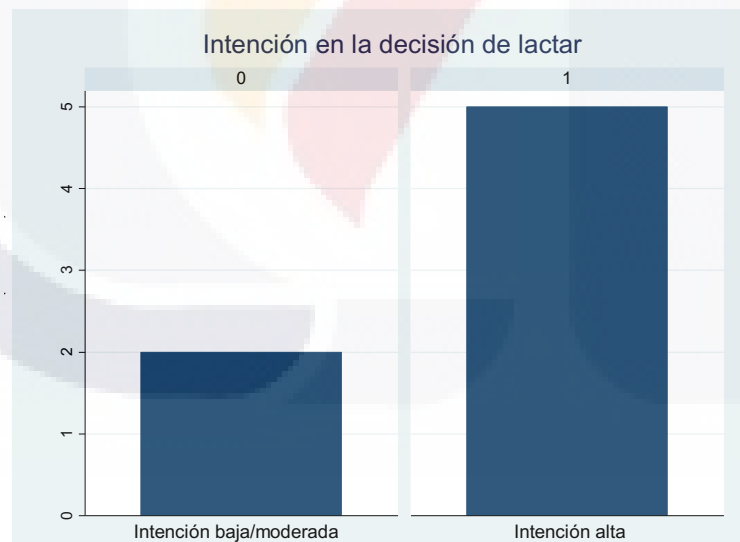
Tabla 9. Factores psicosociales y su relación con la intención de lactar.

Intención de lactar	1. Baja/Moderada n = 136	2. Alta n = 134	Valor P
	Mediana (RIC)	Mediana (RIC)	
Algoritmo (Decisión de lactar)	2 (1 – 5)	5 (2 – 5)	0.00
Creencias	59 (51 – 66)	63 (55 – 67)	0.03
Actitud	81 (76 – 94)	80 (75 – 85)	0.12

Norma Subjetiva	27 (20 – 32)	29 (21 – 34)	0.09
C.C. Percibido	45 (39 – 49)	42.5 (38 – 48)	0.14
Anticipación del Afecto	12 (12 – 16)	12 (12 – 15)	0.90
Autoeficacia	37 (30 – 43)	42 (34 – 46)	0.01

Decisión de lactar diferencia significativa entre intención baja/moderada e intención alta.
 Creencias, diferencia significativa entre intención baja/moderada e intención alta.
 Autoeficacia, diferencia significativa entre intención baja/moderada e intención alta.

En la tabla 9 se puede observar diferencias significativas entre el algoritmo de la decisión para lactar e intención, donde claramente la mediana en quienes tienen una intención para lactar alta, es evidentemente mayor, con respecto a los que tienen una intención para lactar baja o moderada. Las creencias también tuvieron una diferencia estadísticamente significativa con la intención para lactar, la mediana en quienes tenían una intención alta, es mayor que la mediana que corresponde a tener una intención baja o moderada. Finalmente, también hubo una diferencia entre la variable de autoeficacia e intención para lactar.



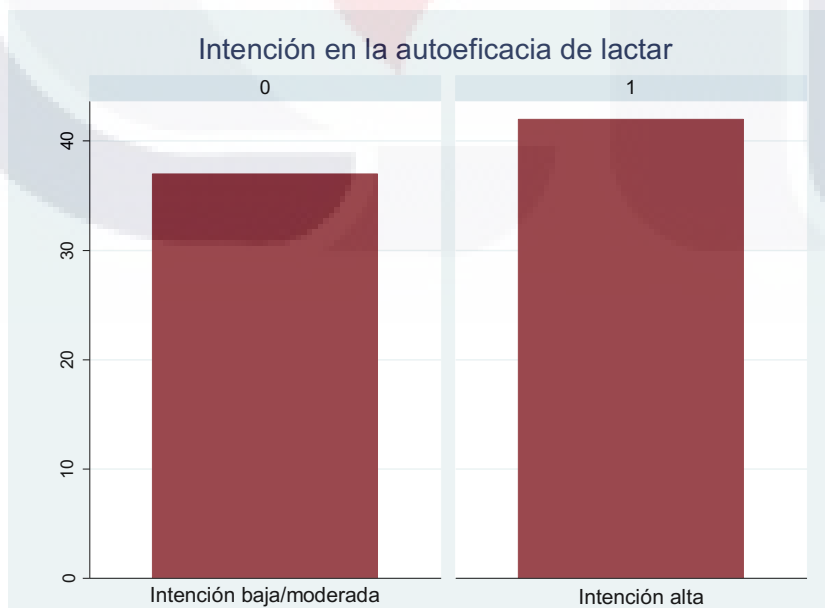
Gráfica 6. Intención en la decisión de lactar.

La mediana en quienes tienen una intención para lactar alta, es evidentemente mayor, con respecto a los que tienen una intención para lactar baja o moderada.



Gráfica 7. Intención en las creencias de lactar

Las creencias también tuvieron una diferencia estadísticamente significativa con la intención para lactar, la mediana en quienes tenían una intención alta, es mayor que la mediana que corresponde a tener una intención baja o moderada.



Gráfica 8. Intención en la autoeficacia de lactar

16. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue identificar la distribución y frecuencia de los factores psicosociales en la Lactancia Materna en mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No. 1.

Niño R. y colaboradores en el año 2012 realizaron un estudio en el que se determinaron factores asociados a lactancia exclusiva hasta los 6 meses en los que variables socio demográficas influyen en la lactancia exitosa. En el presente estudio se determinó que la relación de los factores sociodemográficos con la intención de lactar alta fueron los que tenían mayor escolaridad, amas de casa y la edad de 15 a 24 años.

En cuanto a la relación de los factores psicosociales y la alta intención de lactar es posible observar que en general la decisión para lactar, las creencias y la autoeficacia fueron los correlatos más fuertes de la alta intención para la lactancia materna.

La autoeficacia fue uno de los correlatos más significativos de la alta intención de lactar lo que sugiere que las mujeres en etapa de embarazo confían fuertemente en su capacidad para realizar la lactancia materna una vez que haya nacido su bebe, coincidente con lo reportado por Nursan C.^[11] Contrario a lo observado por Bai, quien determinó que la actitud y la norma subjetiva fueron mejores predictores de la intención de lactar.^[15] Al igual que Ismail T. y cols. en el que identificaron que la influencia significativa en la intención era la creencia mandatoria.^[13]

Las creencias, por su parte, también se correlacionaron significativamente con la intención alta de lactar, lo que sugiere que las mujeres embarazadas encuentran a la lactancia materna como un medio que provee salud y bienestar al bebe, lo que provoca en ellas una alta intención de proporcionar lactancia materna.

La decisión y a la intención alta de lactar se encontró que se correlacionaron de forma significativa, lo que traduce que una firme determinación tendrá una gran influencia sobre la intención de proporcionar lactancia materna.

Oosterhoff A. en el año 2014 realizaron un estudio para obtener la percepción respecto a la lactancia materna entre las madres primerizas de orígenes socioeconómico medio y alto en la parte norte de los Países Bajos en el que, durante el período prolongado de intención, las mujeres anticiparon la lactancia materna. ^[12] contrario a lo encontrado por el presente estudio en el que no se encontró diferencia significativa entre la frecuencia de la anticipación del afecto y la intención baja/moderada o la intención alta de lactar.

Por otro lado, se encontró que las actitudes, el control conductual percibido y la norma subjetiva no se relacionaron significativamente con la intención alta de lactar, lo que tal vez pueda explicarse debido a que las embarazadas aún encuentran al comportamiento de la lactancia materna como algo que se encuentra en ese momento fuera de su alcance, por lo tanto es algo en lo que aún no se han formado una opinión, no han tenido que controlar los factores que facilitan o dificultan la conducta, ni han sentido la presión que otras personas importantes para ellas ejercen para realizar la lactancia materna.

Los instrumentos que fueron utilizados para medir los factores psicosociales, tuvieron adecuadas propiedades psicométricas. La correlación entre los ítems de las escalas utilizadas para medir los diferentes principios contemplados y sus dimensiones fue adecuada. Por lo que es posible afirmar que las mediciones de los constructos psicosociales poseen un adecuado grado de validez y confiabilidad.

17. CONCLUSIÓN

Se identificó la distribución y frecuencia de los factores psicosociales en la Lactancia Materna en mujeres embarazadas de la UMF 1, Aguascalientes, así como la frecuencia en la intención de lactar alta de casi un 90% está

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

convencida de que lactará las veces que el bebé lo pida y la decisión de lactar un poco menos del 50% está decidida a lactar de forma exclusiva al menos hasta los 6 meses, en cuanto a la creencias tuvieron una diferencia estadísticamente significativa con la intención de lactar así de la misma manera la actitud, la autoeficacia, anticipación del afecto, norma subjetiva y creencias abarcando las dimensiones de beneficios físicos del bebé, daño físico a la madre y beneficios psicológicos del bebé también tuvieron una diferencia significativa en la intención de lactar.

No se ha estudiado el grado de asociación de los factores psicosociales en la lactancia materna.

Por medio de este estudio podemos concluir que los factores psicosociales representan ese conjunto de experiencias y percepciones que interactúan con la mujer embarazada en su intención de dar lactancia materna después del embarazo conjuntando la interacción entre su medio ambiente, su entorno familiar, social y su capacidad y la necesidad de realizar la lactancia, es evidente que a través de los diferentes constructos que influyen en la intención como lo son la anticipación del afecto, norma subjetiva, creencias, actitud y por último la autoeficacia.

Es importante el continuar con el estudio de éstos factores psicosociales para determinar si la intención de lactar realmente se lleva a cabo posterior al embarazo e identificar los mismos factores psicosociales en esta nueva etapa para poder determinar en cuáles de ellos es importante hacer énfasis para hacer e instrumentar una intervención con el objetivo de realizar un cambio en el comportamiento de las mujeres con respecto a la lactancia materna, teniendo en cuenta todos los aspectos o factores psicosociales que envuelven a la mujer embarazada y mujer en etapa de lactancia y no estudiar e intervenir solo en la mujer sino en el medio que la rodea y determina su comportamiento con respecto a la lactancia materna.

18. BIBLIOGRAFÍA

1. Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre lactancia materna [Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (WHO/NMH/NHD/14.7).
2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra: OMS; 2003 p. 8-9.
3. 10 datos sobre la lactancia materna [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2018 [cited 22 February 2018]. Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>
4. Avalos M. Comportamiento de algunos factores biosociales en la lactancia materna en los menores de un año. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2011;27(3):323-331.
5. Cortés, M. Una primera aplicación de la Teoría del Comportamiento Planificado para explicar el abandono de tratamiento por parte de los dependientes alcohólicos. Rev. De Psicol. Gral y Aplic., 2001; 54 (3), p. 389-405.
6. Guzman F, García B, Rodriguez L, Alonso M. Actitud, norma subjetiva y control conductual como predictores del consumo de drogas en jóvenes de zona marginal del norte de México. FRONTERA NORTE. 2014;26(51):53-74.
7. Moreno E, Gil J. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2003;3(1):91-109.
8. Cabrera G, Tascón J, Lucumí D. Creencias en salud: Historia, constructos y aportes del modelo. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2001;19(1):91-101
9. Velásquez A. REVISIÓN HISTÓRICO-CONCEPTUAL DEL CONCEPTO DE AUTOEFICACIA. Revista Pequeño 2012. 2018;2(1):148-160.
10. Conner M. Health cognitions, affect and health behaviors. The european health Psychologist. 2013;15(2):33-38.
11. Oosterhoff, A., (2014). It takes a mother to practise breastfeeding: Women's perceptions of breastfeeding during the period of intention. *ELSEVIER*, 7(2014), pp.43-50
12. Nursan C, Dilek K, Sevin A. Breastfeeding Self-Efficacy of Mothers and the Affecting Factors. Aquichan. 2014;14(3):327-335.
13. Ismail T, Muda W, Bakar M. Intention of pregnant women to exclusively breastfeed their infants. Journal of Child Health Care. 2013;18(2):123-132.
14. Niño R., Silva G., Atalah E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Rev Chil Pediatr. 2012;83(2):161-169.
15. Bai Y, Middlestadt S, Peng C, Fly A. Predictors of Continuation of Exclusive Breastfeeding for the First Six Months of Life. Journal of Human Lactation. 2009;26(1):26-34.


16. Entwistle F, Kendall S, Mead M. Breastfeeding support - the importance of self-efficacy for low-income women. *Maternal & Child Nutrition*. 2009; 6:228-242.
17. Blyth R, Creedy D. Effect of Maternal Confidence on Breastfeeding Duration: An Application of Breastfeeding Self-Efficacy Theory. *Birth*. 2002;29(4):278-285.
18. Kloeblen A, Thompson N. Intent to Breast-Feed: The impact of the Attitudes, Norm, Parity, and Experience. *Am J Health Behav*. 2002;26(3):182-187.
19. Diaz M, Abisag A. Tasa de prevalencia de lactancia materna exclusiva al egreso hospitalario posterior al nacimiento. *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa*. 2015; 2:3-4
20. DIRECCIÓN GENERAL DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO DIRECCIÓN DE ATENCIÓN ALIMENTARIA. Implementación de acciones en la Lactancia Materna. México; 2012 p. 5.
21. Instituto Nacional del Estadística y Geografía. "ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DE... LA SEMANA MUNDIAL DE LA LACTANCIA MATERNA (DEL 1 AL 7 DE AGOSTO)" DATOS NACIONALES. 2016.
22. Consejo Nacional de Población. Perfiles de Salud Reproductiva. Aguascalientes. Mexico, DF: ISBN; 2011 p. 61-62,88-89.
23. Herrero J. El Análisis Factorial Confirmatorio en el estudio de la Estructura y Estabilidad de los Instrumentos de Evaluación: Un ejemplo con el Cuestionario de Autoestima CA-14. *Interv Psicosoc*. 2010;19(3):289–300.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

19. ANEXOS

ANEXO A.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES EN LA LACTANCIA MATERNA EN EMBARAZADAS EN UMF 1, AGUASCALIENTES.
Patrocinador externo (si aplica): *	No aplica
Lugar y fecha:	UMF No1 Aguascalientes, Ags. A 2018
Número de registro:	R-2018-101-002
Justificación y objetivo del estudio:	Nuestro propósito es conocer la distribución y frecuencia de algunos factores psicosociales en la lactancia materna en las mujeres desde el embarazo, como son las creencias que tienen acerca de la lactancia materna, la actitud hacia la lactancia materna, el afecto anticipado, la autoeficacia y la norma subjetiva con respecto a la lactancia materna en las mujeres embarazadas que acude a consulta en UMF No.1, Aguascalientes.
Procedimientos:	Declaro que se me ha informado ampliamente en que consiste esta investigación, así como los inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el proyecto de investigación. Se utilizará la técnica de aplicación de cuestionario como instrumento de Evaluación de los factores psicosociales respecto a la lactancia materna en mujeres embarazadas que acudan control de embarazo en la UMF 1.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos potenciales en el desarrollo de éste Proyecto.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los beneficios serán obtenidos de manera indirecta al generar conocimientos que ayuden a dirigir las estrategias de salud con respecto al apoyo y aumento de la lactancia materna.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí en la atención de los pacientes, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le planteo acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios, o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.
Participación o retiro:	Su participación es voluntaria, se le ha explicado ampliamente sobre el estudio y se han aclarado sus dudas. Se ha explicado que se puede retirar del estudio en el momento que lo decida.
Privacidad y confidencialidad:	Se me ha aclarado que los datos que les proporcioné serán confidenciales y anónimos y en caso de que los resultados pudieran ser publicados, éstos serán verídicos y en todo momento, se conservará el anonimato de mi persona y confidencialidad u nunca se divulgará mi nombre.
En caso de colección de material biológico (si aplica)	
No autorizo que se tome la muestra	
Sí autorizo que se tome la muestra solo para este estudio	
Su autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Conocer la distribución y frecuencia de los factores psicosociales en lactancia materna en las mujeres embarazadas en Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Jannett Padilla López adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No.1 IMSS, lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar Número 1, dirección: José María Chávez # 1202. Colonia Lindavista, número telefónico: 9637141 correo electrónico janis_padilla@hotmail.com
Colaboradores:	Claudia Giselle Hernández del Villar, Médico Residente de 3° año de Medicina Familiar, adscrita a Hospital General de Zona No.1, lugar de trabajo: Hospital General de Zona No.1, dirección José María Chávez # 1202. Colonia Lindavista, número telefónico: 4921156264 correo electrónico: monalamina@gmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
-	-
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.	
*En caso de contar con patrocinador externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación científica.	
Clave: 2810-009-013	

ANEXO B. INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UMF 1

SECCION I

En esta parte se muestran preguntas relacionadas con datos generales. Por favor, no deje ninguna respuesta sin contestar (excepto a partir de la pregunta 12 si no se aplica a usted). ¡Gracias!

Nombre completo:

1.1 NSS:

Fecha actual: ____/____/____
(día) (mes) (año)

Teléfono(s): local: _____ celular: _____

Numero de consultorio

Turno:

Edad: ____ (años cumplidos)

Estado civil: Soltera (0) Casada, Unión libre (1) Otro (2)

Escolaridad:

- (0) Primaria o menos
- (1) Secundaria completa
- (2) Bachillerato o equivalente completo
- (3) Licenciatura completa
- (4) Posgrado

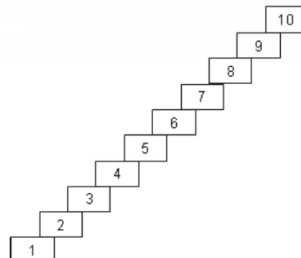
Ocupación:

- (0) Profesional o técnica especializada, jefa y/o directiva de empresa o institución
- (1) Comerciante, trabajadora administrativa, pequeña empresaria
- (2) Trabajadora manual no calificada, obrera, trabajadora por cuenta propia
- (3) Ama de casa
- (4) Estudiante
- (5) Desempleada, jubilada o pensionada

Nivel socioeconómico:

Imagine que esta escalera representa la posición social de las personas. En la parte más alta (escalón 10) se ubicarían los más ricos, las personas con los mejores empleos, los mejores sueldos y un gran número de recursos sociales y materiales. En la parte más baja (escalón 1) estarían las personas más pobres, sin trabajo, sin dinero, sin escolaridad y con muchas limitaciones sociales y económicas. Entre más alto se ubique más cerca se encuentra de las personas más ricas. Entre más bajo se ubique más cerca se encuentra de las personas más pobres. Por favor, marque con una cruz el escalón en el que usted crea que se encuentra usted y su familia

□



11. ¿Su embarazo fue planeado?

Sí (1) No (0)

12. ¿Cuánto pesaba antes del embarazo? _____

13. Peso actual _____ Kg

14. Talla _____ m.

15. Semana de embarazo/gestación: _____ semanas _____ días

16. Fecha probable de parto: _____ día _____ mes _____ año

17. ¿En qué semana del embarazo acudió por primera vez a la UMF a consulta prenatal? _____

18. Número de consultas prenatales (sin contar pruebas de detección de VIH, consultas odontológicas, ni vacunas)
 a) En la UMF _____
 b) En consulta privada _____
19. ¿Asiste a algún Grupo de Ayuda Mutua en la UMF?
 Sí (1) No (0)
20. ¿Ha asistido a pláticas o asesorías sobre lactancia materna?
 Sí (1) No (0)
21. Una vez que su hijo(a) haya nacido ¿a qué servicio médico planea llevarlo para revisión y/o seguimiento?
 a) UMF IMSS
 b) Consulta privada con un Médico General
 c) Consulta privada con un Pediatra
 d) Ninguno
22. ¿Es su primer embarazo?
 Sí (1) **CONTINÚE EN SIGUIENTE SECCIÓN.**
 No (0) *CONTINÚE CON LA PREGUNTA 23*
23. Contando el embarazo actual, ¿cuántos ha tenido en total?: _____
24. Número de: (a) Partos: _____ (b) Cesáreas: _____ (c) Abortos: _____
25. ¿De qué forma alimentó a su primer hijo?
 Lactancia materna exclusiva (0) Alimentación mixta (1) Solo fórmula láctea (2)
 a) ¿Durante cuánto tiempo? _____
26. ¿De qué forma alimentó a su segundo hijo?
 Lactancia materna exclusiva (0) Alimentación mixta (1) Solo fórmula láctea (2)
 a) ¿Durante cuánto tiempo? _____
27. ¿De qué forma alimentó a su tercer hijo?
 Lactancia materna exclusiva (0) Alimentación mixta (1) Solo fórmula láctea (2)
 ¿Durante cuánto tiempo? _____

SECCION II

Decisión de la alimentación del niño al nacimiento.

De las afirmaciones que aparecen en el cuadro de abajo, elija la que mejor describa la forma en que piensa alimentar a su bebé cuando nazca. La opción que elija es correcta en tanto se refiere a lo que usted ha decidido o piensa hacer.

Lea con cuidado cada una de las oraciones, elija sólo una de ellas y márkela con una “X” en el espacio de la derecha de su elección.

Cuando mi hijo nazca...	
Estoy decidida a alimentarlo únicamente con fórmula láctea	
Estoy decidida a alimentarlo con leche materna y también con formula láctea	
Quizá lo alimente únicamente con leche materna, tres meses o menos	
Quizá lo alimente sólo con leche materna tres meses o más	
Estoy decidida a alimentarlo únicamente con leche materna sólo hasta los tres meses	
Estoy decidida a alimentarlo sólo con leche materna al menos hasta los 6 meses.	

¿Usted sabe lo que es la Lactancia materna?
 Si (1) No (0)

¿Usted sabe lo que es la Lactancia materna exclusiva?
 Si (1) No (0)
 SECCION III

CUESTIONARIO LACTANCIA MATERNA

Instrucciones: Este documento contiene un conjunto de preguntas o afirmaciones relacionadas con la lactancia materna (alimentar a su hijo(a) por medio de leche materna), Le solicitamos leer cada una de las preguntas y responder de manera honesta. Todas sus respuestas son confidenciales y se emplearan solamente con fines de investigación; por lo tanto, no hay respuestas correctas o incorrectas.

Lactancia materna exclusiva: Es la conducta de alimentar a su hijo (a) únicamente con leche materna, desde la primera hora después del nacimiento, hasta los 6 meses de edad, complementándola posteriormente con otros alimentos hasta los 2 años o más.

PARTE I

A continuación, se le presentan dos preguntas relacionadas con la forma en que usted piensa alimentar a su bebé cuando nazca. **Marque con una "X" el número que mejor represente su intención**, desde 0 que significa nada segura hasta 10 que significa totalmente segura.

1. ¿Qué tan segura está de alimentar a su hijo(a) **solamente con leche materna desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad?**

Nada segura	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente segura
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

2. ¿Cuántas veces al día tiene la intención de amamantar a su hijo(a)?

- a) ...ninguna
- b) ...de 3 a 5 veces al día
- c) ...de 6 a 8 veces al día
- d) ...9 veces o más
- e) ...las veces que él lo pida

PARTE II

Marque con una "x" la opción que mejor represente lo que **usted cree respecto a alimentar a su hijo con leche materna**. No hay respuestas buenas ni malas, por lo que le pedimos que responda con la mayor sinceridad posible. No escriba en la parte sombreada.

Alimentar a mi hijo (a) con leche materna...	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo	
1... es un tiempo para tener al bebé en mis brazos	0	1	2	3	()
2... me permite acariciarlo mientras lo alimento	0	1	2	3	()
3... le ayuda a su crecimiento	0	1	2	3	()
4... me permite estimularlo	0	1	2	3	()
5... causa dolor físico	0	1	2	3	()
6... me provoca ardor/irritación en los pechos	0	1	2	3	()
7... Produce bolitas en los pechos	0	1	2	3	()
8... causa inflamación de las venas	0	1	2	3	()
9... hace que mis senos se vuelvan flácidos	0	1	2	3	()
10... me hace los pechos sensibles	0	1	2	3	()
11... hace que mis senos crezcan	0	1	2	3	()
12... es formar un vínculo muy bonito con el bebé	0	1	2	3	()
13... me produce dolor en los pechos	0	1	2	3	()
14... es doloroso porque las encías de mi bebé me lastiman	0	1	2	3	()
15...me produce grietas en los pezones	0	1	2	3	()
16... le genera seguridad al bebé	0	1	2	3	()
17... es nutritivo	0	1	2	3	()
18... es bueno para mi salud, porque reduce el riesgo de tener cáncer de mama	0	1	2	3	()
19... es una manera de darle protección	0	1	2	3	()
20... es ayudarlo a crecer	0	1	2	3	()
21... es ayudarlo a su desarrollo mental	0	1	2	3	()
22... es el mejor alimento que le puedo dar	0	1	2	3	()
23... favorece a que se enferme menos	0	1	2	3	()

Alimentar a mi hijo (a) con leche materna...	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo	
24... lo relaja	0	1	2	3	()
25... le ayuda a desarrollarse psicológicamente	0	1	2	3	()
26... le ayuda a desarrollar su personalidad	0	1	2	3	()

PARTE III

En este apartado se le presentan una serie de palabras opuestas, en cada una de ellas **marque con "x" el número que más se acerque** a lo que usted piensa o siente respecto a alimentar a su hijo(a) con leche materna.

Ejemplo

Una persona que piensa que hacer ejercicio es cansado, pero no mucho, podría poner una "x" en el número 8.

Enérgico	0	1	2	3	4	5	6	7	X	9	10	Cansado
-----------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	----------------

Una persona que piensa que hacer ejercicio es muy enérgico, pondrá una "x" en el número 0.

Enérgico	X	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Cansado
-----------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	----------------

Una persona que piensa que hacer ejercicio ni es cansado ni es enérgico, pondrá una "x" en el número 5.

Enérgico	0	1	2	3	4	X	6	7	8	9	10	Cansado
-----------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	----------------

NO RELLENE LA PARTE SOMBREADA

Alimentar a mi hijo con leche materna es:													
Feo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bonito	1.()
Amoroso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Odioso	2.()
Protector	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dañino	3.()
Irresponsable	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Responsable	4.()
Divertido	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aburrido	5.()
Caro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Barato	6.()
Insatisfactorio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Satisfactorio	7.()
Maravilloso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Horrible	8.()
Importante	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Irrelevante	9.()
Necesario	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Innecesario	10.()
Sencillo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Complicado	11.()
Natural	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Vergonzoso/penoso	12.()
Incómodo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Cómodo	13.()
Doloroso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Placentero	14.()
Estresante/irritante	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Relajante	15.()
Equivocado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Adecuado/correcto	16.()

PARTE IV

A continuación se le presentan una serie de afirmaciones. En cada una de ellas marque con una "x" la opción que mejor represente lo que usted piensa de acuerdo a los encabezados de cada columna.

No marcar la parte sombreada

	No/Nunca/Rara vez	A veces	Con frecuencia	Si/Siempre	No aplica	
1. En mi familia alimentaron a sus hijos con leche Materna y por eso me dicen que yo también lo haga	0	1	2	3	4	1.()
2. Considero importante la opinión de mi familia para lactar a mi bebé	0	1	2	3	4	2.()
3. Mi pareja piensa que debo	0	1	2	3	4	3.()

amamantar a nuestro Bebé						
4. Para mí es importante la opinión de mi pareja respecto a lactar a mi bebé	0	1	2	3	4	4. ()
5. Mi mamá piensa que debo alimentar a mi bebé exclusivamente con leche materna	0	1	2	3	4	5. ()
6. Es importante la opinión de mi mamá para amamantar a mi bebé	0	1	2	3	4	6. ()
7. Mis cuñadas creen que es bueno alimentar con leche materna a mi bebé	0	1	2	3	4	7. ()
8. Me importa la opinión de mis cuñadas respecto a la lactancia materna	0	1	2	3	4	8. ()
9. Mi suegra me recomienda alimentar a mi bebé con leche materna	0	1	2	3	4	9. ()
10. Es importante la opinión de mi suegra para lactar a mi bebé	0	1	2	3	4	10. ()
11. Mi médico dice que alimente a mi bebé con leche materna	0	1	2	3	4	11. ()
12. Considero importante la opinión de mi médico para lactar a mi bebé	0	1	2	3	4	12. ()

PARTE V

Enseguida encontrará una serie de situaciones que pueden facilitarle amamantar a su bebé. Marque con una "x" el grado de acuerdo que tiene con cada una de ellas. No marcar la parte sombreada.

Será más fácil amamantar a mi bebé si ...	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo	
1. ...me siento a gusto y cómoda	0	1	2	3	1. ()
2. ...él está cómodo	0	1	2	3	2. ()
3. ...estoy en casa	0	1	2	3	3. ()
4. ...me encuentro en un lugar agradable	0	1	2	3	4. ()
5. ...pongo música para estimular a mi bebé	0	1	2	3	5. ()
6. ...tengo la posición correcta para amamantar	0	1	2	3	6. ()
7. ...le hablo a mi bebé mientras le doy pecho	0	1	2	3	7. ()
8. ...mi leche cicatriza las grietas de mis pezones	0	1	2	3	8. ()
9. ...evito pensar que me va a doler	0	1	2	3	9. ()
10. ...identifico cuándo tiene hambre	0	1	2	3	10. ()
Será más fácil amamantar a mi bebé si ...	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo	
11. ...me siento tranquila/relajada	0	1	2	2	11. ()

En esta sección encontrará algunas de las situaciones que pueden dificultarle amamantar a su hijo(a), en cada una de ellas marque con un "x" la opción que mejor represente su opinión. No marcar la parte sombreada

Me dificultará amamantar a mi hijo(a) si	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo	

12. ...estoy enfrente de mis suegros	0	1	2	3	12. ()
13. ...se quita la sábana con la que me cubro	0	1	2	3	13. ()
14. ...no tengo tiempo	0	1	2	3	14. ()
15. ...tuviera que trabajar	0	1	2	3	15. ()
16. ...me siento cansada	0	1	2	3	16. ()
17. ...estoy enferma	0	1	2	3	17. ()
18. ...estoy en público	0	1	2	3	18. ()
19. ...tengo que hacer otras actividades	0	1	2	3	19. ()
20. ...estoy en transporte público	0	1	2	3	20. ()
21. ...estoy en la calle	0	1	2	3	21. ()
22. ...me siento estresada	0	1	2	3	22. ()
23. ...estoy de mal humor	0	1	2	3	23. ()
24. ...mi bebé rechaza mi pecho	0	1	2	3	24. ()

PARTE VI

En esta parte se le presentarán algunas emociones que **pueden estar presentes en el momento de llevar a cabo la lactancia materna**. Le pedimos que en cada oración **marque con una "x" la opción que mejor represente lo que usted podría sentir** si alimenta a su bebé con pecho. No existen respuestas buenas o malas, por lo tanto, se le pide que conteste con sinceridad, ya que la información que usted nos aporte será de gran valor.

No marcar la parte sombreada

<i>Si tomo la decisión de amamantar a mi hijo me sentiré...</i>	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo	
1 ...orgullosa de mí misma	0	1	2	3	1. ()
2. ...estresada	0	1	2	3	2. ()
3. ...angustiada	0	1	2	3	3. ()
4. ...arrepentida	0	1	2	3	4. ()
5. ...triste	0	1	2	3	5. ()
6. ...frustrada	0	1	2	3	6. ()
7. ...enojada	0	1	2	3	7. ()
8. ...culpable	0	1	2	3	8. ()
9. ...feliz	0	1	2	3	9. ()
10. ...tranquila	0	1	2	3	10. ()
11. ...preocupada	0	1	2	2	11. ()
12. ...fracasada	0	1	2	3	12. ()
13. ...satisfecha	0	1	2	3	13. ()

PARTE VII

A continuación se le presentan una serie de frases que describen las situaciones en las cuales las mujeres pueden encontrar dificultades para amamantar. Por favor, lea cada una de ellas y marque con una "x" la opción que mejor describa su respuesta. Esto no es un examen, así que no hay respuestas correctas o incorrectas, por lo que se le pide que conteste con la mayor sinceridad posible.

No marcar la parte sombreada

<i>Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque...</i>	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Completamente segura	
1. ...esté en público	0	1	2	3	1. ()

2. ...atraviase por problemas personales	0	1	2	3	2. ()
3. ...las personas en la calle estén en desacuerdo	0	1	2	3	3. ()
4. ...personas significativas (pareja, padres, hijos) estén en desacuerdo	0	1	2	3	4. ()
5. ...trabajo	0	1	2	3	5. ()
6. ...está cansada	0	1	2	3	6. ()
7. ...esté enferma	0	1	2	3	7. ()
8. ...no quiera hacerlo	0	1	2	3	8. ()
9. ...me sienta estresada	0	1	2	3	9. ()
10. ...me sienta triste o desanimada	0	1	2	3	10. ()
11. ...tenga que hacer	0	1	2	3	11. ()
12. ...esté en una fiesta	0	1	2	3	12. ()
13. ...no perciba los beneficios	0	1	2	3	13. ()
14. ...tenga grietas en los pezones	0	1	2	3	14. ()
15. ...me produzca dolor en los senos	0	1	2	3	15. ()
16. ...se me escurra la leche	0	1	2	3	16. ()

¡GRACIAS!

ANEXO C. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES


VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA MEDICION	UNIDAD DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo que lleva existiendo una persona o ser vivo desde su nacimiento	Años cumplidos de la paciente embarazada al momento de levantar la encuesta	Cuantitativa Discontinua	Edad del paciente en años
Escolaridad	Período durante el cual se asiste a la escuela para adquirir grado académico	Grado académico referido por la paciente embarazada al momento de la aplicación de la encuesta	Cuantitativa Discontinua	0 Primaria o menos 1 Secundaria completa 2 Bachillerato o equivalente completo 3 Licenciatura completa 4 Posgrado
Ocupación	Empleo, oficio que se desempeña	Empleo que refieren al momento de la encuesta	Cualitativa Nominal Policotómica	0 Profesional o técnica especializada, jefa y/o directiva de empresa o institución 1 Comerciante, trabajadora administrativa, pequeña empresaria 2 Trabajadora manual no calificada, obrera, trabajadora por cuenta propia. 3 Ama de casa 4 Estudiante 5 Desempleada, jubilada o pensionada.
Estado civil	Relación legal ante la sociedad de dos personas	Relación de pareja establecida en la fecha de la encuesta	Cualitativa Nominal Policotómica	0 Soltera 1 Casada, unión libre 2 Otro
Nivel	Es el estado que guarda el individuo	Nivel en el que se encuentra	<i>Cualitativa</i>	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10

socioeconómico	en la sociedad de acuerdo a su economía	según la posición social de la embarazada	<i>Ordinal</i>	
Peso corporal	Es el volumen del cuerpo expresado en kilogramos.	Volumen de un cuerpo de la mujer embarazada expresado en kilogramos	Cuantitativa Continua	Peso en kilogramos
Peso previo del embarazo	Es el volumen del cuerpo expresado en kilogramos previo al embarazo	Volumen de un cuerpo de la mujer embarazada expresado en kilogramos previo al embarazo	Cuantitativa Continua	Peso en Kilogramos
Talla	Estatura de una persona	Medición con estadímetro en bipedestación y descalzo de la mujer embarazada.	Cuantitativa Discreta	Estatura expresada en metros
Embarazo planeado	Periodo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto de forma planeada	Estado en el que la mujer decide tener hijos, por decisión propia o en pareja.	Dicotómica.	1 Si 0 No
Semanas de gestación	Número de semanas transcurridas desde la Fecha de última Regla.	Número de semanas de gestación calculadas por Fecha de última Regla o calculada por Ultrasonido	Cuantitativa Continua	Semanas de gestación en semanas.
Grupo de ayuda mutua	Grupo de personas que presentan experiencias de vida similares y se reúnen periódicamente.	Grupo de ayuda a la que acude la mujer embarazada en el que le proporcionan ayuda material o emocional.	Dicotómica	1 Si 2 No
Platicas o asesorías	Orientación brindada por un experto acerca de un tema determinado.	Orientación brindada a la mujer embarazada acerca de la Lactancia Materna exclusiva por un experto o profesional de la Salud	Dicotómica	1 Si 2 No
Servicio Médico	Acto y efecto de servir para satisfacer una necesidad en cuestión de salud, brindada por personal de salud.	Acto y efecto de servir para satisfacer una necesidad a la mujer embarazada en cuestión	Cualitativa Nominal Policotómica	a)UMF IMSS b)Consulta privada con un Médico General


		de salud, brindada por personal de salud perteneciente o no a una Institución de Salud		c)Consulta privada con un Pediatra d)Ninguno
Lactancia materna	Práctica de alimentar al lactante con leche materna.	Práctica de la mujer de alimentar al lactante con leche materna	Dicotómica	¿Usted sabe lo que es la Lactancia Materna? 1.Si 0.No
Lactancia materna exclusiva	Práctica de alimentar al lactante únicamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida (sin darle ningún otro alimento ni tampoco agua)	Es la conducta de la mujer de alimentar a su hijo (a) únicamente con leche materna, desde la primera hora después del nacimiento, hasta los 6 meses de edad, complementándola posteriormente con otros alimentos hasta los 2 años o más.	Dicotómica	¿Usted sabe lo que es la Lactancia Materna exclusiva? 1.Si 0.No
Alimentación	Ingesta de alimentos para nutrición de tejidos y producción de energía	Ingesta de alimentos en los menores para nutrición en los primeros en los 6 primeros seis meses de vida	Cualitativa Policotómica	0 Lactancia materna exclusiva 1 Fórmula láctea 2 Alimentación mixta
Intención conductual	Se considera el determinante proximal de la conducta. Determina el comportamiento den forma causal, y es provocada por la suma de las influencias de las actitudes hacia el comportamiento y las normas subjetivas.	La intención que tiene la mujer embarazada para dar lactancia materna exclusiva.	Ordinal Escala tipo Likert en la que se establece clasificación de los Ítems, mediante un conjunto específico de	SECCION III PARTE I 1. ¿Qué tan segura está de alimentar a su hijo(a) solamente con leche materna desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad? 2. ¿Cuántas veces al día

			<p>categorías o cuantificaciónes lingüísticas. Completamente en desacuerdo En desacuerdo De acuerdo Completamente de acuerdo CUANTITATIVA ORDINAL.</p>	<p>tiene la intención de amamantar a su hijo(a)? a) ...ninguna b) ...de 3 a 5 veces al día c) ...de 6 a 8 veces al día d) ...9 veces o más e) ...las veces que él lo pida</p>
Intención conductual	<p>Se considera el determinante proximal de la conducta. Determina el comportamiento de forma causal, y es provocada por la suma de las influencias de las actitudes hacia el comportamiento y las normas subjetivas.</p>	<p>La intención que tiene la mujer embarazada para dar lactancia materna exclusiva.</p>	<p>Cualitativa Policotómica</p>	<p>SECCION II Cuando mi hijo nazca... Estoy decidida a alimentarlo únicamente con fórmula láctea. Estoy decidida a alimentarlo con leche materna y también con fórmula láctea. Quizá lo alimente únicamente con leche materna, tres meses o menos. Quizá lo alimente sólo con leche materna tres meses o más. Estoy decidida a</p>

				<p>alimentarlo únicamente con leche materna sólo hasta los tres meses. Estoy decidida a alimentarlo sólo con leche materna al menos hasta los 6 meses.</p>
<p>Creencias</p>	<p>Pensamiento en la que la persona es susceptible de sufrir cierta condición, que pueda tener una severidad en su vida y que se pueda tomar una acción factible y eficaz en particular puede ser benéfico al reducir la susceptibilidad o su severidad, superando o representando mayor importancia que las barreras psicológicas acerca de costos, conveniencia, dolor, incomodidad del examen o de la acción preventiva.</p>	<p>Pensamiento de la mujer embarazada al sentirse susceptible con respecto a la lactancia materna y que ésta pueda repercutir en su vida, superando o representando mayor importancia que las barreras psicológicas, costos, conveniencia, dolor, incomodidad.</p>	<p>Ordinal Escala tipo Likert en la que se establece clasificación de los Ítems, mediante un conjunto específico de categorías o cuantificación es lingüísticas. Completamente en desacuerdo En desacuerdo De acuerdo Completamente de acuerdo</p>	<p>SECCION III PARTE II Alimentar a mi hijo (a) con leche materna... Dimensión beneficios físicos: 3... le ayuda a su crecimiento 4... me permite estimularlo 17... es nutritivo 18... es bueno para mi salud, porque reduce el riesgo de tener cáncer de mama 20... es ayudarlo a crecer 21... es ayudarlo a su desarrollo mental 22... es el mejor alimento que le puedo dar 23... favorece a que se enferme menos</p> <p>Dimensión daño físico a</p>


			<p>la madre: 5... causa dolor físico 6... me provoca ardor/irritación en los pechos 7... Produce bolitas en los pechos 8... causa inflamación de las venas 9... hace que mis senos se vuelvan flácidos 10... me hace los pechos sensibles 11... hace que mis senos crezcan 13... me produce dolor en los pechos 14... es doloroso porque las encías de mi bebé me lastiman 15...me produce grietas en los pezones</p> <p>Dimensión beneficios psicológicos al bebé: 1... es un tiempo para tener al bebé en mis brazos 2... me permite acariciarlo mientras lo alimento 12... es formar un vínculo</p>
--	---	--	---

				<p>muy bonito con el bebé 16... le genera seguridad al bebé 19... es una manera de darle protección 24... lo relaja 25... le ayuda a desarrollarse psicológicamente 26... le ayuda a desarrollar su personalidad</p>
Actitudes	Se define como la opinión que se tiene respecto a un comportamiento de interés.	Es la opinión que tiene la mujer embarazada con respecto al comportamiento de la mujer embarazada de dar lactancia materna.	Ordinal Escala tipo Likert 1-10	<p>SECCION III PARTE III ITEM 1-16 1.se presentan una serie de palabras opuestas , en las que se marcará con una x el número que más se acerque a lo que usted piensa. Dimensión afectiva y natural</p> <p>1. Alimentar a mi hijo con leche materna es: desde feo 0 hasta bonito 10 2.desde amoroso 0 hasta odioso 10 3.desde protector 0 hasta dañino 10 4. irresponsable 0 hasta</p>

			<p>responsable 10 12. desde natural 0 hasta vergonzoso/penoso 10</p> <p>Dimensión normativo: 5. desde divertido 0 hasta aburrido 10 6. desde caro 0 hasta barato 10 7. desde insatisfactorio 0 hasta satisfactorio 10 8. desde maravilloso 0 hasta horrible 10. 9. desde importante 0 hasta irrelevante 10 10. desde necesario 0 hasta innecesario 10 11. desde sencillo 0 hasta complicado 10 16. desde equivocado 0 hasta adecuado/correcto</p> <p>Dimensión inconvenientes: 13. desde incómodo 0 hasta cómodo 10 14. desde doloroso 0 hasta placentero 10 15. desde estresante/irritante 0 hasta relajante 10</p>
--	---	--	--

<p>Norma subjetiva</p>	<p>Se define como la presión social percibida por el individuo por parte de sus referentes más importantes (madre, pareja, amigos, vecinos) para que realice o no un determinado comportamiento.</p>	<p>Presión social percibida por la mujer embarazada en la que son importantes las opiniones de los otros como pareja, madre, respecto a la lactancia materna.</p>	<p>Ordinal Escala tipo Likert en la que se establece clasificación de los Ítems, mediante un conjunto específico de categorías o cuantificación es lingüísticas. No/nunca/rara vez A veces Con frecuencia Si/siempre No aplica</p>	<p>SECCION III PARTE IV Dimensión percepción de opinión de los demás: 1. En mi familia alimentaron a sus hijos con leche Materna y por eso me dicen que yo también lo haga 3. Mi pareja piensa que debo amamantar a nuestro Bebé 5. Mi mamá piensa que debo alimentar a mi bebé exclusivamente con leche materna 7. Mis cuñadas creen que es bueno alimentar con leche materna a mi bebé 9. Mi suegra me recomienda alimentar a mi bebé 11. Mi médico dice que alimente a mi bebé con leche materna</p> <p>Dimensión iportancia de opinión de los demás 2. Considero importante la opinión de mi familia para lactar a mi bebé</p>
------------------------	--	---	--	---

				<p>4. Para mi es importante la opinión de mi pareja respecto a lactar a mi bebé 6. Es importante la opinión de mi mamá para amamantar a mi bebé 8. Me importa la opinión de mis cuñadas respecto a la lactancia materna con leche materna 10. Es importante la opinión de mi suegra para lactar a mi bebé 12. Considero importante la opinión de mi médico para lactar a mi bebé</p>
<p>Control conductual</p>	<p>El control conductual es la suma de los productos entre las creencias acerca de la presencia o ausencia de recursos y oportunidades para realizar una conducta (creencias del control), y las percepciones de poder controlar los factores que facilitan o dificultan la conducta (fuerza percibida)</p>	<p>Suma de productos de las creencias acerca de la lactancia materna ante la presencia o ausencia de recursos y oportunidades para realizar una conducta y la percepción de controlar los factores que facilitan o dificultan la lactancia materna.</p>	<p>Ordinal Escala tipo Likert en la que se establece clasificación de los Ítems, mediante un conjunto específico de categorías o cuantificación es lingüísticas. Completamen</p>	<p>SECCION III PARTE V Será más fácil amamantar a mi bebé si ... Dimensión comodidad: 1. ...me siento a gusto y cómoda 2. ...él está cómodo 3. ...estoy en casa 4. ...me encuentro en un lugar agradable 5. ...pongo música para estimular a mi bebé 6. ...tengo la posición correcta para amamantar</p>

		<p>te en desacuerdo En desacuerdo De acuerdo Completamen te de acuerdo</p>	<p>7. ...le hablo a mi bebé mientras le doy pecho 8. ...mi leche cicatriza las grietas de mis pezones 9. ...evito pensar que me va a doler 10. ...identifico cuándo tiene hambre 11. ...me siento tranquila/relajada Me dificultará amamantar a mi hijo(a) si Dimensión de barreras: 12. ...estoy enfrente de mis suegros 13. ...se quita la sábana con la que me cubro 14. ...no tengo tiempo 15. ...tuviera que trabajar 16. ...me siento cansada 17. ...estoy enferma 18. ...estoy en público 19. ...tengo que hacer otras actividades 20. ...estoy en transporte público 21. ...estoy en la calle 22. ...me siento estresada 23. ...estoy de mal humor 24. ...mi bebé rechaza mi pecho</p>
--	---	--	---

<p>Anticipación del afecto</p>	<p>Afecto que se espera que siga después de la ejecución o la no ejecución de un comportamiento en lugar de lo que se espera que ocurra mientras se realiza el comportamiento.</p>	<p>Afecto que se espera que siga después de la ejecución o la no ejecución en la mujer embarazada de un comportamiento en lugar de lo que se espera que ocurra mientras se realiza el comportamiento to que se espera que ocurra después de la ejecución o no ejecución de la lactancia materna.</p>	<p>Ordinal Escala tipo Likert en la que se establece clasificación de los Ítems, mediante un conjunto específico de categorías o cuantificación es lingüísticas. Completamente en desacuerdo En desacuerdo De acuerdo Completamente de acuerdo</p>	<p>SECCION III PARTE VI Si tomo la decisión de amamantar a mi hijo me sentiré... 1. ...orgullosa de mí misma 2. ...estresada 3. ...angustiada 4. ...arrepentida 5. ...triste 6. ...frustrada 7. ...enojada 8. ...culpable 9. ...feliz 10. ...tranquila 11. ...preocupada 12. ...fracasada 13. ...satisfecha</p>
<p>Autoeficacia</p>	<p>Confianza que una persona tiene de que puede enfrentar una situación de riesgo sin tener una recaída en su comportamiento indeseado o nocivo para la salud.</p>	<p>Confianza que tiene la mujer embarazada de llevar a cabo la lactancia materna.</p>	<p>Ordinal Escala tipo Likert en la que se establece clasificación de los Ítems, mediante un conjunto</p>	<p>SECCION III PARTE VII Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque... 1. ...esté en público 2. ...atraviere por problemas personales 3. ...las personas en la calle estén en desacuerdo</p>

			<p>específico de categorías o cuantificaciones lingüísticas. Nada segura Algo segura Moderadamente segura Completamente segura</p>	<p>4. ...personas significativas (pareja, padres, hijos) estén en desacuerdo 5. ...trabajo 6. ...está cansada 7. ...esté enferma 8. ...no quiera hacerlo 9. ...me sienta estresada 10. ...me sienta triste o desanimada 11...tenga que hacer 12. ...esté en una fiesta 13. ...no perciba los beneficios 14...tenga grietas en los pezones 15....me produzca dolor en los senos 16....se me escurra la leche</p>
--	--	--	--	---

ANEXO D. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Marzo-Abril 2017	Mayo-Junio 2017	Julio-Agosto 2017	Septiembre- Octubre 2017	Noviembre- Diciembre 2017	Enero-Febrero 2018	Marzo-Abril 2018	Mayo-Junio 2018	Julio-Agosto- 2018	Septiembre - octubre 2018	Noviembre - diciembre 2018	Enero 2018	Febrero 2018
Definición del problema	XX												
Investigación Bibliográfica	XX	XX											
Elaboración del protocolo		XX	XX	XX									
Revisión del protocolo			XX	XX	XX								
Registro del protocolo en el Comité Local de Investigación						XX	XX						
Prueba piloto							XX						
Recolección de la información							XX	XX	XX				
Procesamiento y análisis de la información								XX	XX				
Redacción de Síntesis Ejecutiva									XX	XX			
Redacción del artículo científico										XX			
Presentación de resultados										XX	XX		
Difusión de los resultados											XX	XX	XX