

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Ideas y prácticas sociales sobre la lactancia materna
exclusiva.**

**Estudio exploratorio en universitarios
durante 2022**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

P R E S E N T A:

BELÉN MARTÍNEZ QUIROGA

DIRECTORA: DRA. MA. ELENA DURÁN LIZARRAGA

CODIRECTORA: DRA. ROSELIA ARMINDA ROSALES FLORES

Ciudad de México, noviembre de 2023.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

AGRADECIMIENTOS

A la UACM por permitirme recorrer este camino al brindarme los recurso y herramientas necesarias para lograr terminar una licenciatura.

A mi directora la Dra. Ma. Elena Durán Lizarraga y codirectora la Dra. Roselia Armida Rosales Flores, por su paciencia y dedicación durante el proceso de este proyecto.

También quiero agradecer a las Mtras. Claudia Alicia López Ortiz, Concepción Díaz de León Vázquez y Paola Cecilia Sánchez Rojo, por sus comentarios y aportaciones como lectoras.

A las y los profesores, por ser mis guías durante mi formación académica.

A mi familia, por demostrarme su apoyo y comprensión sin importar nuestras diferencias. Por ser el principal motor que me impulsa a llevar a cabo cada uno de mis proyectos.

A mis amigas y compañeras con quienes he compartido este recorrido y me han dado ánimos para seguir adelante.

A todos ellos gracias.

INDICE

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.1 Justificación	7
1.2 Planteamiento del problema.....	9
1.3 Pregunta de investigación	11
1.4 Hipótesis del trabajo	11
1.5 Objetivo general	11
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	12
2. 1 Antecedentes conceptuales	12
2.2 Bases anatómicas y fisiológicas de la lactancia	14
2.3 La importancia de la leche materna y sus beneficios	21
CAPÍTULO 3 MARCO JURÍDICO	24
3.1 Marco Internacional	24
3.2 Marco Jurídico Nacional	34
3.3 Programas promotores de la LME	40
3.4 Estado del arte	42
3.5 Promoción de la Salud y Habilidades para la Vida	45
CAPÍTULO 4. MARCO METODOLÓGICO	48
4.1 Material y método	48
4.2 Determinación del tamaño de muestra.....	48
4.3 Técnica e instrumento de recolección de datos.....	49
CAPÍTULO 5. RESULTADOS	51
5.1 Datos sociodemográficos.....	51
5.2 Condiciones materiales de vida	53
5.2.1 Vivienda.....	54
5.2.2 Disponibilidad de bienes materiales.....	60
5.2.3 Disponibilidad de Tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC)	61
5.2.4 Trabajo e ingresos	63
5.2.5 Nivel educativo familiar	63
5.3 Ideas sobre LME.....	65
5.3.1 Ideas sobre los Beneficios.....	66
5.3.2 Opinión sobre el apoyo para una lactancia adecuada.....	68

5.4 Historia familiar	71
5.5 Información sobre la Lactancia Materna.....	72
5.5.1 Nivel de conocimiento sobre Lactancia	73
5.6 Prácticas sobre la LME.....	74
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	75
ANEXOS:.....	82
REFERENCIAS:.....	87

INTRODUCCIÓN

La presente investigación busca aportar información sobre las ideas de las y los estudiantes universitarios sobre Lactancia Materna Exclusiva (LME) y cómo estas ideas se podrían traducir en prácticas que favorecen o no la lactancia exclusiva.

Es necesario mencionar la importancia de realizar este tipo de investigaciones en la población estudiantil para poder llevar a cabo acciones que promuevan la LME. La lactancia materna es reconocida como parte del derecho a la alimentación. Se presenta desde la primera hora de nacimiento hasta los 6 meses de vida y forma parte de los procesos vitales de los seres humanos que está determinado socio históricamente. Este es el único derecho en el que el sujeto tutelar del derecho es binomial, es temporal y además vincula a toda la familia. En las obligaciones del gobierno para hacer valer este derecho se encuentra el de promover, proteger, respetar y garantizar la lactancia materna exclusiva. En esas acciones la promoción de la salud como práctica social y como campo disciplinar debe abordar la problemática para actuar sobre aquellos elementos que pudieran estar violentando el derecho. La cultura como el sistema de creencias permite hacer cambios en las prácticas sociales. En ese sentido, este trabajo explora lo que piensan universitarios sobre la LME. Este primer acercamiento puede permitir hacer acciones para la promoción, protección, respetar y garantizar que sea posible esta práctica en las familias.

El trabajo se conforma de cinco capítulos. En el primer apartado se entrega la justificación que aborda las razones del porque se considera necesario describir las ideas y prácticas sociales de las y los estudiantes universitarios sobre la LME para de esta forma poder proponer y desarrollar estrategias de educación y participación en su promoción y práctica en la población estudiantil desde la Promoción de la Salud.

En el planteamiento del problema se delinean las dimensiones que están relacionadas con el objeto de investigación. En la pregunta de investigación se plantea la interrogante que llevó a realizar la investigación.

El segundo apartado titulado Marco teórico referencial se presentan los antecedentes conceptuales. En el tercer apartado se presenta el Marco metodológico donde se aborda el material y método, la determinación del tamaño de muestra, la técnica e instrumento de recolección de datos.

En el cuarto apartado se describe los resultados a través de tablas. Por último, el quinto apartado incluye la discusión y conclusiones que han sido definidas en razón de los

resultados obtenidos durante el desarrollo de este trabajo, así como los anexos donde se muestra la encuesta y las fuentes bibliográficas.

CAPÍTULO 1. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Justificación

México es uno de los países de América Latina con menor índice en LME (Castañeda, 2020), por lo que diferentes instancias de salud tanto federales, locales e incluso Organizaciones No Gubernamentales ONG's nacionales e internacionales han puesto énfasis en la necesidad de implementar estrategias que incrementen la oferta exclusiva de leche materna durante los primeros seis meses de vida del niño o niña (Guagrilla,2022).

Algunas de las razones que se argumentan en pro del fomento de esta práctica incluyen los diversos beneficios que esta ofrece tanto a la madre, como a niños y niñas. El amamantamiento es un acto natural, pero en la sociedad actual es un comportamiento aprendido y que está determinado por la forma en que la sociedad se organiza (Michel, 2022).

Diversos estudios, señalan la importancia de que a las madres y a otras cuidadoras se les debe rodear con redes de apoyo activo por parte del personal de salud, sociedad, la pareja y familiares, para instaurar y mantener un amamantamiento adecuado, permitiendo de esta manera establecer sólidos lazos afectivos (Quilumba, 2021; Castillo y Torres,2021).

La leche materna es el mejor alimento para satisfacer las demandas energéticas y nutricionales de los bebés, según estudios académicos e informes de diversos institutos de salud. De acuerdo a lo anterior una de las estrategias más eficaces para proteger la salud y la supervivencia del recién nacido es proporcionarle los mejores alimentos para satisfacer sus demandas energéticas y nutricionales. Está es una de las técnicas más eficaces para garantizar la salud y la supervivencia del recién nacido. La LME favorece al ahorro familiar al eliminar la necesidad de fórmulas lácteas, biberones, chupones y otros utensilios para prepararla (OMS, 2021; Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2016).

Son diversos los factores que se han identificado que están involucrados en la interrupción o abandono de la LME o que ejercen influencias positivas o negativas en la decisión de llevar a cabo esta práctica. Entre ellos destacan: la edad, paridad de género, el nivel de escolaridad, la información con la que se cuenta, aspectos económicos, además de la incorporación a actividades de trabajo de la madre, el entorno en el que viven, el apoyo y acompañamiento de la pareja y la familia (Lugo et al., 2019; Naranjo et al., 2018; Briceño, 2017).

A partir de estas ideas se considera necesario describir las ideas de las y los estudiantes universitarios de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México sobre LME, en relación con variables como el sexo, la edad, nivel socioeconómico y la información sobre este tema y cómo estos se traducen en prácticas que favorecen o no la elección de la LME como forma de alimentación al recién nacido. La universidad cuenta con una gran diversidad en su población estudiantil ya que su oferta educativa está abierta para todo el que quiera realizar estudios superiores. Sin olvidar que las políticas que permiten o no realizar la LME tanto laborales, como las de salud, así como los intereses económicos las industrias de fórmulas lácteas que a través de sus campañas imponen ideas y prácticas también tienen implicaciones en la cultura de la LME. La cultura se entiende como el conjunto de ideas que adquieren sentido en la práctica.

La importancia de conocer las ideas de las y los estudiantes radica en que la LME es una responsabilidad colectiva tanto del hombre como de la mujer, lo que conlleva a la necesidad de mejorar el apoyo social desde todos los ámbitos con enfoque de género incluido en el ámbito académico (Gitz, 2020).

El presente trabajo permitirá analizar aspectos relacionados con la toma de decisiones en la LME desde la mirada de Promoción de la Salud pues se buscará identificar factores protectores y barreras de manera que sea posible proponer y desarrollar estrategias de educación y participación en su promoción y práctica en la población estudiantil, ya que esta involucra acciones que favorecen tanto a la educación, como a la participación social y organización social a través de políticas saludables, exigibilidad y abogacía y la creación de ambientes o espacios favorables para la población mediante estrategias tanto de autocuidado, como de intervención comunitaria (Osorio et al., 2010). Así se considera que es importante indagar las ideas de las y los estudiantes sobre LME como parte de

educación sexual y reproductiva, basadas en las variables como el nivel socioeconómico y el conocimiento con el que cuentan para implementar estrategias tempranas y oportunas de educación y participación tanto en las futuras madres, padres e infantes, además de que se fomenta la creación de lazos familiares afectivos saludables.

1.2 Planteamiento del problema

La lactancia materna es la forma más adecuada de nutrición infantil porque aporta a los niños pequeños los nutrientes que necesitan. También es gratuita y de fácil acceso, y contiene una gran cantidad de anticuerpos lo que favorece a la inmunidad pasiva que los protege de enfermedades (Roncal, 2019). Se considera fundamental dar a los recién nacidos un comienzo saludable y garantizar su derecho a la salud, la alimentación, los cuidados y la protección para su supervivencia.

Las prácticas de alimentación son importantes para la supervivencia, crecimiento y desarrollo correcto en la primera infancia (Guagrilla, 2022). Sin embargo, y a pesar de la importancia que tiene, y que diversas organizaciones nacionales e internacionales recomiendan su oferta temprana y se ha buscado comunicar las evidencias basándose en los diversos beneficios que esta ofrece, solamente el 41% de los lactantes menores de 6 meses reciben LME en todo el mundo (Laínez, 2022; OMS, 2020).

México está lejos del 50% de los infantes que se les debe de proporcionar LME dentro de los primeros seis meses de vida, tal como lo establece el Plan integral de aplicación sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño respaldada por la resolución 65 de la Asamblea Mundial de la Salud a alcanzar para el año 2025 (OMS, 2017). Sin embargo, la prevalencia de la LME durante los primeros seis meses de vida pasó de 14.4% en 2012 a 28.8% en el 2018 lo que demuestra que sigue estando por debajo del objetivo (FAO, OPS, WFP Y UNICEF, 2019; ENSANUT, 2018; ENSANUT, 2012).

Entre los datos que destacan en contra de esta meta, se ha reportado a nivel nacional que uno de cada tres bebés no recibe leche materna como alimento exclusivo hasta los 6 meses lo que los priva de la protección natural y anticuerpos que brinda este

alimento (Diario de los Debates de la Cámara de Diputados del Congreso de Los Estados Unidos Mexicanos, 2020; UNICEF, 2020).

Varios estudios han constatado que factores como la edad de la madre, el hecho de ser estudiante, la escolarización, la información disponible, la familia, la paridad, el trabajo, los factores biológicos, fisiológicos y psicológicos y el sistema público de salud influyen en el aumento de la proporción de niños alimentados exclusivamente con leche materna. La ayuda de la pareja de la mujer también es vital para llevar a cabo la LME como tipo de alimentación del recién nacido (Gitz, 2020; Martínez et al., 2017). Una de las cuestiones planteadas en los estudios es que la atención se centra exclusivamente en la díada madre-hijo, en la condición de la mujer como madre y cuidadora. No se aborda la participación de los hombres en el ejercicio de la paternidad en general, ni se les incluye en las cuestiones relacionadas con el cuidado de la salud del núcleo familiar, lo que representa una de las desigualdades de género en materia de salud (Soto y Sánchez, 2019; Reyes et al., 2019; Prado y Sermeño, 2018; Acuña, 2017; Briceño, 2017; Martínez et al., 2017).

Los elementos enumerados en el párrafo anterior forman parte de los determinantes sociales de la salud, que incluyen las circunstancias en las que las personas nacen, se desarrollan, viven, trabajan y envejecen incluidas el ocio y el entorno físico, así como el sistema de atención sanitaria (OMS,2008). La mayoría de las disparidades sanitarias se explican por estos factores, que tienen un impacto directo en la salud y los recursos a escala mundial, nacional y local. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del poder de las políticas públicas que repercuten en la distribución de la renta, el acceso a productos y servicios, la atención sanitaria, la escolarización y la educación, y no sólo en las que afectan directamente a la salud (OMS, 2008).

La promoción de la salud involucra acciones que favorecen la educación, participación y organización social a través de políticas saludables, exigibilidad y abogacía y la creación de ambientes o espacios favorables para la población mediante estrategias tanto de autocuidado, como de intervención comunitaria (Osorio et al., 2010). Así, se considera que es importante indagar al respecto de las ideas de las y los estudiantes sobre LME ya que la población estudiantil de la UACM se encuentran en una etapa plena de la vida en la que se poseen cualidades que les permiten manifestar un

estado de bienestar integral que los hacen miembros activos y productivos de la sociedad y es cuando se consolida la identidad y se comienza la realización del proyecto de vida, planteándose proyectos a mediano y largo plazo, que incluyen a la pareja y la familia como parte de educación sexual y reproductiva, basadas en las variables como el nivel socioeconómico y el conocimiento con el que cuentan para implementar estrategias tempranas y oportunas de educación y participación en la promoción y práctica de la LME.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las ideas y prácticas sociales de estudiantes universitarios sobre la lactancia materna exclusiva?

1.4 Hipótesis del trabajo

Las ideas y prácticas sociales de las y los estudiantes universitarios sobre la LME influirán en la elección de llevarla a cabo como forma de alimentación al recién nacido.

1.5 Objetivo general

Analizar las ideas y prácticas sociales de estudiantes universitarios sobre LME y su decisión de promover y llevar a cabo esta forma de alimentación al recién nacido.

Objetivos específicos

1. Describir las condiciones sociodemográficas de estudiantes universitarios
2. Describir las ideas que tienen las y los estudiantes sobre LME.
3. Indagar las prácticas sociales y la probabilidad de optar por LME como forma de alimentación al recién nacido.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1 Antecedentes conceptuales

La presente propuesta de investigación se enfoca en la relación que existe entre el nivel socioeconómico y el conocimiento con el que cuentan las y los estudiantes con su opinión sobre LME, resulta fundamental dar cuenta de las definiciones, características, marco jurídico, política pública y elementos contextuales.

La edad adulta temprana abarca un espacio de tiempo prolongado, posterior a la adolescencia, ubicándose entre los 18 (cuando se es legalmente adulto) y 40 años. Se considera una etapa plena de la vida donde este posee cualidades que lo hacen un miembro activo y productivo de la sociedad, es decir las personas se incorporan a los procesos productivos y se espera que comience la realización de su proyecto de vida, planteándose proyectos a mediano y largo plazo, que incluyen a la pareja y la familia. En esta etapa se consolida la identidad (Jiménez, 2012).

Se considera que durante esta etapa sus experiencias pasadas y sus características sociodemográficas han moldeado sus necesidades y motivaciones, así como sus ideas. Para la Real Academia Española la idea se define como el juicio o valoración que se forma una persona respecto de algo o de alguien. Estos juicios son elementos fundamentales en la comunicación del ser humano, ya que, constantemente se expone a hechos, acontecimientos, acciones y expresiones de los seres humanos y la naturaleza que le rodea, tanto a nivel personal, interpersonal y grupal, las cuales vienen dadas del conocimiento y la información que el individuo posee (REA, 2021; Centurión, 2008; Flores, 2005).

El nivel socioeconómico aborda principalmente dos componentes:

- 1) Los factores sociales que incluyen características de la educación, ocupación de la persona, prestigio, poder político, grupo étnico e inclusive el historial de la familia y,

- 2) Los factores económicos que están relacionados con el ingreso individual y en algunas ocasiones con el nivel económico del lugar de residencia de la familia.

El nivel socioeconómico de una persona ya sea bajo, medio o alto, está directamente relacionado con áreas como la educación y la salud, lo que repercute en el acceso y el tipo de educación y salud que tendrá esa persona. (Velásquez, 2021; Agualongo y Garcés, 2020).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen tres tipos de lactancia:

- **Lactancia materna exclusiva:** la cual consiste en que el lactante reciba solamente leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) durante los primeros 6 meses de vida, sin incluir ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto por sales de rehidratación oral, gotas y los jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos) (González, 2019; OMS, 2019).
- **Lactancia materna predominante:** consiste en que la alimentación del lactante es la leche materna (incluida la leche extraída o de nodriza). El niño puede recibir además líquidos (agua y bebidas a base de agua, jugos de fruta), y sales de rehidratación oral, gotas o jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos) (Mota, 2022; OMS, 2019).
- **Lactancia materna parcial o mixta:** La alimentación mixta consiste en alimentar algunas veces al lactante con leche materna y en otras se le da algunos alimentos artificiales como leche de fórmula, cereales u otros tipos de alimentos (Castañeda, 2022). La leche materna deja de ser suficiente para satisfacer las demandas nutricionales de un lactante. Por ello, la alimentación complementaria debe iniciarse en el periodo adecuado. Esto significa que todos los niños deben empezar a recibir otros alimentos, además de la leche materna, a partir de los 6 meses de vida (OMS, 2019; Amador, 2018).

2.2 Bases anatómicas y fisiológicas de la lactancia

Anatomía y fisiología de la lactancia

La lactancia, a menudo conocida como amamantamiento, es el proceso por el cual una madre alimenta a su hijo recién nacido a través de sus pechos, que segregan leche después del parto, proporcionándole los nutrientes que necesita para un crecimiento y desarrollo adecuados y sirviendo como principal fuente de nutrición del bebé (Roncal,2019). Durante este proceso entran en juego estructuras anatómicas y acontecimientos fisiológicos, cuyo conocimiento es necesario para comprender algunas de las posibles dificultades y ayudar a la madre en la prevención y solución de ellas, para una lactancia exitosa (Schellhorn y Valdés, 2010).

Para conocer cómo funciona el proceso de producción de leche, antes se debe conocer la estructura anatómica de las mamas femeninas. La mama es una glándula cuya función principal es la generación y liberación de leche en respuesta a determinadas señales hormonales (Borre et al, 2014). La mama está formada por tres tipos diferentes de tejidos:

- A) Tejido glandular, son glándulas sudoríparas que son productoras de leche,
- B) Tejido conjuntivo que conecta y da soporte a los lóbulos glandulares y
- C) Tejido adiposo que separa los lóbulos y es el que determina el tamaño de la mama (Schellhorn y Valdés, 2010; Issler et al. 2000).

Cada glándula mamaria tiene de 15 a 20 lóbulos (o compartimentos). Cada uno contiene alrededor de 20 a 40 lobulillos, que contiene entre 10 y 100 alveolos mamarios. Los alvéolos son células productoras de leche que se organizan como racimos de uvas. La leche es transportada por una red de conductos conocidos como "conductos galactóforos" hasta un lugar donde los conductos se ensanchan para formar los senos galactóforos, donde esta se almacena (Camacho, 2017 y Cuberlo, 2015). Los senos lactíferos (o ámpulas) tienen un último conducto que desemboca en el pezón (Issler et al. 2000).

La mama es una glándula muy vascularizada, con un importante número de arterias sanguíneas cuya finalidad es suministrar sangre a la glándula, así como vasos linfáticos, que se encargan de recoger la linfa (Tapia, 2019).

Los vasos linfáticos son parte del sistema inmunitario que confluyen en ganglios linfáticos. La agrupación de los ganglios linfáticos más próximos a la mama se encuentra en la axila y en ambos lados del esternón (hueso situado en la parte anterior del tórax) (Tapia, 2019).

El pezón está formado por un tejido eréctil cubierto con epitelio, que se constituye de fibras musculares lisas (González, 2019). La areola es la base de piel hiperpigmentada que rodea al pezón. Esta posee numerosas glándulas sebáceas cuya función es mantener a la areola y el pezón lubricados y protegidos (Valverde et al., 2017).

Fisiología de la lactancia materna

Fisiológicamente el proceso de crecimiento de las mamas se divide en tres etapas que constara de diversos procesos funcionales:

1. La mamogénesis o desarrollo de la glándula mamaria.
2. La lactogénesis o Galactogénesis, producción o síntesis de la leche.
3. La lactopoyesis o galactopoyesis, mantenimiento de la producción de la leche (Cañamero,2016).

La mamogénesis inicia desde la vida fetal formándose primero las líneas mamarias, los pezones y algunos conductos lactíferos. En el período neonatal se observarse un aumento de volumen de las glándulas mamarias en ambos lados, debido a la alta concentración de esteroides placentarios en el último período de la gestación (Schellhorn y Valdés, 2010). Esta etapa de desarrollo mamario producto de la acción de los estrógenos y la progesterona, que estimulan a los lobulillos. Otras hormonas que influyen en el desarrollo son los corticoides, la insulina y las hormonas tiroideas (Cañamero, 2016).

Posteriormente las vesículas mamarias se transforman en conductos, por crecimiento longitudinal y ramificación (Schellhorn y Valdés,2010). Sin embargo, los lobulillos se reconocen hasta la pubertad en que alcanzan su completo desarrollo debido al estímulo de las hormonas sexuales femeninas que se activan desde el primer ciclo menstrual (menarquía) y se completa durante la gestación (Schellhorn y Valdez, 2010).

En la etapa puberal

Entre los 10 y 12 años de edad, se inicia la maduración sexual por la activación del eje endocrino hipotálamo-hipófisis-ovario. Las gonadotropinas estimulan a los folículos ováricos inician la secreción de estrógenos y progesterona, que, sumados a la acción de la hormona de crecimiento y de la insulina, determinan el inicio del crecimiento y maduración de la glándula mamaria y otros caracteres secundarios (Schellhorn y Valdés,2010).

Las hormonas ováricas regulan la formación de la glándula, incluida la maduración de los alvéolos iniciales, así como el tamaño, la firmeza, la forma, la pigmentación y la estructura lobular-alveolar de la mama adolescente (Schellhorn y Valdés, 2010).

El tejido adiposo mamario parece desempeñar una función crucial en el crecimiento del tejido glandular al actuar como almacén de estrógenos. El tejido adiposo aumenta el desarrollo de células mamarias en cultivos de tejido glandular (Schellhorn y Valdés, 2010).

Tras la implantación del blastocisto y la generación de hormonas coriónicas, la glándula mamaria se prepara para realizar su principal función, que es la secreción de leche. El período inicial del embarazo se caracteriza por una gran proliferación de los elementos epiteliales y del sistema de conductos, por una gran actividad mitótica en los acinos y por la formación de nuevos acinos (Schellhorn y Valdés, 2010).

En el primer semestre hay cambios visibles en las mamas: aumentan notablemente de tamaño, se sienten más pesadas, la pigmentación de la areola y el pezón se intensifica, las venas superficiales se dilatan. En algunas mujeres, sin embargo, al progresar el desarrollo glandular, los depósitos de grasa localizados en las mamas se

movilizan. En ese caso puede que no se aprecien estos cambios de volumen, lo que no significa que más adelante su producción de leche será insuficiente. No se ha demostrado que el tamaño de la mama guarde relación con la cantidad de leche que produce. Hay un aumento notable en la vascularización y en la cantidad de alveolo (Schellhorn y Valdés, 2010).

En la segunda mitad de la gestación se observa también una infiltración leucocitaria del tejido conectivo. Hacia el término de la gestación, los alvéolos muestran en su interior una substancia compuesta por células epiteliales descamadas y leucocitos (pre-calostro).

Al término del embarazo, el volumen de cada mama crece alrededor de 225 ml debido al intenso desarrollo de los tejidos glandulares, al doble del flujo sanguíneo, a un mayor depósito de grasa y al pre-calostro.

Hasta el momento del parto, la producción de grandes volúmenes de leche está inhibida por antagonismo de los esteroides placentarios, particularmente la progesterona. Esta inhibición es tan poderosa que aún pequeños restos placentarios retenidos pueden demorar el proceso de lactogénesis en el postparto (Herrera, 2016; Schellhorn y Valdés, 2010).

Etapa postgestacional.

Cuando se extrae la placenta tras el parto, el nivel de progesterona en la sangre de la madre disminuye drásticamente, y se inhibe la influencia inhibidora de esta hormona sobre la formación de leche. Durante las primeras 30 horas posteriores al parto, los pechos se cargan de calostro.

El flujo sanguíneo de las mamas, ya aumentado en las últimas semanas del embarazo, se intensifica aún más después del parto (Schellhorn y Valdés, 2010).

La composición de la leche cambia rápidamente entre 30 y 40 horas después del parto debido al aumento de la producción de lactosa. Dado que la lactosa es el componente osmótico más activo de la leche, esto provoca un aumento del volumen lácteo.

El aumento del volumen de leche se produce antes de que la madre tenga la sensación de plenitud o agrandamiento de los pechos, así como otros síntomas conocidos como "subida de la leche". Las madres que alimentan a sus hijos a demanda y con prontitud tras el parto producen más leche a las 24-48 horas posparto y no desarrollan congestión mamaria.

Se cree que el acontecimiento descrito como "golpe de leche" marca el paso del control endocrino de la galactogénesis al control autocrino, en el que la producción de leche no depende del nivel de hormonas maternas, sino de la succión y eliminación eficaces de la leche por parte del lactante.

Si la glándula no se vacía a tiempo, la presión adicional puede causar cambios necróticos del epitelio alveolar, lo que provoca daños en el tejido que reducen la capacidad de producción de leche de la madre lactante (Schellhorn y Valdés, 2010).

Lactogénesis o galactogénesis (producción general de la leche)

El inicio de la secreción láctea tiene lugar a las horas o días después del parto y está relacionado con un descenso brusco de los estrógenos y de la progesterona causado por la expulsión de la placenta. Es el proceso mediante el cual las células epiteliales de los alvéolos de la glándula mamaria sintetizan los constituyentes de la leche y los entregan al lumen alveolar (Schellhorn y Valdés, 2010).

La iniciación de la producción de leche se da de 2 a 5 días después del parto, depende de tres factores: del desarrollo adecuado de las mamas durante el embarazo (mamogénesis gestacional), de la mantención en el plasma sanguíneo de adecuados niveles de prolactina y de la caída de los esteroides sexuales (Roncal, 2019).

El efecto inhibitorio de los estrógenos sobre la lactogénesis no está del todo aclarado, pero se sabe que disminuyen la cantidad de prolactina incorporada a las células del alvéolo mamario e inhibe el aumento de receptores de prolactina que normalmente ocurre durante la lactancia.

El efecto inhibitorio de la progesterona es más conocido. Se sabe claramente que inhibe la síntesis de la lactoalbúmina (inducida por la prolactina) y por lo tanto la síntesis y secreción de la lactosa.

Durante la lactancia, los receptores para progesterona desaparecen de la glándula mamaria, lo que explica por qué la progesterona no tiene un efecto supresor de la lactancia una vez que el proceso está establecido.

En el 3er trimestre del embarazo los niveles plasmáticos de prolactina están muy elevados, alcanzando al término de la gestación niveles de 150- 200 ug/ml, pero su acción lactogénica permanece bloqueada hasta el momento del alumbramiento (eliminación de la placenta) en que los esteroides placentarios descienden bruscamente.

Los niveles plasmáticos basales de la prolactina también descienden después del parto, pero se mantienen significativamente más elevados en la mujer que amamanta que en la mujer no púérpera (Roncal, 2019; Schellhorn y Valdés, 2010).

Galactopoyesis o lactopoyesis

Es la etapa de establecimiento y mantenimiento en la producción de leche. Denominada galactopoyesis o etapa III de la lactogénesis. Esta etapa de lactogénesis depende tanto del medio hormonal del plasma materno (oxitocina y prolactina) como de la eliminación de la producción de leche de la mama (Schellhorn y Valdés, 2010).

La prolactina es considerada como la hormona peptídica fundamental en el complejo de hormonas de la lactopoyesis, esta presenta un factor inhibitorio o PIF que regula su liberación, siendo capaz de mantener la síntesis de leche y evitar el descenso de la producción de esta.

La salida de la leche se produce por medio de dos procesos, los cuales son fundamentales para que el bebé obtenga el volumen necesario de leche, así como la totalidad de nutrientes. Dichos procesos son la expulsión activa de la leche por parte de la madre mediante el reflejo de eyección y la extracción activa del bebé quien, actuando sobre los tejidos del pecho con la mandíbula y la lengua saca la leche de los conductos lácteos. Para ello, una postura correcta y un buen agarre al pecho son vitales (Ramírez, 2020).

La velocidad de producción de leche es directamente proporcional a la cantidad de leche extraída en la toma anterior. De este modo, la producción de leche se adapta

perfectamente a las necesidades del lactante, de una toma a otra e independiente para cada pecho (Ramírez, 2020; Cañamero,2016)

Al establecerse la lactancia su continuación no solo depende de los niveles elevados de prolactina, sino del drenaje eficaz de los alveolos:

La succión estimula la hipófisis posterior provocando la salida de oxitocina a la corriente sanguínea materna (Ramírez, 2020). La succión, además impide que se acumule un péptido inhibidor de la prolactina.

El factor inhibidor de la lactancia o FIL (es un polipéptido), que actúa por retroalimentación; este factor está presente en la leche materna (Schellhorn y Valdés, 2010). El papel del FIL es reducir la síntesis de leche cuando el pecho está lleno (por lo tanto, la producción de la leche disminuye cuando se acumula en el pecho y ha mas FIL) y aumentar la producción de leche cuando la mama está vacía (Caudillo, 2022; Cañamero, 2016).

MECANISMOS DE ACCIÓN:

La Prolactina: Estimula la producción de leche por los alveolos. Es preciso que los niveles séricos sean elevados para que los alveolos continúen produciendo, para ello será fundamental el papel de la succión del bebe, sobre todo durante la noche.

La Oxitocina: Estimula la contracción del musculo que rodea a los alveolos para que la leche baje por los conductos a los senos lactíferos (Martinez, 2022).

La succión de un pecho estimulara también el reflejó y salida de la leche del otro pecho, especialmente al inicio de la lactancia (Caudillo, 2022).

2.3 La importancia de la leche materna y sus beneficios

La leche materna es el primer alimento proporcionado al bebé por parte de la madre, además de ser una fuente importante de factores que favorecen, modulan y promueven el desarrollo del sistema inmunitario infantil, esta también contribuye al desarrollo sostenible al ser una forma de alimentación económica y ecológica (Palomino, 2017). Existen innumerables beneficios que la lactancia materna aporta desde el inicio de la vida del lactante, la leche materna ha demostrado ser un factor protector contra diversas enfermedades y sus beneficios se extienden a corto y a largo plazo, que, a su vez, brinda a la madre y a la sociedad (Rodríguez et, al., 2020; Brahm y Valdés, 2017).

Los expertos sugieren que la leche materna es la mejor opción nutricional para que los bebés obtengan todas las proteínas, vitaminas, minerales, carbohidratos, grasas fáciles de digerir y el agua que necesita, además de contener bacterias benéficas que colonizan los intestinos del bebé y lo protegen de diversas infecciones digestivas, así como células inmunológicas que le transfieren los anticuerpos e inmunidad de su madre; algo que las fórmulas infantiles y sucedáneos de la leche no tiene (INSP,2020).

Beneficios para el bebé:

Flores y Guillen, 2019; Guagrilla, 2022; Laínez, 2022 y Tasiguano2020 describen en sus trabajos de investigación que la lactancia materna reduce el riesgo de desnutrición en los lactantes al proporcionarles los nutrientes necesarios para su crecimiento, así como líquidos y electrolitos necesarios para su hidratación; la leche contiene anticuerpos que protegen y reducen el riesgo de padecer enfermedades infantiles comunes como la diarrea, alergias, asma y las infecciones respiratorias; también interviene en la maduración del tracto digestivo y tiene un efecto positivo en el desarrollo neurológico a corto y largo plazo para las y los niños, esto, a su vez, conlleva una mejora cognitiva, sobre todo en el fortalecimiento del lenguaje, las habilidades motoras, las funciones emocionales, la percepción visual y, como se ha indicado anteriormente, las habilidades neurocognitivas, lo que reduce el riesgo de muerte súbita entre 1.5 a 5 veces y previene futuros problemas de salud mental (Guagrilla, 2022; Laínez, 2022; Tasiguano, 2020; Flores y Guillén, 2019).

La lactancia Materna disminuye a largo plazo la probabilidad de desarrollar en la edad adulta enfermedades crónicas como obesidad, hipertensión, dislipidemia y diabetes mellitus tipo 2; favorece el correcto desarrollo de la mandíbula y previene las caries y alergias a los alimentos (Laínez, 2022; Tasiguano, 2022; Martínez et al, 2020; Brahm y Valdés, 2017).

Beneficios para las madres:

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2020), así como Martínez et al. (2020), las mujeres que han amamantando se recuperan rápidamente después del parto, reduce el riesgo de sangrado en el postparto y por lo tanto de anemia, también previene la depresión posparto y a largo plazo experimentan tasas más bajas de osteoporosis, cáncer de seno y ovario; así como un menor riesgo de padecer diabetes tipo 2, artritis reumatoide y enfermedades cardiovasculares debido a la disminución del peso corporal ganado durante el embarazo (OPS,2016).

Beneficios sociales y medioambientales de la lactancia materna:

La leche materna alimenta al bebé en cualquier momento ya que siempre se encuentra disponible y al alcance de cualquier economía. Favorece el ahorro familiar al no tener que gastar en fórmulas lácteas, biberones, chupones y demás utensilios para prepararla. Reduce los gastos por atención en salud del bebé, así como los problemas laborales y familiares que las típicas enfermedades infantiles causan a los padres y a la sociedad (Laínez, 2022). La leche materna es un recurso natural que no daña el medio ambiente y lo ayuda al eliminar el uso de papel, plástico, metal, envases o tratamientos específicos que requieren energía o gasolina en la fabricación y el transporte de la leche de fórmula. (AEP, 2017; Brahm y Valdés, 2017).

Prácticas de lactancia materna en México

México es uno de los países de América Latina y el Caribe con las tasas más bajas de lactancia materna. Sólo 28.8% de los infantes reciben lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019. Las tasas más altas las tienen Perú (66.4%), Bolivia (58.3%), Guatemala (53.2%) y El Salvador (46.7%) (González, 2020).

México está lejos del 50% de los infantes que deben recibir LME: en 2012 fue de 14.4% (ENSANUT, 2012) y tuvo un incremento en 2018 a 28.8% (ENSANUT, 2018) lo que aún está muy por debajo de la meta establecida. Esto significa que uno de cada tres bebés no recibe leche materna como alimento exclusivo hasta los 6 meses lo que los priva de la protección natural y anticuerpos que brinda este alimento (Diario de los Debates de la Cámara de Diputados del Congreso de los Estados Unidos Mexicanos (2020); UNICEF, 2020;).

CAPÍTULO 3 MARCO JURÍDICO

3.1 Marco Internacional

La OMS y UNICEF recomiendan a las madres amamantar a los recién nacidos desde la primera hora de vida y de forma exclusiva durante los seis primeros meses, así como prolongar la lactancia materna con una alimentación complementaria adecuada, sin abandonar la lactancia materna hasta los dos años de edad o más, por lo que han elaborado conjuntamente la estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, que se basa en pruebas científicas sobre la importancia de la nutrición en los primeros meses y años de vida y del papel fundamental que juegan las prácticas de alimentación correctas (Diario de los Debates de la Cámara de Diputados del Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 2020; OMS, 2014). No practicar la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida representa un factor de riesgo para efectos de morbilidad y mortalidad del lactante y el niño pequeño, por el contrario, su práctica garantiza así el derecho a la alimentación de la infancia (OMS, 2003).

En abril de 1985, la Oficina Regional Europea de la OMS para las Américas y la Organización Panamericana de la Salud organizaron conjuntamente una conferencia sobre la tecnología adecuada para el parto, en la que se recomendó, entre otras cosas, que:

“Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada” (Salas, 2017; OMS, 1985). Y que “El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre. Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos” (Ramos, 2012; OMS, 1985).

Las Iniciativas como «Hospitales amigos del niño» (1991), el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (1981) y la Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia

natural (1990) en el contexto global de políticas y programas nacionales sobre nutrición y salud del niño, y conforme con la Declaración Mundial y Plan de Acción para la Nutrición, protegen, fomentan y apoyan la lactancia natural exclusiva y una alimentación complementaria oportuna y adecuada sin interrupción de la lactancia natural (Schellhorn y Valdés, 2010; OMS,2003).

En **La Declaración de Innocenti** sobre lactancia materna, adoptada por todos los participantes en la reunión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) celebrada en 1990 en Florencia, Italia, se establece que “todos los gobiernos deberán desarrollar políticas nacionales sobre lactancia materna” y exhorta a las autoridades nacionales a integrarlas con sus políticas generales de salud y desarrollo (Flores, 2015; Declaración de Innocenti,1990).

En este sentido se deberá reforzar todas las acciones que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna dentro de programas complementarios como cuidado prenatal y perinatal, nutrición, servicios de planificación familiar y prevención y tratamiento de enfermedades comunes de la infancia y maternas. Todo el personal de salud deberá ser entrenado en las habilidades necesarias para implementar estas políticas de lactancia materna (Ramírez, 2020; Declaración de Innocenti, 1990).

En 2005, 15 años después de la Declaración de Innocenti, se preparó una nueva versión para identificar las tareas que aún debían completarse para cumplir los plazos de la Declaración de 1990 y los Objetivos de Desarrollo del Milenio de 2015. Esta proclamación se hizo el 22 de noviembre de 2005 y se tituló "Celebrando Innocenti 1990-2005: Logros, retos e imperativos futuros", y fue refrendada por el Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas el 17 de marzo de 2006. Del mismo modo, la Asamblea Mundial de la Salud acogió con satisfacción el llamamiento a la acción de la Declaración el 27 de mayo de 2006 (Declaración de Innocenti, 2005).

Por otra parte, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 25 segundo párrafo establece que la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos del matrimonio o fuera del matrimonio, tienen derecho a igual protección social (Flores, 2015; ONU,1948).

A su vez la convención sobre los derechos del niño en su artículo 24 establece que:

1. Los Estados Parte reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Parte se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios (Ovando, 2022; ONU,1989).

2. Los Estados Parte asegurarán la plena aplicación de este derecho.

3. Los Estados Parte adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños (Flores, 2015; ONU,1989).

4. Los Estados Parte se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo (Cámara de Diputados, 2017; ONU,1989).

Y el Artículo 27 establece que:

1. Los Estados Parte reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social (ONU,1989).

2. A los padres u otras personas encargadas del niño les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño (ONU,1989).

3. Los Estados Parte, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda (Ovando, 2022; ONU,1989).

4. Los Estados Parte tomarán todas las medidas apropiadas para asegurar el pago de la pensión alimenticia por parte de los padres u otras personas que tengan la responsabilidad financiera por el niño, tanto si viven en el Estado Parte como si viven en el extranjero. En particular, cuando la persona que tenga la responsabilidad financiera por el niño resida en un Estado diferente de aquel en que resida el niño, los Estados Parte promoverán la

adhesión a los convenios internacionales o la concertación de dichos convenios, así como la concertación de cualesquiera otros arreglos apropiados (Diario de los Debates de la Cámara de Diputados del Congreso de Los Estados Unidos Mexicanos, 2020; ONU,1989).

Además, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzaron la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) y la Estrategia Mundial para la alimentación del Lactante y del niño pequeño, y el Plan de Acción Regional sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención del recién nacido y del niño, aprobada por los estados miembros de la Organización Panamericana de la Salud 2008, con el propósito de promover una lactancia materna exitosa (Flores, 2015).

La Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la niña lanzada en 1991 es una iniciativa del Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuyo objetivo es dar a cada recién nacido el mejor comienzo en la vida (OPS,2008). La iniciativa provee de un marco que permita a las madres adquirir habilidades necesarias para amamantar exclusivamente por 6 meses y continuar la lactancia con la introducción de alimentación complementaria por lo menos hasta los 2 años, ayuda a las madres que no están amamantando a tomar decisiones informadas y a cuidar a sus bebés lo mejor posible (OPS,2008).

La Iniciativa Hospital Amigo del Niño involucra los Diez Pasos hacia una feliz lactancia natural, así como la protección del hospital ante las técnicas de comercialización de los sucedáneos de la leche materna, para transformar el hospital en un servicio que apoye a la madre, permitiendo de esta manera adoptar las practicas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento (OPS,2008).

Los diez pasos para una lactancia exitosa, una declaración conjunta de la OMS/UNICEF (1989) son:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.

2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.
9. No dar a los niños alimentados al pecho chupadores o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica (Cuberlo, 2015).

La finalidad de **La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño**, que los Estados Miembros de la OMS y la Junta Ejecutiva del UNICEF adoptaron en 2002, consiste en reactivar los esfuerzos encaminados a proteger, promover y apoyar la alimentación apropiada del lactante y del niño pequeño (Regalo,2015). Esta estrategia es una guía de orientación que la OMS utiliza para establecer prioridades en las actividades de investigación y desarrollo sobre alimentación del lactante y del niño pequeño, recalca la importancia de la lactancia natural y exclusiva y hace hincapié en que se ofrezca a las madres y las familias el apoyo que necesitan para desempeñar sus papeles fundamentales y se definen expresamente las obligaciones y las responsabilidades que tienen a este respecto los gobiernos, las organizaciones internacionales y demás partes

interesadas y de esta manera proporcionar apoyo técnico a los países a fin de facilitar su aplicación (OPS, 2016; Curbelo, 2015).

La Estrategia y Plan de Acción Regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre del recién nacido y del niño se basa en el Consenso Estratégico Interinstitucional para la Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Perinatal y Neonatal en América Latina y el Caribe (Diario de los debates de la cámara de diputados, 2020; Herrera, 2016), recoge el compromiso de los gobiernos de la Región para ocho años (2008-2015), de forma que orienten sus actividades en respuesta a ese compromiso y sobre la base de la siguiente visión: Todas las mujeres, bebés y niños de América Latina y el Caribe recibirán la atención de calidad adecuada y eficaz que necesitan para llevar una vida sana y productiva. Así se tornará realidad el ODM-4 (OPS,2008; Núñez, 2007).

El objetivo de esta estrategia es ayudar a los países de la Región a cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio-4, con especial atención a las intervenciones en favor de la salud peri-neonatal (OPS, 2008). Este Plan de Acción abarca cuatro áreas estratégicas interdependientes:

- 1) Proporcionar un ambiente propicio para la promoción de la salud perinatal;
- 2) Mejorar el acceso a los servicios de atención materna, neonatal e infantil reforzando los sistemas sanitarios;
- 3) Fomentar la participación de la comunitaria;
- 4) Desarrollar y mejorar los mecanismos de seguimiento y evaluación.

Cada área cuenta con una o más líneas de acción, y cada línea de acción a su vez tiene un objetivo que representa un resultado a ser alcanzado (OPS, 2008).

A su vez, el **Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna**, OMS/UNICEF, 1981; menciona que el principal objetivo del Código es contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y

promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de envasado, etiquetado, comercialización y distribución de los sucedáneos (Salas, 2015; OMS, 1981).

Los gobiernos deben de estar comprometidos a asumir la responsabilidad de garantizar que se facilite a las familias y a las personas relacionadas con el sector de la nutrición de los lactantes y los niños de corta edad una información objetiva y coherente. Esa responsabilidad debe abarcar la planificación, distribución, concepción y la difusión de la información, así como el control de dichas actividades (Romero, 2015; OMS, 1981).

El Plan Integral de Aplicación sobre Nutrición Materna, del Lactante y el Niño Pequeño establecido en 2012 en la Resolución 65.6 de la Asamblea Mundial de la Salud, establece objetivos, acciones y metas para mejorar la nutrición de los lactantes y los niños pequeños, objetivos mundiales en materia de nutrición que pretenden alcanzarse en 2025:

- Disminuir en un 40% el número de niños menores de cinco años con retraso en el crecimiento;
- Reducir en un 50% la anemia en mujeres en edad fértil;
- Disminuir en un 30% los casos de bajo peso al nacer;
- Evitar el aumento en los niveles de sobrepeso infantil;
- Aumentar al menos a un 50% la tasa de lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida;
- Reducir y mantener por debajo del 5% la emaciación infantil (OMS, 2014).

La Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición llevada a cabo del 19 al 21 de noviembre de 2014 en Roma, fue organizada conjuntamente por la FAO y la OMS para abordar las diversas dificultades a las que se enfrenta la malnutrición en todas sus formas,

así como explorar las oportunidades para hacerles frente en las próximas décadas. (FAO, 2014; Schellhorn y Valdés, 2010).

Conscientes de la malnutrición en todas sus formas, en esta conferencia se reconoce que las causas profundas de la malnutrición y los factores que conducen a ella son complejos y multidimensionales: la malnutrición se ve a menudo agravada por prácticas deficientes de alimentación y cuidado de los lactantes y los niños pequeños, deficiencias en el saneamiento y la higiene, la falta de acceso a la educación, a sistemas sanitarios de calidad y a agua potable, infecciones transmitidas por los alimentos e infestaciones parasitarias y la ingestión de cantidades dañinas de contaminantes a causa de alimentos nocivos desde su producción hasta su consumo (FAO,2014; Schellhorn y Valdés, 2010).

Se reafirman que las políticas de nutrición deberían promover una alimentación diversificada, equilibrada y saludable en todas las etapas de la vida. En particular, debería prestarse especial atención a los primeros 1 000 días —desde el inicio del embarazo hasta los dos años de edad—, las mujeres embarazadas y lactantes, las mujeres en edad reproductiva y las adolescentes, promoviendo y apoyando prácticas de cuidado y alimentación adecuadas, incluida la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses y la lactancia materna continuada hasta los dos años de edad y posteriormente con una alimentación complementaria apropiada (Flores, 2015; FAO,2014).

Comprometiéndose a desarrollar políticas, programas y actividades para garantizar una dieta sana a lo largo de toda la vida. facultar a las personas para adoptar decisiones informadas sobre los productos alimenticios —y crear un entorno favorable a tal fin— con objeto de seguir prácticas alimentarias saludables y prácticas adecuadas de alimentación de lactantes y niños pequeños mediante la mejora de la información y la educación en materia de salud y nutrición (FAO,2014; Schellhorn y Valdés, 2010).

La Estrategia Global de Dieta y Actividad Física se elaboró en respuesta a la petición que formularon los Estados Miembros en la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 2002 (resolución WHA55.23), la Asamblea Mundial de la Salud aceptó esta estrategia en su 57ª Asamblea, celebrada en mayo de 2004 (Ruiz, 2016). La Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud aborda dos de los principales factores de riesgo de las enfermedades no

transmisibles, el régimen alimentario y la actividad física (Diario de los debates de la cámara de diputados, 2020; Ruiz, 2016; OMS, 2004).

El objetivo de la estrategia es el de “promover y proteger la salud orientando la creación de un entorno favorable para la adopción de medidas sostenibles a nivel individual, comunitario, nacional y mundial, que, en conjunto, den lugar a una reducción de la morbilidad y la mortalidad asociadas a una alimentación poco sana y a la falta de actividad física” (Ruiz, 2016; OMS, 2004).

La estrategia tiene como uno de los principios de acción una perspectiva sobre la importancia del ciclo de vida para la prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles. Esto comienza por la salud materna y la nutrición prenatal, los resultados del embarazo, la lactancia natural exclusiva durante seis meses y la salud del niño y del adolescente; sigue con el niño en la escuela, el adulto en el lugar de trabajo y otros entornos, así como con las personas de edad; se trata de promover una dieta sana y una actividad física regular desde la juventud hasta la vejez (Pujalt, 2009; OMS, 2004).

Los días 19 y 20 de septiembre de 2011, la OMS acogió la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. (OMS, 2011). En esta **Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el control de las Enfermedades no Transmisibles** se reconoce la importancia de estas y la obligación de los gobiernos, así como la participación y el compromiso de todos los sectores de la sociedad para generar respuestas eficaces que fomenten la prevención y el control de enfermedades (OMS, 2014; OPS, 2013; OMS, 2011).

Las enfermedades no transmisibles pueden prevenirse y sus efectos pueden reducirse considerablemente, por esta razón es importante el compromiso de reducir los factores de riesgo y crear entornos que promuevan la salud, implicando a todos los sectores competentes, a la sociedad civil y a las comunidades que corresponda, adoptando medidas que promuevan la ejecución de intervenciones multisectoriales eficaces en función de los costos en beneficio de toda la población para reducir los efectos de los factores de riesgo comunes de las enfermedades no transmisibles, dentro de estas medidas se encuentra el promover, proteger y apoyar la lactancia materna, en particular la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida, pues reduce la

susceptibilidad a las infecciones y el riesgo de subnutrición, promueve el crecimiento y el desarrollo del lactante y del niño pequeño y ayuda a reducir el riesgo de contraer más adelante afecciones como la obesidad y las enfermedades no transmisibles y, a ese respecto, reforzar la aplicación del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna (OPS, 2013; OMS,2011).

Para cumplir las promesas hechas en la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles conforme a lo solicitado por la Asamblea Mundial de la Salud en la resolución WHA64.11, la Secretaría elaboro un proyecto de plan de acción para el periodo 2013-2020, con base al marco mundial de vigilancia para alcanzar las 9 metas mundiales de aplicación voluntaria en particular la referida en mortalidad prematura (OPS,2013).

El Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020 da prioridad a cuatro categorías de enfermedades: cardiovasculares, respiratorias crónicas, cáncer y diabetes, que son las principales causas de muerte y morbilidad (Schellhorn y Vales, 2010). Estas pueden prevenirse o controlarse mediante intervenciones eficaces por medio de políticas, planes y servicios de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, las cuales han de tener en cuenta las necesidades sanitarias y sociales en todas las fases de la vida, empezando por la salud materna, con inclusión de la atención preconcepcional, prenatal y posnatal y de la nutrición materna, continuando con las prácticas adecuadas de alimentación del lactante, en particular con el fomento de la lactancia materna, y la promoción de la salud dirigida a los niños, los adolescentes y los jóvenes, seguidas de la promoción de una vida laboral sana, un envejecimiento saludable y la atención dispensada a las personas con enfermedades no transmisibles al final de su vida (Schellhorn y Vales, 2010).

Los Estados Miembros deben considerar la posibilidad de formular o reforzar políticas y planes de acción nacionales en materia de nutrición y aplicar las estrategias mundiales en particular la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, la estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, el plan integral de aplicación sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Esas políticas y programas deberían tener la finalidad de: Promover y apoyar la lactancia

materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, la continuación de la lactancia materna hasta después de los 2 años y la alimentación complementaria suficiente y oportuna ((Schellhorn y Vales, 2010).).

3.2 Marco Jurídico Nacional

El sistema jurídico mexicano, cuyo máximo ordenamiento es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, apoya la importancia y promoción de la lactancia materna, estableciendo en su Artículo 1o. que todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece (Diario de los Debates de la Cámara de Diputados, 2020; Const,1917, art. 1°).

La fracción III del artículo 2 en su apartado B señala que la federación, los estados y los municipios deben promover la igualdad para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, y garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, ampliando la cobertura del sistema nacional, haciendo uso adecuado de la medicina tradicional y apoyando la nutrición de los indígenas a través de programas alimentarios, particularmente para la población infantil (Const,1917, art. 2°).

De acuerdo con el Artículo 4, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, toda persona tiene derecho a la salud. En congruencia con la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución, la Ley precisará las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las instituciones federativas en materia de salubridad general. (Diario de los Debates de la Cámara de Diputados, 2020; Const, 1917, art. 4°).

Ley General de Salud

Artículo 1o.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los

Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, distribuye competencias y establece los casos de concurrencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social (DOF,2023).

Artículo 64.- En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:

I. Procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios;

II. Acciones de orientación y vigilancia institucional, capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno infantil, además de impulsar, la instalación de lactarios en los centros de trabajo de los sectores público y privado

II Bis. Al menos un banco de leche humana por cada entidad federativa en alguno de sus establecimientos de salud que cuente con servicios neonatales (DOF, 2023).

Ley del Seguro Social

Artículo 94. En caso de maternidad, el Instituto otorgará a la asegurada durante el embarazo, el alumbramiento y el puerperio, las prestaciones siguientes:

I. Asistencia obstétrica;

II. Ayuda en especie por seis meses para lactancia y capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida;

III. Durante el período de lactancia tendrán derecho a decidir entre contar con dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno, o bien, un descanso extraordinario por día, de una hora para amamantar a sus hijos o para efectuar la extracción manual de leche, en lugar adecuado e higiénico que designe la institución o dependencia, y

IV. Una canastilla al nacer el hijo, cuyo importe será señalado por el Consejo Técnico (Cuberlo, 2015).

Ley de Asistencia Social

Artículo 4.- Tienen derecho a la asistencia social los individuos y familias que, por sus condiciones físicas, mentales, jurídicas, económicas o sociales, requieran de servicios especializados para su protección y su plena integración al bienestar.

II. Las mujeres:

- a) En estado de gestación o lactancia, las madres adolescentes y madres solas que tengan a su cuidado hijos menores de dieciocho años de edad (Cámara de Diputados, 2017).

De acuerdo con la Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes se menciona que se podrá capacitar y fomentar la lactancia materna y amamantamiento en su octavo capítulo del derecho a la salud en su artículo 28 inciso C (DOF, 2014). Mientras que en Ley General de los derechos de las niñas y los niños y adolescentes en el Artículo 2. se dice que, para garantizar la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, las autoridades realizarán las acciones y tomarán medidas, de conformidad con los principios establecidos en la presente Ley. Para tal efecto, deberán:

I. Garantizar un enfoque integral, transversal y con perspectiva de derechos humanos en el diseño y la instrumentación de políticas y programas de gobierno;

II. Promover la participación, tomar en cuenta la opinión y considerar los aspectos culturales, éticos, afectivos, educativos y de salud de niñas, niños y adolescentes, en todos aquellos asuntos de su incumbencia, de acuerdo a su edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez, y

III. Establecer mecanismos transparentes de seguimiento y evaluación de la implementación de políticas, programas gubernamentales, legislación y compromisos derivados de tratados internacionales en la materia (DOF, 2022).

El interés superior de la niñez deberá ser considerado de manera primordial en la toma de decisiones sobre una cuestión debatida que involucre niñas, niños y adolescentes. Cuando se presenten diferentes interpretaciones, se atenderá a lo establecido en la Constitución y en los tratados internacionales de que México forma parte (DOF, 2022).

Cuando se tome una decisión que afecte a niñas, niños o adolescentes, en lo individual o colectivo, se deberán evaluar y ponderar las posibles repercusiones a fin de salvaguardar su interés superior y sus garantías procesales.

Las autoridades de la Federación, de las entidades federativas, de los municipios y de las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, en el ámbito de sus competencias, deberán incorporar en sus proyectos de presupuesto la asignación de recursos que permitan dar cumplimiento a las acciones establecidas por la presente Ley. La Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, los Congresos locales y la Legislatura de la Ciudad de México, establecerán en sus respectivos presupuestos, los recursos que permitan dar cumplimiento a las acciones establecidas por la presente Ley (DOF, 2022).

Artículo 50. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad de conformidad con la legislación aplicable, con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud. Las autoridades federales, de las entidades federativas, municipales y de las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, en el ámbito de sus respectivas competencias, en relación con los derechos de niñas, niños y adolescentes, se coordinarán a fin de:

VII. Asegurar la prestación de servicios de atención médica respetuosa, efectiva e integral durante el embarazo, parto y puerperio, así como para sus hijas e hijos, y promover la lactancia materna exclusiva dentro de los primeros seis meses y complementaria hasta los dos años, así como garantizar el acceso a métodos anticonceptivos (DOF, 2022; Armas, 2020).

Por otra parte, y tomando en cuenta la Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud para la Prevención de Enfermedades Crónicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), México responde al llamado debido al aumento y prevalencia de sobrepeso y obesidad, con el Acuerdo Nacional por la Salud Alimentaria (ANSA), presentado el 10 de enero de 2010 para cumplir con los objetivos planteados en la política y de esta manera reducir dicha epidemia, entre sus objetivos se incluye la promoción y protección de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, así como el fomento de una alimentación complementaria adecuada, incluyendo la vigilancia de las prácticas de promoción y comercialización de fórmulas lácteas a madres de recién nacidos. (Garduño, 2020; SSA, 2010).

NORMAS OFICIALES

La NOM-014-SSA3-2013, Para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo, define en su apartado 4.10. como Grupos de riesgo, al conjunto de personas en situación de vulnerabilidad derivada de causas socioeconómicas, fisiológicas, patológicas, culturales, condiciones de emergencia o desastre natural, mientras que el artículo 4, de la Ley de Asistencia Social se consideran como grupos de riesgo a las personas que se encuentran en situación de calle, población indígena, así como los niños, las mujeres embarazadas o en período de lactancia, los migrantes, las personas con alguna discapacidad, los adultos mayores (DOF,2014).

NORMA Oficial Mexicana NOM-131-SSA1-2012, Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales, esta norma menciona las definiciones del proceso de alimentación del bebé, la clasificación de los productos para la nutrición del lactante, disposiciones sanitarias generales y para formulas las cuales deben cumplir con ciertos criterios (Cuberlo, 2015; DOF, 2012)

NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación, menciona que la mujer en periodo de lactancia incrementa las necesidades de energía y nutrimentos, especialmente de calcio y fósforo por arriba incluso de las necesidades de la mujer embarazada, por lo que podría ser necesario aumentar el consumo de alimentos y líquidos de acuerdo con su estado de salud, nutrición y actividad física (Medrano, 2020; DOF,2013).

Se debe promover el inicio de la lactancia materna en la primera media hora de vida continuando a libre demanda hasta el sexto mes en forma exclusiva (Perez,2016). A partir de esta edad, además de iniciar la alimentación complementaria continuar la lactancia materna hasta los dos años de edad, se debe explicar que la lactancia materna exclusiva implica que no es necesario dar ningún otro líquido, incluso agua, así como promoción de las ventajas de la lactancia materna frente a los sucedáneos, así como hacer énfasis en los riesgos que implica una falta de higiene, la inadecuada dilución y la adición innecesaria de otros ingredientes en su preparación (González, 2021; Pérez, 2016; DOF,2013).

Proyecto de NORMA Oficial Mexicana PROY-NOM-050-SSA2-2018, para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna establece los criterios y procedimientos para la promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna hasta los 2 años de edad, siendo alimento exclusivo durante los primeros seis meses de edad (Medrano, 2020; DOF,2018).

Esta Norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para el personal de los servicios de salud de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que efectúen acciones en el campo de la salud materno infantil, así como todas aquellas personas, empresas o instituciones vinculadas con mujeres en periodo de lactancia y las que se relacionan con la atención, alimentación, cuidado y desarrollo infantil (DOF, 2018).

El personal de salud de todos los establecimientos para la atención médica, del Sistema Nacional de Salud, debe promover y fomentar la práctica de la LME, realizar examen de las mamas, otorgar información sobre los beneficios de la lactancia materna y

los riesgos de uso de los sucedáneos, así como favorecer el desarrollo de habilidades para el adecuado amamantamiento, extracción, conservación y manejo de la leche humana, búsqueda intencionada de los factores de riesgo que puedan ocasionar el abandono de la lactancia y prevenirlos oportunamente (Caudillo, 2022; DOF, 2018).

3.3 Programas promotores de la LME

AGENDA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA 2019-2024

La Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA) junto con la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) reconocen a este segmento de la población como sujeto de derechos, por lo que su función principal es definir y coordinar las políticas públicas, servicios y acciones dirigidas a garantizar los derechos. También mandata la creación del Sistema nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA) en sus tres órdenes de gobierno (UNICEF, 2019; Romero, 2015).

La aprobación de la LGDNNA y la creación del SIPINNA han permitido al país, por primera vez en su historia, sentar bases sólidas para dejar atrás la lógica asistencialista que ha prevalecido en materia de niñez y adolescencia y dar un paso firme hacia una visión integral que vincule a todos los sectores y niveles de gobierno estableciendo las obligaciones y responsabilidades específicas para cada uno de ellos en materia de garantía y cumplimiento de los derechos de las niñas, niños y adolescentes en México (UNICEF,2019). Una de las cuestiones abordadas en esta declaración es la formulación y aplicación de una estrategia global para la erradicación de todas las formas de malnutrición, como la promoción de la lactancia materna exclusiva para los bebés durante los primeros 6 meses de vida (García, 2019; UNICEF, 2019). Desarrollar una política de salud pública integral que coordine las acciones y programas que se implementan con el objetivo de reducir la desnutrición y mejorar la alimentación de niñas y niños (García, 2019; UNICEF,2019).

Programa Sectorial de Salud 2019-2024

De acuerdo con el Programa Sectorial de Salud 2019-2024, entre las principales propuestas están la salud y asistencia social que se brinda a niñas, niños y adolescentes, mejorando los servicios de salud y asistencia social que buscan su desarrollo integral desde una perspectiva de derechos, equidad de género y sensibilidad al ciclo de vida, con énfasis en el fortalecimiento de la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, para promover la nutrición y fomentar la actividad física (DOF,2020).

Hacia la promoción y rescate de la lactancia materna

Consiste en un material didáctico dirigido a maestros de preescolar, así como a maestros de niños de primero y segundo grado de primaria. Ha sido diseñado como un material de apoyo que les permita abordar el tema de la lactancia materna de manera sistemática, proporcionando información básica y actualizada, así como recomendaciones pedagógicas y actividades que pueden realizar para resaltar la importancia y beneficios de la lactancia materna como principal fuente de nutrientes del infante y que promueve su desarrollo integral (UNICEF, 2005).

La incorporación temprana de la mujer a la fuerza laboral para complementar el ingreso familiar o avanzar en su propio desarrollo personal, ha traído como consecuencia el abandono precoz de la lactancia materna, lo que repercute negativamente en la alimentación y nutrición de los niños menores de seis (6) meses, poniéndolos en riesgo de contraer enfermedades (UNICEF, 2005).

En consecuencia, es necesario reforzar los conocimientos sobre este importante tema en las escuelas y la comunidad, así como desarrollar habilidades y fomentar actitudes para promover la lactancia materna, lo que requiere la participación de otros actores de la sociedad en campañas que promuevan permanentemente un cambio positivo hacia la práctica exitosa de la lactancia materna (UNICEF,2005).

3.4 Estado del arte

En este apartado se detallan las investigaciones tanto en el contexto nacional como internacional sobre el estudio de los determinantes sociales relacionados con el abandono de la lactancia materna, entre ellos se encuentran la condición social de la madre que está directamente asociada tanto a la duración como a la proporción de niños que son amamantados (Soto y Sánchez, 2019). Pero también se reportaron otras que no son relacionadas directamente con la madre como negligencia por parte del sistema de salud; otras fueron condiciones sociales y culturales tales como la edad, la paridad de género, estado civil, el nivel educativo o escolaridad, el conocimiento sobre técnicas y beneficios, ingresos menores al salario mínimo, el estrato socioeconómico; como la situación laboral de la madre los cuales influyen en la dedicación o apego a dicho proceso, estos indicadores pueden estar relacionados con la información con la que cuentan sobre LME. Otros elementos que hay que tener en cuenta son la orientación, el apoyo y el acompañamiento físico y psicológico de la pareja, así como el entorno que rodea a la madre y su participación activa en la decisión de amamantar (Valenzuela, 2020; Cansino, 2019; Mota et al., 2019; Soto y Sánchez, 2019; Aristizábal, 2018 Heredia y Poveda, 2018.

Chacón y Andrade (2019); Soto y Sánchez (2019) concluyeron que un menor ingreso económico, la situación laboral y el estado civil se relacionan con menor intención de LME lo que hace que jueguen un papel de factores de riesgo. Por otro lado, entre los factores protectores encontraron, tipo de relación con su pareja o persona significativa de la mujer, ya que cuanto más apoyo y orientación reciban de su pareja menor probabilidad de abandonar dicha práctica. Así mismo, el apoyo de la familia se relaciona con un menor nivel de estrés de la madre, mejor manejo de los problemas y mayor tiempo para lactar (Mota et al., 2019). Es importante destacar que se debe brindar educación en materia de lactancia materna a las madres, pero también a los padres de familia quienes deben asumir su papel durante esta etapa, ya que influyen fuertemente de manera positiva o negativa en la decisión de la pareja de amamantar (Mota et al., 2019).

La lactancia materna es, por tanto, un proceso interactivo entre la madre y el niño, cuyo éxito depende del lactante, combinado con el comportamiento materno, estimulado por el apoyo familiar y social, y guiado por el apoyo emocional, los conocimientos y la

información de la madre, así como por la responsabilidad colectiva. Es decir, la lactancia materna no puede entenderse adecuadamente sin ser considerada como la conjugación del aspecto biológico y del cultural con enfoque de género reorientando a una responsabilidad colectiva que conlleva a la necesidad de mejorar el apoyo social desde todos los ámbitos según Gitz (2020).

A su vez Carrillo et al. (2020), Melendrez (2019), Soto y Sánchez (2019), Aristizábal (2018), Prado y Sermeño (2017), evidenciaron en sus trabajos de investigación que, la edad, la información con la que cuentan, el grado educativo y la paridad son factores determinantes, ya que al ser muy jóvenes mostraban conocimientos deficientes sobre la importancia de la LME por otro lado a mayor nivel de estudios mayor ventaja para entender los beneficios de esta práctica como forma de alimentación, el nivel de escolaridad de la madre es directamente proporcional a la duración de la lactancia materna brindada a sus bebés y al ser madres primerizas desconocen las técnicas adecuadas al momento de amamantar a sus bebés, mientras que el apoyo económico y acompañamiento de la pareja y la familia al brindar información sobre todo de las figuras femeninas con base a su experiencia facilitan dicho proceso.

De acuerdo con lo que concluye Martínez et al., (2017), se debería implementar estrategias que favorezcan la inclusión del hombre desde una perspectiva de género en la atención sanitaria, donde se acentúe la importancia de la triada madre-hijo-padre y su vez lograr la participación conjunta no sólo de la familia nuclear, sino también de la familia extensa, para que con ello se facilite la adaptación de la madre y el padre a los cambios de estilos de vida que implica la crianza (Martínez et al., 2017). Ya que según Heredia y Poveda (2018) y Mota et al. (2019), las ideas y consejos de miembros de la familia, sobre todo madres y suegras quienes, en situaciones como la percepción de insuficiencia de leche aconsejan el uso de fórmulas lácteas. Las creencias culturales negativas como la idea de que el bebé pasa hambre, no se llenan, o la madre tiene poca leche se asocian fuertemente al abandono de la LME.

Briceño (2017), identificó que los factores como la edad, escolaridad y paridad influyen positivamente en la práctica de la LME, mientras que Osorio et al (2019) y Paredes et al (2018), identificaron que la información con la que cuentan puede influir positiva o negativamente dependiendo si la fuente es por parte del personal de salud o de

su entorno familiar, mientras que el regreso a actividades laborales puede influir de manera negativa en el proceso de LME.

Melendrez, (2019), concluye que el nivel de conocimiento con los factores sociales tales como la edad, la escolaridad y la ocupación adquieren significancia ya que está directamente relacionado con la decisión de brindar lactancia materna al bebé y al tiempo de duración de dicho proceso.

Valenzuela, (2020), Cansino (2019) y León (2019) concuerdan en que la edad, el nivel socioeconómico, la falta de conocimiento sobre los beneficios y la información con la que cuentan las madres y el apoyo familiar, el retorno al trabajo o estudios son factores que determinan el abandono de la LME.

De acuerdo a la información presentada anteriormente la decisión de amamantar puede estar influenciada de manera positiva o negativa por el conocimiento y la información que reciben o con la que cuentan de acuerdo con la edad, el nivel de escolaridad, la ocupación, el nivel socioeconómico, así como el apoyo físico y social.

3.5 Promoción de la Salud y Habilidades para la Vida

Antes de comenzar a hablar de Promoción de la Salud resulta fundamental definir que es la salud.

El concepto de salud tanto en su concepción individual como colectiva ha cambiado con el tiempo de acuerdo al contexto debido a las interacciones entre procesos históricos, biológicos, culturales y económicos que se dan en la sociedad (Vergara, 2007).

Sin embargo, la más aceptada es la que plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS) definiendo a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de las afecciones o enfermedades.

Esta definición incorpora elementos como la salud en positivo centrándose en factores que contribuyen a ella y como variable multidimensional. En este sentido el avance en un modelo de salud se vio asentado con el informe Lalonde el cual plantea cuatro determinantes en salud: medio ambiente, carga genética, estilos de vida y atención sanitaria

Es fundamental subrayar que la promoción de la salud va más allá de la prevención y la educación sanitaria. Esta fomenta cambios en el entorno para generar salud y bienestar; actúa en lugares o contextos en los que las personas realizan actividades cotidianas, donde se entrecruzan elementos sociales, culturales, económicos, medioambientales, organizativos y personales.

El concepto actual de promoción de la salud surge en la primera conferencia internacional celebrada en Ottawa que la define como el proceso de capacitar a las personas para que tengan el poder de su propia salud. La promoción de la salud constituye un proceso político, social y global que abarca acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de favorecer su impacto positivo y negativo en la salud individual y colectiva (SSA,2017).

Posteriormente las siguientes conferencias mundiales, celebradas en Adelaida (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997), México (2000), Bangkok (2005), Nairobi (2009), Helsinki (2013) y Shanghai (2016), han promovido un marco de actuación basado

en la elaboración de políticas públicas saludables, la creación de ambientes favorecedores de la salud, el desarrollo de habilidades personales, el refuerzo de la acción comunitaria y la reorientación de los servicios hacia la salud (SSA,2017).

La conferencia de Shanghái (2016) toma en cuenta que la salud y el bienestar son fundamentales para el desarrollo sostenible, mediante la adopción de medidas encaminadas al cumplimiento de todos los objetivos de desarrollo sostenible.

De acuerdo a lo antes mencionado, la promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que se proporcione la información, educación y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie un estilo de vida saludable. Para esto es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de esta (OPS, 1996).

El desarrollo de las Habilidades para la Vida es una de las estrategias de Promoción de la Salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como "la capacidad de una persona para afrontar con éxito las exigencias y los retos de la vida cotidiana". (UNICEF, 2017).

Las Habilidades para la Vida constituyen un grupo de destrezas que facilitan a las personas enfrentarse y relacionarse de manera saludable, exitosa y afectiva a los desafíos y situaciones de la vida diaria formando a mujeres y hombres críticos, solidarios, autónomos, respetuosos, tolerantes, conscientes y comprometidos ante las exigencias de la vida diaria, de esta manera se fomenta un estilo de vida saludable (Pardo et al., 2017).

El estilo de vida de cada persona está compuesto por nuestras reacciones habituales y por las pautas de conductas que hemos generado durante el proceso de aprendizaje de conocimientos específicos, el desarrollo de nuestras potencialidades y habilidades requeridas para una adecuada participación en la vida social, así como al desarrollo y fortalecimiento de las destrezas psicosociales necesarias para el proceso de construcción de procesos personales, familiares y comunitarios (UNICEF, 2017).

La competencia psicosocial cumple una función importante en la promoción de la salud en un sentido más amplio, especialmente en los problemas de salud relacionados con el comportamiento (Sánchez, 2020).

Las destrezas psicosociales permiten a las personas transformar conocimientos, actitudes y valores en habilidades que les faciliten comportarse de manera saludable, es evidente que las habilidades no son los únicos factores que influyen en el comportamiento, sino que también el apoyo social, el ambiente y el factor cultural (Mantilla, 2001).

Por lo tanto, es fundamental proporcionar información sobre la lactancia materna exclusiva tanto a las mujeres como a los hombres, quienes deben asumir su papel en esta etapa mediante el desarrollo de las habilidades para la vida.

CAPÍTULO 4. MARCO METODOLÓGICO

4.1 Material y método

Para obtener datos medibles, se utilizó una técnica cuantitativa basada en el uso de un diseño de cuestionario en línea para indagar la información con la que cuentan los estudiantes de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México sobre la LME en 2022.

La investigación fue de tipo descriptiva, transversal y de muestreo no probabilístico de autoselección (Sampieri et. al, 2016 y Corbetta, 2003). Las condiciones de inclusión fueron: las y los estudiantes de la UACM, con un intervalo de edad entre 18 y 44 años, sin importar el sexo, el turno o plantel en que esté inscrito (a).

4.2 Determinación del tamaño de la muestra

Para la selección de la muestra se aplicó la fórmula de poblaciones finitas con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de estimación aceptado del 5%, el resultado fue de 377 estudiantes.

Donde:

n = Tamaño de la muestra

z = Nivel de confianza = 95% = 1.96

N = Población = 18,183

p = Posibilidad de éxito = 50% = 0.5

q = Posibilidad de error = 50% = 0.5

e = Error de estimación máximo aceptado = 5% = 0.05.

$n = 377$

4.3 Técnica e instrumento de recolección de datos

Para obtener los datos se empleó el método de encuesta. La primera sección de esta encuesta comprende datos de identificación y datos socioeconómicos. Las preguntas fueron elaboradas a partir de cuestionarios encontrados en el censo de población y vivienda del INEGI 2020 y fueron modificadas para satisfacer las necesidades de la investigación; la segunda relacionada con ideas y conocimientos en función de las variables como la edad, el género y el lugar de residencia sobre LME diseñadas de acuerdo con la revisión bibliográfica.

Para la medición de las ideas y la opinión se utilizó un instrumento conformado por 16 ítems que utiliza la escala de Likert, cuyos valores son: 1 (Totalmente en desacuerdo), 2 (En desacuerdo), 3 (Indiferente o indeciso), 4 (De acuerdo) y 5 (Totalmente de acuerdo) y se agregaron 10 preguntas relacionadas con el conocimiento (Cosió y Hernández, 2016; Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2016; OMS, 2019; OMS, 2021).

El cuestionario se publicó dos veces a través de los grupos de la red social Facebook de la universidad con el fin de recopilar la información necesaria para el proyecto de estudio., la primera publicación se realizó el 28 de abril del 2022 y la segunda el 4 de mayo del 2022 estando disponible durante los meses de mayo, junio y julio. El número de cuestionarios completados fue 60 (tasa de respuesta del 15%) (Rocco y Oliari, 2007; Grande y Abascal, 2005).

De los 377 cuestionarios planeados en el diseño de la muestra 317 no fueron contestados por diversas razones como el que los estudiantes no entran a sus perfiles de Facebook, no revisan las notificaciones de los grupos de la universidad, por falta de interés o porque no están familiarizados con el tema.

4.4 Análisis de datos

Al finalizar la recolección de datos, los resultados se organizaron y tabularon en Microsoft Excel, posteriormente se realizó análisis descriptivo univariado para explorar los porcentajes de las principales variables.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

5.1 Datos sociodemográficos

La Tabla 1 muestra la distribución por intervalos de edad y sexo de los participantes, del total de 60 encuestados, 50 (83.3%) son mujeres y únicamente 10 (16.7%) varones. El rango de edad abarca de los 18 hasta los 44 años, con un promedio de 29.3 ± 6.8 años. Se puede observar una mayor participación de las mujeres.

Tabla 1. Distribución de intervalos de edad por sexo:

Intervalo de edad (años)	Mujeres (n)	(%)	Hombres (n)	(%)	Total (n)	(%)
18 – 24	17	34%	2	20%	19	31.66%
25 – 31	14	28%	5	50%	19	31.66%
32 – 38	13	26%	2	20%	15	25%
39 – 44	6	12%	1	10%	7	11.66%

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta.

Estado civil y colegio de adscripción

De los 60 encuestados 31(51.6%) mujeres y 9 (15%) hombres están solteros, 8 (13.3%) mujeres están en unión libre, 7(11.6%) mujeres y 1(1.6%) hombre están casados, 3 (5%) mujeres están separadas y 1 (1.6%) mujer esta divorciada. De estos 2 (3.3%) mujeres pertenecen al Colegio de Ciencia y Tecnología; 38 (66.3%) mujeres y 8 (13.3%) hombres son del Colegio de Ciencias y Humanidades; 10 (16.6%) mujeres y 2 (3.3%) hombres pertenecen al Colegio de Humanidades y Ciencias Sociales

Tabla 2. Estado civil y colegio de adscripción.

Estado civil											
Soltera(o)		Unión libre		Casada(o)		Separada(o)		Divorciada(o)			
Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre		
31 (51.6%) (%)	9 (15%)	8 (13.3%)	0	7 (11.6%)	1 (1.6%)	3 (%)	0	1 (1.6%)	0		
Colegio											
Ciencia y Tecnología			Ciencias y Humanidades			Humanidades y Ciencias Sociales					
Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre	
2 (3.3%)		0		38 (66.3%)		8 (13.3%)		10 (16.6%)		2 (3.3%)	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta

La Tabla 2 muestra que la mayoría de los participantes son solteros y estudian licenciaturas que pertenecen al Colegio de Ciencias y Humanidades.

Lugar de residencia

Del total de los encuestados 8 son hombres residentes de la Ciudad de México y 2 del estado, mientras que los 50 restantes 39 son mujeres residentes de la Ciudad de México y 11 residen en el Estado de México, la tabla 3 presenta las alcaldías y municipios.

Tabla 3. Lugar de residencia y sexo.

CDMX		
Alcaldía	Sexo	
	Mujer	Hombre
Iztapalapa	16 (32%)	0
Coyoacán	3 (6%)	1 (10%)
Tlalpan	3 (6%)	0
Tláhuac	4 (8%)	1 (10%)
Xochimilco	2 (4%)	1 (10%)
Gustavo A. Madero	2 (4%)	2 (20%)
La Magdalena Contreras	1 (2%)	1 (10%)
Azcapotzalco	1 (2%)	0
Cuajimalpa	1 (2%)	0
Cuauhtémoc	2 (4%)	0
Venustiano Carranza	1 (2%)	0
Benito Juárez	1 (2%)	0
Iztacalco	2 (4%)	1 (10%)
Álvaro Obregón	0	1 (10%)
Estado de México		
Municipios	Mujer	Hombre
Chimalhuacán	3 (6%)	0
La Paz	1 (2%)	1 (10%)
Nezahualcóyotl	2 (4%)	0
Ecatepec	0	1 (10%)
Valle de Chalco	4 (8%)	0
Ixtapaluca	1 (2%)	0
Total	50	10

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta

5.2 Condiciones materiales de vida

5.2.1 Vivienda

Cuarenta y un participantes (68.3%) viven en casa independiente, 31 (51.6%) son mujeres y 10 (16.6%) son hombres; mientras que 44 (73.3%) tienen piso de cemento de los cuales 37 (61.6%) son mujeres y 7 (11.6%) hombres; 56 (93.3%) tiene un cuarto especial para la cocina de estos 46 (76.6%) son mujeres y 10 (16.6%) hombres, aunque 6 (10%) duermen en el mismo cuarto donde cocinan, 4 de estos son mujeres y 2 hombres. 21 (35%) de los participantes refirieron que sus viviendas tienen un cuarto para dormir; 16 (26.6%) 2 cuartos; 12 (20%) 3 cuartos y 11 (18.3%) indican 4 o más cuartos para dormir. Uno (1.6%) de los participantes solo cuenta con un cuarto en su vivienda, 6 (10%) de los participantes cuentan con dos cuartos, 16 (26.6%) cuentan con 3 cuartos y 30 (50%) cuentan con 4 o más cuartos en sus viviendas sin contar baños cocinas y pasillos.

Tabla 5. Condiciones materiales de la vivienda

Tipo de vivienda				
	Casa independiente	Departamento	Vecindad	Cuarto
Mujeres	31 (51.6%)	11 (18.3%)	5 (8.3%)	3 (5%)
Hombres	10 (16.6%)	-	-	-
Tipo de piso				
	Cemento	Mosaico u otro		Tierra
Mujeres	37 (61.6%)	12 (20%)		1 (1.6%)
Hombres	7 (11.6%)	3 (5%)	-	-
Cocina				
	Cuarto independiente	Sin espacio independiente		
Mujeres	46 (76.6%)	4 (6.6%)		
Hombres	10 (16.6%)	-		
Duermen en la cocina				
	Si	No		
Mujeres	4(6.6%)	46(76.6%)		
Hombres	2 (3.3%)	8 (13.3%)		
Numero de cuartos que se usan para dormir				
	1	2	3	4 o mas
Mujer	16 (26.6%)	13 (21.6%)	12 (20%)	9 (15%)
Hombre	5 (8.3%)	3 (5%)	0	2 (3.3%)
Numero de cuartos que tiene la vivienda si contar baños y pasillos				
	1	2	3	4 o mas
Mujer	1 (1.6%)	6 (10%)	13 (21.6%)	30 (50%)
Hombre	0	0	3 (5%)	7 (11.6%)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta.

Servicios públicos

El total de las personas que participaron refieren que cuentan con taza de baño, de estos 55 (91.6%) no comparten el sanitario con otras viviendas y 44 (73.3%) de ellos tienen descarga directa de agua y los 16 (26.6%) restantes le echan agua con cubeta. 57 (95%) viviendas cuentan con drenaje o desagüe conectada a la red pública, mientras que 2 (3.3%) están conectadas a la fosa séptica y 1 (1.6%) a la tubería.

Tabla 6. Servicio sanitario y Vivienda con drenaje o desagüe

Servicio sanitario					
Sexo	Taza de baño	Sanitario propio	Sanitario compartido	Descarga directa de agua	Agua con cubeta
Hombres	10 (100%)	10 (100%)	0	10 (100%)	0
Mujeres	50 (100%)	46 (92%)	4 (8%)	35 (70%)	15 (30%)
Vivienda con drenaje o desagüe					
Sexo			Red pública	Fosa séptica	Tubería
Mujer			47 (94%)	2 (4%)	1 (2%)
Hombre			10 (100%)	-	-

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta.

Servicio de agua, abastecimiento y almacenamiento

En 52 (86.6%) casas el agua proviene del servicio público, mientras que 5 (8.3%) la adquieren a través de pipas de agua, 1 (1.6%) de pozo particular, 1 (1.6%) de colecta de agua de lluvia y 1 (1.6%) la toma de otra vivienda.

Con respecto al abastecimiento de agua en 36 (60%) viviendas el agua llega diario; en 9 (15%) cada tercer día; en 7 (11.6%) dos veces a la semana; en 5 (8.3%) una vez por semana y en 3 (5%) de vez en cuando.

Para el almacenamiento de agua, 49 (81.6%) participantes reportan que tienen tinaco, 22 (36.6%) cisterna y 14 (23.3%) cuentan con regadera, 32 (53.3%) con boiler o calentador de agua.

Tabla 7. Servicio de agua, abastecimiento y almacenamiento

Servicio de abastecimientos						
Sexo	Pipa	Servicio público	Pozo particular	Agua de lluvia	De otra vivienda	
Mujer	5(8.3%)	42 (84%)	1 (1.6%)	1 (1.6%)	1 (1.6%)	
Hombre	-	10 (100%)	-	-	-	
Frecuencia de abastecimiento						
Sexo	Diario	Cada tercer día	Dos veces a la semana	Una vez	De vez en cuando	
Mujer	30 (60%)	6 (12%)	6 (12%)	5 (10%)	3 (6%)	
Hombre	6 (60%)	3 (30%)	1 (10%)	0	0	
Forma de almacenamiento						
Sexo	Tinaco	Cisterna	Bomba de agua	Calentador o boiler	Cuenta con regadera	Calentador solar
Mujer	36 (72%)	17 (34%)	14 (28%)	19 (38%)	18 (36%)	2 (4%)
Hombre	9 (90%)	1 (10%)	3 (30%)	7 (70%)	7 (70%)	0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta

Servicio de luz y gas

Se encontró que 58 (96.6%) de las viviendas cuentan con luz eléctrica del servicio público, 1 (1.6%) de panel solar y 1 (1.6%) de otra fuente. Por otro lado 57 (95%) viviendas utilizan gas para cocinar, 2 (3.3%) utilizan gas y electricidad, y 1 (1.6%) utiliza electricidad.

Tabla 8. Servicio de Luz y gas

Sexo	Servicio eléctrico		
	Servicio público	Panel solar	Otra fuente
Mujer	48 (80%)	1 (1.6%)	1 (1.6%)
Hombre	10 (16.6%)	-	-
Sexo	Combustible para cocinar		
	Gas	Gas y electricidad	Electricidad
Mujer	47 (78.3%)	2 (3.3%)	1 (1.6%)
Hombre	10 (16.6%)	-	-

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta

Viviendas por tipo de infraestructura

Se agruparon en dos grandes grupos las características de la vivienda. El primero se conformó por viviendas con condiciones adecuadas que cuentan con todos los servicios, los cuales son casas independientes que cuentan con piso de cemento, de madera, mosaico u otro recubrimiento, con sanitario propio y con descarga directa y drenaje conectado a la red pública y servicio diario y almacenamiento de agua, así como servicio eléctrico y combustible.

El segundo grupo es de viviendas que cuentan con los servicios suficientes o de precariedad que significan probabilidad de estar expuestos a riesgos y daños a la salud como casa independiente con piso de tierra, sanitario propio con taza de baño se le echa agua con una cubeta, servicio público con frecuencia de cada tercer día y la almacenan en tinacos, cisternas o aljibes, con servicio público y combustible, asimismo, cuentan con servicios insuficientes como la vivienda en vecindad o en cuarto de azotea, con piso de cemento, sanitario compartido con taza de baño y descarga directa de agua o se le echa el agua con una cubeta con poco suministro y almacenamiento de agua.

Tabla 9. Viviendas por tipo de infraestructura

	Cuántas personas contestaron que si tienen
Viviendas con infraestructura adecuada	
Casa independiente con piso de cemento	27
Casa independiente con piso de madera mosaico u otro recubrimiento	13
Departamento con piso de madera mosaico u otro recubrimiento	3
Red pública	57
Fosa séptica	2
Sanitario propio con taza de baño con descarga directa de agua	43
Del servicio público con frecuencia diaria y la almacenan en tinacos, cisternas o aljibes	36
Servicio público	48
Panel solar	1
Gas	57
Electricidad	1
Ambos	2
Viviendas con Infraestructura Precaria e insuficiente	
Casa independiente con piso de tierra	1
Departamento con piso de cemento	8
Vivienda en vecindad con piso de cemento	5
Vivienda en cuarto de azotea con piso de cemento	3
Sanitario propio con taza de baño se le echa agua con una cubeta	13
Sanitario compartido con taza de baño y descarga directa de agua	2
Sanitario compartido con taza de baño se le echa agua con una cubeta	2
Tubería	1
Del servicio público con frecuencia de cada tercer día y la almacenan en tinacos, cisternas o aljibes	9
Del servicio público y llega dos veces a la semana y la almacenan en tinacos, cisternas o aljibes	5
Del servicio público y llega una vez a la semana y la	3

almacenan en tinacos, cisternas o aljibes	
Del servicio público y llega de vez en cuando y la almacenan en tinacos, cisternas o aljibes	1
De un pozo particular o de otra vivienda la obtienen del diario y la almacenan en tinacos, cisternas o aljibes	2
La obtienen de pipas de vez en cuando y la almacenan en tinacos, cisternas o aljibes	2

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta

5.2.2 Disponibilidad de bienes materiales

Se identificó que las viviendas de 50 (83.3%) estudiantes cuentan con refrigerador, 44 (73.3%) con lavadora, 32 (53.3%) con horno de microondas, 14 (23.3%) con automóvil o camioneta, 3 (5%) con motocicleta, 1 (1.6%) con motoneta, 13 (21.6%) con bicicleta, 19 (31.6%) con aparato o dispositivo para oír radio, 44 (73.3%) con televisor y 9 (15%) con consola de videojuegos los cuales se desglosan por sexo en la siguiente tabla.

Tabla 10. Infraestructura doméstica

Bienes	Mujer	Hombre
Refrigerador	41 (82%)	8 (80%)
Lavadora	35 (70%)	8 (80%)
Horno de microondas	25 (50%)	6 (60%)
Automóvil o camioneta	11 (22%)	2 (20%)
Motocicleta	2 (4%)	1 (10%)
Motoneta	0	1 (10%)
Bicicleta	8 (16%)	4 (40%)
Aparató o dispositivo para oír radio	14 (28%)	4 (40%)
Televisor	36 (72%)	7 (70%)
Consola de videojuegos	5 (10%)	3 (30%)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta.

5.2.3 Disponibilidad de Tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC)

El 44 (73.3%) de las viviendas de los estudiantes cuentan con computadora, laptop o Tablet, de los cuales 35(58.3%) son mujeres y 8 (13.3%) son hombre; 31 (51.6%) con línea telefónica fija, 24 (40%) son mujeres y 6 (10%) hombres, 41 (68.3%) con teléfono celular,32 (53.3%) son mujeres y 9 (15%) hombres; 44 (73.3%) con internet, 16 (26.6%) con servicio de televisión de paga, 13 (21.6%) con servicio de televisión y música, 6 (10%) con servicio de videos de paga por internet.

Tabla 11. Tecnología de la información y la comunicación

TIC	Mujer	Hombre
Computadora, laptop o Tablet	35 (70%)	8 (80%)
Línea telefónica fija	24 (48%)	6 (60%)
Teléfono celular	32 (64%)	9 (90%)
Internet	35 (70%)	8 (80%)
servicio de televisión de paga	13 (26%)	2 (20%)
Servicio de películas o música	10 (20%)	2 (20%)
Vídeos de paga por internet	4 (8%)	1 (10%)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta.

Disponibilidad de infraestructura doméstica y TIC

Se agrupó en dos grupos de acuerdo con la disponibilidad tanto en la infraestructura doméstica como en TIC. El primer grupo se conformó por infraestructura doméstica adecuada que cuentan con 12 a 16 servicios. El segundo grupo se conforma por servicios suficientes o precarios de 11 a ningún servicio. Por otro lado, en lo que se refiere a la disponibilidad de TIC quienes cuentan con todos los servicios viven en condiciones adecuadas, mientras que los que cuentan con 6 o ningún servicio viven en condiciones suficientes o precarias.

Tabla 12. Disponibilidad de infraestructura doméstica y TIC

Parte 1 Infraestructura doméstica	Cuántas personas contestaron que si tienen	Condiciones
Todos los servicios	0	
De 16 a 12 servicios	16	Adecuados
De 11 a 6 servicios	16	Suficiente
De 5 a ningún servicio	28	Precarios
parte 2 disponibilidad TIC		
Todos los servicios	12	Adecuado
De 4 a 6 servicios	24	Suficiente
De 3 a ningún servicio	24	Precario

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta.

5.2.4 Trabajo e ingresos

La mitad de los encuestados refirieron que trabajan. De ellos, 19 (31.6%) tienen un ingreso de \$3000 a \$4000, 2 (3.3%) de 5000 a 6000, 7 (11.6%) de \$7000 a \$8000, 2 (3.3%) de \$9000 a \$1000. Al indagar sobre el ingreso mensual familiar 45 (75%) lo ubican en \$20,000, 10 (16.6%) de \$20,000 a \$49,999 y los 5 (8.3%) restantes no contestaron.

Tabla 13. Ingresos

Trabajan	Mujer		Hombre		
	Si	No	Si	No	
	22 (36.6%)	28 (46.6%)	8 (13.3%)	2 (3.3%)	
Ingreso mensual individual					
	3000-4000	5000-6000	7000-8000	9000-10000	
Mujer	14 (28%)	-	7 (14%)	1 (2%)	
Hombre	5 (50%)	2 (20%)	-	1 (10%)	
Ingreso mensual familiar					
	Menos de 20,000 pesos	De 20,000 pesos a 49,999 pesos	De 50,000 pesos a 99,999 pesos	De 100,000 pesos a 249,999 pesos	No contestaron
Mujer	37 (74%)	8 (16%)	-	-	5 (10%)
Hombre	9 (90%)	1 (10%)	-	-	-

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta.

5.2.5 Nivel educativo familiar

Con respecto al último grado de estudio de los padres de los participantes, refirieron que: 10 (16.6%) estudiaron la primaria completa, 16 (25%) tienen la secundaria, 11 (18.3%) la preparatoria o bachillerato, 7 (11.6%) bachillerato tecnológico, 10 (16.6%) la licenciatura y 6 (10%) ninguno.

En cuanto al último grado de estudio de las madres de los participantes mencionan que: 21 (35%) de ellas cuentan con primaria, 2 (3.3%) preescolar, 14 (23.3%) con secundaria, 9 (15%) con bachillerato tecnológico, 7 (11.6%) con bachillerato general, 5 (8.3%) con licenciatura y 2 (3.3%) con ninguno.

El 22(36.6%) de los hermanos mayores a 18 (30%) años cuentan con licenciatura, 13(21.6%) con preparatoria, 10 (16.6%) con secundaria, 8 bachillerato tecnológico, 1 (1.6%) con doctorado y 6 (10%) con ninguno.

Tabla 14. Grado de estudios.

Grado de estudios del padre									
	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Bachillerato tecnológico	Licenciatura	Ninguna	No contesto	Total	
Mujer	8 (16%)	11(22%)	11 (22%)	6 (12%)	8 (16%)	4 (8%)	2(4%)	50	
Hombre	2 (20%)	5 (50%)	-	1 (10%)	2 (20%)	-	-	10	
Grado de estudios de la madre									
	Prescolar	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Bachillerato tecnológico	Licenciatura	Ninguna	No contesto	Total
Mujer	1 (2%)	18(36%)	12 (24%)	6 (12%)	7 (14%)	4 (8%)	2 (4%)	-	-
Hombre	1(10%)	3 (30%)	2 (20%)	(10%)1	2 (20%)	1 (10%)	-	-	-
Grado de estudio de los hermanos +18 años									
	Secundaria	Preparatoria	Bachillerato tecnológico	Licenciatura	Doctorado	Ninguna	No contesto	Total	
Mujer	6 (12%)	11 (22%)	8 (16%)	18 (16%)	1 (2%)	6 (12%)	-	-	
Hombre	4 (40%)	2 (20%)	-	4 (40%)	-	-	-	-	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta.

Los resultados muestran las brechas educativas entre hombres y mujeres de la generación de los padres de los participantes, ya que hay madres que cuentan solo con preescolar, a diferencia de los hermanos y hermanas que el menor nivel es de secundaria y hay mujeres con doctorado.

5.3 Ideas sobre LME

El 53 (88.3%) de los encuestados están de acuerdo en que la LME es el mejor alimento para los lactantes mientras que 4 (6.6%) están indecisos y 3 (5%) está en desacuerdo.

Nueve (15%) están de acuerdo en que la LME puede ser sustituida por sucedáneos sin detrimento en los beneficios, 19 (31.6%) están indecisos, mientras que 32 (53.3%) están en desacuerdo en que la LME pueda ser sustituida. En la siguiente tabla se desglosa la información por sexo.

Tabla 15: Ideas sobre lactancia materna

Preguntas	Mujer			Hombre			Total %
	De acuerdo	Indeciso	desacuerdo	De acuerdo	Indeciso	Desacuerdo	
LME es el mejor alimento para los lactantes	44 (73.3%)	4 (6.6%)	2 (3.3%)	9 (15%)	-	1 (1.6%)	60%
La LME puede ser sustituida por sucedáneos sin detrimento en los beneficios	7 (11.6%)	17 (28.3%)	26 (43.3%)	2 (3.3%)	2 (3.3%)	6 (10%)	60%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta.

Los resultados muestran que la mayoría de los participantes están de acuerdo en que la LME es el mejor alimento y están en desacuerdo en que la LME puede ser sustituida por sucedáneos sin detrimento en los beneficios.

5.3.1 Ideas sobre los Beneficios

De los encuestados, 57 (95%) están de acuerdo en que la leche materna protege a las y los bebés contra enfermedades infectocontagiosas, atopia, rinitis, alergias alimentarias y asma, mientras que 3 (5%) están en desacuerdo.

El 52 (86.6%) están de acuerdo en que la leche materna hace que los bebés logren un mejor desarrollo cerebral lo que le permitirá tener un mejor desempeño escolar, el 5 (8.3%) está indeciso y el 3 (5%) está en desacuerdo.

El 54 (90%) de los participantes están de acuerdo en que la LME promueve una fuerte relación afectiva entre madre e hijo, el 3 (5%) están indecisos y el 3 (5%) restante está en desacuerdo.

Cuarenta y nueve (81.6%) de los encuestados están de acuerdo en que la leche materna favorece el ahorro familiar al no tener que gastar en fórmulas lácteas, biberones, chupones y demás utensilios para prepararla, el 10 (16.6%) está indeciso y el 1 (1.6%) está en desacuerdo.

De los participantes, 49 (81.6%) están de acuerdo en que la leche materna disminuye los gastos de atención de salud del bebé, ya que el niño es menos propenso a enfermarse, 8 (13.3%) están indecisos y 3 (5%) están en desacuerdo.

De los que contestaron, 51 (85%) está de acuerdo en que la LME ayuda en el cuidado del medio ambiente puesto que la leche materna es un recurso natural y renovable; 5 (8.3%) están indecisos y 4 (6.6%) están en desacuerdo.

De los participantes, 37 (61%) están de acuerdo en que la LM disminuye el gasto de atención a la salud de la madre, ya que, reduce el riesgo de hemorragia ayudando a controlar el sangrado postparto; 20 (33.3%) están indecisos y 3 (5%) están en desacuerdo.

Tabla 16: Ideas sobre los Beneficios de la LME

Preguntas	Mujer			Varón			Total
	De acuerdo	Indeciso	Desacuerdo	De acuerdo	Indeciso	Desacuerdo	%
La leche materna protege a las y los bebés contra enfermedades infectocontagiosas, atopia, rinitis, alergias alimentarias y asma.	47 (78.3%)	-	3 (5%)	10 (16.6%)	-	-	60 (100%)
La leche materna hace que los bebés logren un mejor desarrollo cerebral lo que le permitirá tener un mejor desempeño escolar	44 (73.3%)	3 (5%)	3 (5%)	8 (13.3%)	2 (3.3%)	-	60 (100%)
La LME, promueve una fuerte relación afectiva entre madre e hijo.	45 (75%)	2 (3.3%)	3 (5%)	9 (15%)	1 (1.6%)	-	60 (100%)
Favorece el ahorro familiar al no tener que gastar en fórmulas lácteas, biberones, chupones y demás utensilios para prepararla.	41 (68.3%)	6 (10%)	3 (5%)	9 (15%)	1 (1.6%)	-	60 (100%)
Disminuye los gastos de atención de salud del bebé, ya que el niño es menos propenso a enfermarse.	42 (70%)	5 (8.3%)	3 (5%)	7 (10%)	3 (5%)	-	60 (100%)
La LME ayuda en el cuidado del medio ambiente puesto que la leche materna es un recurso natural y renovable.	41 (68.3%)	5 (8.3%)	4 (6.6%)	10 (13.3%)	-	-	60 (100%)
Disminuye el gasto de atención a la salud de la madre, ya que reduce el riesgo de hemorragia ayudando a controlar el sangrado postparto	32 (53.3%)	16 (20%)	2 (3.3%)	5 (8.3%)	4 (6.6%)	1 (1.6%)	60 (100%)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta.

La tabla 16, muestra que la mayoría de los participantes están de acuerdo sobre los beneficios de la LME e identifican como los más importantes los que brinda a los bebés, a la salud de la madre, la relación afectiva entre la madre y el bebé, el cuidado del medio ambiente y el ahorro económico.

5.3.2 Opinión sobre el apoyo para una lactancia adecuada

Acerca de este, 31 (51.6%) están de acuerdo en que para llevar a cabo una LME adecuada se requiere el apoyo de la pareja, 18 (30%) están indecisos y 11 (18.3%) están en desacuerdo.

De los que contestaron la encuesta, 32 (53.3%) están de acuerdo en que para llevar a cabo una LME adecuada se requiere el apoyo de la familia, 15 (25%) están indecisos, mientras que 13 (21.6%) están en desacuerdo.

De los participantes, 45 (75%) están de acuerdo en que para llevar a cabo una LME adecuada se requiere del apoyo del personal de salud, 9 (15%) están indecisos y 6 (10%) están en desacuerdo.

Del total de encuestados, 32 (53.3%) están de acuerdo en que para llevar a cabo una LME adecuada requiere el apoyo de la sociedad, el 23.3% (14) están indecisos y el 21.6% (13) están en desacuerdo.

Los/las estudiantes que participaron, 42 (70%) están de acuerdo en que para llevar a cabo una LME adecuada es fundamental el apoyo del lugar de trabajo, el 13.3% (8) están indecisos y el 15% (9) están en desacuerdo.

El 57 (95%) están de acuerdo en apoyar algún miembro de tu familia para que lleve a cabo la LME, el 2 (3.3%) tal vez apoyaría a algún miembro de su familia, el 1 (1.6%) no apoyaría en dicho proceso.

Tabla 17: Opinión sobre el apoyo para una Lactancia Materna adecuada.

Preguntas	Mujer				Varón				Total
	De acuerdo	Indeciso	Desacuerdo	No contesto	De acuerdo	Indeciso	Desacuerdo	No contesto	%
Para llevar a cabo una LME adecuada se requiere el apoyo de la pareja.	25 (41.6%)	16 (26.6%)	9 (15%)	-	6 (10%)	2 (3.3%)	2 (3.3%)	-	60 (100%)
Para llevar a cabo una LME adecuada se requiere el apoyo de la familia.	24 (40%)	14 (20%)	11 (18.3%)	1 (1.6%)	8 (13.3%)	1 (1.6%)	1 (1.6%)	-	60 (100%)
Para llevar a cabo una LME adecuada el apoyo del personal de salud.	38 (63.3%)	6 (10%)	6 (10%)	-	7(11.6)	3 (5%)	-	-	60 (100%)
Para llevar a cabo una LME adecuada el apoyo de la sociedad.	26 (43.3%)	12 (20%)	12 (20%)	-	6 (10%)	2 (3.3%)	1 (1.6%)	1 (1.6%)	
Para llevar a cabo una LME adecuada es fundamental el apoyo del lugar del trabajo.	27 (45%)	11 (18.3%)	12 (20%)	-	7 (11.6%)	3 (5%)	-	-	
	Si		No	Tal vez	Si		No	Tal vez	
Apoyarías algún miembro de tu familia para que lleve a cabo la LME	48 (80%)		-	2 (3.3%)	9 (15%)		1 (1.6%)	-	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta.

La tabla 17 muestra que la mayoría de los participantes están de acuerdo en que el apoyo de la pareja, de la familia, el del personal de salud, el lugar del trabajo y el de la

sociedad puede influir en la decisión de llevar a cabo una LME adecuada, además de que apoyarían a algún miembro de la familia para llevar a cabo dicho proceso.

5.3.3 Opinión sobre espacios para lactar

El 56 (93.3%) están de acuerdo en que las mujeres den de lactar en espacios públicos, 2 (3.3%) está indeciso y 2(3.3%) está en desacuerdo.

55 (90%) están de acuerdo en que estén disponibles lactarios en espacios públicos como plaza comerciales o museos, 2 (3.3%) están indecisos y 3 están en desacuerdo.

Tabla 18: Opinión sobre espacios para lactar

Preguntas	Mujer			Varón			Total
	De acuerdo	Indeciso	Desacuerdo	De acuerdo	Indeciso	Desacuerdo	%
Estás de acuerdo en que las mujeres den de lactar en espacios públicos.	46 (76.6%)	2 (3.3%)	2 (3.3%)	10 (16.6%)	-	-	60 (100%)
Estás de acuerdo en que estén disponibles lactarios en espacios públicos como plaza comerciales o museo.	46 (76.6%)	2 (3.3%)	2 (3.3%)	9 (15%)	-	1(1.6%)	60 (100%)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta.

La tabla 18 muestra que tanto mujeres como hombres están de acuerdo en que estén disponibles lactarios en espacios públicos y que las mujeres puedan lactar en estos espacios.

5.4 Historia familiar

El 55 (91.6%) de los participantes afirman que las mujeres de sus familias han dado LME, de estos el 46 (76.6%) son mujeres y el 9 (15%) son hombres; mientras que el 3 (3%) comenta que las mujeres de sus familias no la proporcionaron y el 2 (2%) omitieron su respuesta.

El 46 (76.6%) de los participantes afirman haber recibido LME, el 39 (65%) son mujeres y 9 (15%) hombres, el 23.3% (14) restante no saben si recibieron LME de los cuales 11 (18.3%) son mujeres y 3 (5%) son hombres.

Tabla 19. Historia familiar

Preguntas	Mujer		No contesto	Hombre		Total %
	Si	No		Si	No	
Las mujeres de tu familia han dado lactancia materna	46 (76.6%)	2 (3.3%)	2 (3.3%)	9 (15%)	1 (1.6%)	60
Sabes si te dieron LME	39 (65%)	11 (18.3%)	-	7 (11.6%)	3 (5%)	60

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta.

Respecto a la historia familiar la mayoría de los participantes tanto hombres como mujeres han proporcionado lactancia materna y mencionan que la recibieron como forma de alimentación.

5.5 Información sobre la Lactancia Materna

El 45 (47.5%) de los participantes han recibido información sobre LME de estos el 41 (68.3%) son mujeres y el 4 (6.6%) hombres, mientras que el 15 (25%) niegan haber recibido información sobre este tema.

El 58 (96.6%) de los participantes les gustaría conocer más acerca de la LME de los cuales 48 (80%) son mujeres y el 10 (16.6%) son hombres, mientras que 1(1.6%) no le interesaría.

Tabla 20: Información sobre la Lactancia Materna

Preguntas	Mujer			Hombre		Total
	Si	no	No contesto	Si	No	%
Has recibido información específica sobre Lactancia Materna	41 (68.3%)	9 (15%)	-	4 (6.6%)	6 (10%)	
Te gustaría conocer más acerca de la LME	48 (80%)	1 (1.6%)	1 (1.6%)	10 (16.6%)	-	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta.

La mayoría de los encuestados han recibido información específica y les gustaría conocer más acerca de este tema.

5.5.1 Nivel de conocimiento sobre Lactancia

El 33 (55%) de los participantes considera adecuado su conocimiento sobre LME, mientras que 19 (31.6%) lo considera insuficiente, 1 (1.6%) nulo, 5 (8.3%) muy bueno y 1 (1.6%) omitió su respuesta.

Para 24 (40%) de los participantes obtuvieron la información por parte del personal de salud, el 9 (15%) de familiares y amigos, 16 (26.6%) en la escuela, 9 (15%) de otros y 1 (1.6%) no contesto. La información se desglosa en la siguiente tabla por sexo.

Tabla 21: Nivel de conocimiento sobre Lactancia materna

Consideras que tu conocimiento sobre LME es:		
	Mujer	Hombre
Nulo	1 (1.6%)	-
Insuficiente	13 (21.6%)	6 (10%)
Adecuado	30 (50%)	3 (5%)
Muy bueno	5 (8.3%)	1 (1.6%)
No contesto	1 (1.6%)	-
La información la recibiste de:		
Del personal de salud	22 (36.6%)	2 (3.3%)
Familiares y amigos	7 (11.6%)	2 (3.3%)
En la escuela	12 (20%)	4 (6.6%)
Otros	5 (8.3%)	1 (1.6%)
No contesto	4 (6.6%)	1 (1.6%)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta.

La tabla 21 muestra que los participantes consideran adecuado su conocimiento sobre LME y han recibido información acerca de esta forma de alimentación de parte del personal de salud seguida de la escuela.

5.6 Prácticas sobre la LME

De los 60 participantes 20 (33.3%) mujeres y 8 (13.3%) hombres tienen hijos, mientras que las 30 (50%) mujeres y 2 (3.3%) hombres restantes aun no tienen.

El 27 (45%) de los participantes piensan tener hijos, 12 (20%) no piensa en tener hijos, 19 (31%) tal vez lo considerarían y 2 (3.3%) omitieron su respuesta.

El 51 (85%) de los participantes afirman que proporcionaron o proporcionarían LME como forma de alimentación, mientras que 5(8.3%) no la proporcionarían y 3(5%) tal vez la proporcionarían y 1(1.6%) omitió su respuesta.

Tabla 22: Prácticas sobre la LME

Preguntas	Mujer				Hombre			Total
	Si	No	Tal vez	No contesto	Si	No	Tal vez	
¿Tienes hijos?	No				Si	No		%
	20 (33.3%)				8 (13.3%)	2 (3.3%)		
¿Piensas tener hijos?	23 (38.3%)	10 (16.6%)	14 (23.3%)	3 (5%)	4 (6.6%)	2 (3.3%)	4 (6.6%)	60 (100%)
¿Le darías o le diste LME?	41 (68.3%)	5 (8.3%)	3 (5%)	1 (1.6%)	10 (16.6%)	-	-	60 (100%)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta.

La tabla 22 muestra que, aunque la mayoría no tiene hijos piensan tenerlos y con respecto a las prácticas de LME tanto de hombres como de mujeres que ya cuentan con hijos como los que no, estos la proporcionarían como forma de alimentación.

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Al ser la lactancia exclusiva la forma de alimentación durante los primeros seis meses de vida para el lactante resulta fundamental fomentar una cultura sobre esta, para ello se necesita información y apoyo de todos los ámbitos tanto de la pareja, familia, personal de salud y sociedad, por ello la investigación tuvo como objetivo analizar las ideas y prácticas sociales de las y los estudiantes universitarios sobre LME y su decisión de promover y llevar a cabo esta forma de alimentación al recién nacido, para conocer dicha información la encuesta se aplicó durante el 2022. Del mismo modo se busca describir la relación que existe entre las ideas y las condiciones sociodemográficas, el nivel de conocimiento, información y opiniones en su elección de llevarla a cabo.

Al analizar los datos se puede observar que del total de los participantes (n=60) el sexo que prevaleció fue el femenino con 83.3% (50) seguido del sexo masculino con 16.7% (10) en su mayoría pertenecientes al Colegio de Ciencias y Humanidades, con un nivel de conocimiento adecuado y cuya información la recibieron de parte del personal de salud, seguida de la escuela, familiares y amigos. Esto quiere decir tal como concluye Melendrez (2019), que estos factores sociales adquieren importancia ya que están directamente relacionados con el reconocimiento de la importancia y beneficios sobre la oferta exclusiva de la LM y en la posible decisión de brindar esta forma de alimentación al bebé.

La mayor parte de las y los estudiantes que respondieron forman parte del CCYH y esto puede estar relacionado con el hecho de que en este colegio se encuentran licenciaturas no solo que están relacionadas con la salud (promoción y nutrición) si no que en estas hay una preocupación explícita en el sentido de la importancia de la LME. Parte de esa preocupación es la demanda de los diplomados para titulación que proponen estas licenciaturas y que están encaminadas no solo para la obtención del grado, sino para la formación de recursos humanos que promuevan y defiendan el derecho a la lactancia materna.

Al respecto de la falta de respuesta y la dificultad para llegar a un tamaño de muestra razonable, se ha documentado que en las encuestas *on line*, como la que se aplicó

en este estudio la tasa estimada de respuesta es muy variable siendo menores al 10% aunque permiten llegar a más sujetos que tengan internet (Abascal y Grande, 2005). Esto es motivo de debate pues pareciera que se puede obtener tamaños de muestra mayores a los que se obtienen en realidad. Sin embargo, aunque por este motivo y por el sesgo que caracteriza a este tipo de muestreo, estos estudios permiten hacer prospecciones y primeras aproximaciones a diferentes temas como el que se presenta en este trabajo. No se debe perder de vista que este trabajo de tesis se planteó y se trabajó durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19, por lo que no fue posible hacer encuestas en el campo.

Entre los aspectos que sobresalen de las características de la población llama la atención que la quinta parte de los participantes viven en la zona conurbada de la CDMX, y el resto de las diferentes alcaldías de la Ciudad, esto puede estar asociado, no solo a la dispersión de la ciudad, sino que las y los estudiantes pudieron regresar a sus núcleos familiares con motivo de la pandemia.

No es menor señalar que el 46% de la población vive con una infraestructura doméstica precaria y el 40% tiene una disponibilidad de las TIC's precaria. A esto se suma el dato de que el 76% tiene un ingreso familiar mensual por debajo de los \$20000. Esta situación se discute más adelante.

Los resultados ponen de manifiesto la poca participación por parte del sexo masculino. Además del sesgo asociado al muestreo, también afecta el interés en el tema. Se pudo inferir que pudo haberse debido a que siempre se dirige la información a la mujer como madre y cuidadora dejando de lado la participación del hombre en el ejercicio de la paternidad, por ende tienen poco o nulo interés en el tema y aunque de los que participaron tienen ideas y opiniones positivas acerca de la LME y si apoyarían en dicho proceso, hubiera sido interesante que existiera una mayor participación por parte de esta población, para así conocer más acerca de sus ideas y como el conocimiento e información con el que cuenta puede determinar si estas favorecen o no su elección de apoyar dicha práctica tal como lo menciona Martínez et al (2019).

También se observó que la población que se encuestó, al tener edades de entre 18 y 44 años son generaciones próximas a ser padres o ya lo son y el ser estudiantes universitarios resultan ser factores protectores o de riesgo, ya que como lo mencionan

Carrillo et al. (2020), Meléndrez (2019), Aristizábal (2018), Prado y Sermeño (2017), en sus trabajos de investigación, la edad, la información con la que cuentan y el nivel educativo son factores determinantes, ya que al ser muy jóvenes muestran conocimientos deficientes sobre la importancia de la LME, por otro lado al tener una edad madura con un mayor nivel educativo tienen mayor ventaja para entender los beneficios de esta práctica, además de considerarla como el mejor alimento que no puede ser sustituido por sucedáneos.

No deja de llamar la atención que una cuarta parte de las y los encuestados no piensan tener hijos. Nuevamente se infiere que, a pesar de que no es un tema que sea de interés para su proyecto personal, al estar inscritos en licenciaturas del área de salud, las personas se inclinaron por participar y contestar la encuesta y esto es importante porque refleja el peso que se le da a esta práctica desde la formación institucional.

Por otra parte, diversos estudios reportan que los beneficios de la LME a la o él bebé son que lo protege contra enfermedades infectocontagiosas, respiratoria, alergias y asma, hace que logren un mejor desarrollo cerebral lo que le permitirá tener un mejor desempeño escolar. Los beneficios tanto a la madre como al bebé es que promueve una fuerte relación afectiva. En este trabajo de investigación la mayoría de los participantes manifestaron estar de acuerdo con los beneficios antes mencionados ya que los identificaron como los más importantes tanto para el bebé como para la madre (Laínez, 2022; González, 2020; Tasiguano, 2020; OPS, 2020; Flores y Guillén, 2019).

También están de acuerdo en que de entre los beneficios más importantes está el hecho de que disminuye los gastos de atención a la salud, favorece el ahorro familiar, ya que, siempre se encuentra disponible y al alcance de cualquier economía al no tener que gastar en fórmulas lácteas, biberones, chupones y demás utensilios para prepararla además de ayudar con el cuidado del medio ambiente al ser un recurso natural, ya que para su producción no necesita ningún tipo de energía y su preparación no genera ningún tipo de residuos (Guagrilla, 2022; Laínez, 2022; AEP, 2017; Brahm y Valdés, 2017).

Durante la revisión de la literatura en los trabajos de investigación de Valenzuela, (2020); Cansino, (2019); Aristizábal, (2018); Heredia y Poveda, (2018); Soto y Sánchez, (2017) encontraron que la familia, la pareja, el personal de salud e inclusive de la misma

sociedad pueden ser fuentes importantes de orientación y apoyo haciendo participe a las parejas en la decisión de amamantar a sus hijos de forma exclusiva, en este estudio la mayoría de los participantes están de acuerdo en que el apoyo de dichas fuentes parece influir en la elección de proporcionar o apoyar a algún miembro de la familia para llevar a cabo una lactancia materna adecuada.

En la descripción de los resultados se encontró que las condiciones materiales de vida y disponibilidad de bienes materiales de los participantes se dividen en dos grupos;

- 1) El grupo de condiciones adecuadas donde se cuenta con todos los servicios tanto en la infraestructura de las viviendas, doméstica y disponibilidad de tecnología de la información y comunicación y
- 2) El grupo de servicios suficientes o en condiciones de precariedad que significa probabilidad de estar expuestos a riesgos y daños a la salud.

De acuerdo con lo antes mencionado y a estudios previos como los de Valenzuela, (2020), Cansino (2019) y León (2019) y Chacón y Andrade (2019) en relación con el nivel socioeconómico y de condiciones materiales de vida, estos pueden estar relacionados con la información con la que cuentan, por ello este puede ser un factor protector o no para llevar a cabo la lactancia, ya que al tener mejores condiciones de vida existe una mayor disposición para ofertar la LME a la o al bebé. En este estudio se identificó que, aunque tienen condiciones suficientes o precarias de bienes y servicios estos están a favor de LME como forma de alimentación a la o al bebé. La explicación de esta diferencia puede ser debida a, como se ha comentado antes, que la mayor parte de las personas participantes están estudiando en el Colegio de Ciencias y Humanidades donde está la licenciatura de Nutrición y Salud, Protección Civil y Gestión de Riesgos y Promoción de la Salud. En los cursos de ciclo básico se habla sobre la importancia de la LME.

Otro aspecto que es importante es que la mayoría de las personas que contestó la encuesta afirma que es una práctica que hacen las mujeres de su familia y que a ellos mismos les dieron LME. Ahí se puede reconocer la importancia de las prácticas sociales en la reproducción de una conducta.

En este sentido es importante mencionar que los datos obtenidos en este trabajo señalan aspectos que se deberán estudiar en momentos posteriores, en particular la influencia del cambio en el acceso a la educación que han tenido las mujeres. El número de madres de las personas participantes que tuvieron acceso a la educación superior fue de la mitad del número de padres que tuvieron este nivel de educación, y en cambio fueron más madres las que se reportaron sin educación o solo preescolar, que los padres. Sin embargo, al preguntarse el nivel de hermanas/os se encontró que hay hermanas con niveles educativos de doctorado.

Finalmente, en cuanto el tema de educación la tercera parte de las y los participantes consideran que su información sobre LME es insuficiente o nulo, y las principales fuentes de información son el personal de salud y la escuela. Y aquí es donde se detecta un área de oportunidad para las personas Promotoras de la Salud.

De acuerdo a lo antes mencionado parece importante destacar que la promoción de la salud va más allá de la prevención, ya que, incorpora los factores sociales que tienen que ver con la salud, aplicando métodos, habilidades y estrategias específicas para ayudar a las personas a adoptar estilos de vida saludables, hacer un mejor uso de los servicios sanitarios, adoptar prácticas de autocuidado y de participación que incidan tanto en la salud de las futuras madres, padres y de los hijos, haciendo consientes y participes a toda la familia en el proceso de la LME como forma de alimentación al lactante. También es importante que las acciones vayan encaminadas a hacer cambios en las prácticas sociales. Por ejemplo, instalar salas de lactancia en los espacios de trabajo, en las universidades, como recientemente sucedió en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México que transforman las ideas y las prácticas en las comunidades.

La participación social en la lactancia materna y la práctica de amamantar requiere del apoyo a las mujeres que se encuentran en ese momento. Las redes familiares, de amigos, de otras mujeres es crucial para que el binomio de madre y bebé se encuentren en las mejores condiciones para que se lleve a cabo tal práctica y para ello es importante las ideas y por lo tanto la cultura del amamantamiento y la lactancia materna permee como una práctica prioritaria. En esta perspectiva es importante incorporar políticas sociales y de salud intersectoriales que traten la problemática de manera integral.

También es importante destacar los avances a la protección y fomento a la LME tanto a nivel internacional como nacional en torno al marco jurídico, ya que, estos recomiendan a las madres amamantar a los recién nacidos desde la primera hora de vida y de forma exclusiva durante los seis primeros meses, así como prolongar la lactancia materna con una alimentación complementaria adecuada, sin abandonar la lactancia materna hasta los dos años de edad o más. Para poder llevar a cabo lo antes mencionado se han llevado a cabo diversas acciones de orientación y vigilancia institucional como las instalaciones de lactarios en los lugares de trabajo.

Para promover la práctica y apoyo a la LME la promoción de la salud puede intervenir proporcionando las herramientas e información sobre este tema y de esta manera promover una elección informada en los participantes y brindarles el apoyo sea cual sea la decisión que tomen, para ello se sugiere:

- Indagar, por medio de grupos focales, las razones del porque no proporcionarían o apoyarían la LME.
- Conocer las historias de vida de personas que estén en la espera de un bebé.
- Desarrollar herramientas de promoción y práctica de la lactancia materna exclusiva desde el enfoque de Habilidades para la Vida.
- Fortalecer el acompañamiento de los futuros padres, madres e hijos.

De acuerdo a lo antes descrito se puede dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación y la hipótesis.

¿Cuáles son las ideas y prácticas sociales de estudiantes universitarios sobre la lactancia materna exclusiva?

En primera instancia las ideas de las y los estudiantes sobre la lactancia materna exclusiva son que en su mayoría reconocen que es el mejor alimento que no puede ser sustituido por ningún otro sucedáneo, así como los beneficios que esta aporta tanto al bebe, la madre y la sociedad. Con respecto a las prácticas sociales se pudo observar que

reconocen la importancia del apoyo a la mujer durante el proceso de amamantamiento por parte de la pareja, familia, instituciones de salud y de la misma sociedad, en este sentido tanto los hombres como las mujeres si la proporcionaran, ya que, también la recibieron como forma de alimentación. Es aquí donde se puede reconocer la importancia de las prácticas sociales en la reproducción de una conducta afirmado así la hipótesis.

ANEXOS:

Encuesta



Apreciable compañera/o estudiante, esta encuesta explora las opiniones sobre la lactancia materna exclusiva y es parte de mi trabajo de tesis para obtener el grado de licenciada en Promoción de la Salud por lo que les agradezco el tiempo dedicado a contestarla. La encuesta es anónima y les solicito que expresen sus puntos de vista. El uso de la información personal proporcionada en esta encuesta será protegida y usada únicamente con fines académicos.

Municipio o Alcaldía

Edad:							Sexo				
	18-2		25-31		32-38		39-44		M		H

Estado civil

	Vive con su pareja en unión libre		Separada (o)		Divorciada(o)		Viuda (o)		Casada (o)		Soltera (o)
--	--------------------------------------	--	-----------------	--	-------------------	--	--------------	--	---------------	--	----------------

Licenciatura

	Arte y Patrimonio Cultural		Nutrición y Salud
	Ciencia Política y Administración Urbana		Promoción de la Salud
	Ciencias Sociales		Protección Civil y Gestión de Riesgos
	Comunicación y Cultura		Ciencias Genómicas
	Creación Literaria		Ingeniería en Sistemas Electrónicos Industriales
	Filosofía e Historia de las Ideas		Ingeniería en Sistemas de Transporte Urbano
	Historia y Sociedad Contemporánea		Ingeniería de Software
	Derecho		Ingeniería en Sistemas Electrónicos y de Telecomunicaciones
	Ciencias Ambientales y Cambio Climático		Ingeniería en Sistemas Energéticos

Tu vivienda es:	
<input type="checkbox"/>	Casa independiente
<input type="checkbox"/>	Departamento en edificio
<input type="checkbox"/>	Vivienda en vecindad
<input type="checkbox"/>	Vivienda en cuarto de azotea
<input type="checkbox"/>	Local no construido para habitación

¿De qué material es la mayor parte del piso de esta vivienda?	
<input type="checkbox"/>	Tierra
<input type="checkbox"/>	Cemento
<input type="checkbox"/>	Madera, mosaico u otro recubrimiento
¿Esta vivienda tiene un cuarto para cocinar?	
<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No
¿En el cuarto donde cocinan, también duermen?	
<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No

¿Cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños?							
<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4 o más
¿Cuántos cuartos tiene en total esta vivienda, contando la cocina? (no cuente pasillos ni baños)							
<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4 o mas

Tienen							
<input type="checkbox"/>	taza de baño	<input type="checkbox"/>	Letrina	<input type="checkbox"/>	No tienen taza de baño ni letrina		
¿El servicio sanitario lo comparten con otra vivienda?							
<input type="checkbox"/>	Si				<input type="checkbox"/>	No	
El servicio sanitario							
<input type="checkbox"/>	tiene descarga directa de agua	<input type="checkbox"/>	le echan agua con cubeta	<input type="checkbox"/>	No se le puede echar agua		

El agua que usan en su vivienda proviene				
<input type="checkbox"/>	del servicio público	<input type="checkbox"/>	de un pozo comunitario	
<input type="checkbox"/>	de un pozo particular	<input type="checkbox"/>	de una pipa	
<input type="checkbox"/>	de otra vivienda	<input type="checkbox"/>	de la lluvia	
<input type="checkbox"/>	de otro lugar			
¿Cuántos días a la semana llega el agua a esta vivienda?				
<input type="checkbox"/>	Diario		<input type="checkbox"/>	Cada tercer día.

	Dos veces por semana		Una vez por semana
	De vez en cuando		
En esta vivienda tienen			
	Regadera		Bomba de agua
	cisterna o aljibe		Tinaco
	boiler o calentador de agua		calentador solar de agua
	aire acondicionado		panel solar para tener electricidad
Esta vivienda tiene drenaje o desagüe conectado a			
	la red pública		una fosa séptica o tanque séptico
	una tubería que va a dar a una barranca		una tubería que va a dar a un río, lago o mar.
	No tiene drenaje		
En esta vivienda la luz eléctrica la obtienen			
	del servicio público		de una planta particular
	de panel solar		de otra fuente
	No tiene luz eléctrica		
Cuántos focos tiene esta vivienda			
	1-5		6-10
			11-15
			16 y más

El combustible que más usan para cocinar es			
	leña o carbón		Gas
	Electricidad		Otro combustible
En esta vivienda tienen			
	refrigerador		lavadora
			horno de microondas
			automóvil o camioneta
	Televisor		teléfono celular
			línea telefónica fija
			motocicleta o motoneta
	servicio de televisión de paga		computadora, laptop o Tablet
			algún aparato o dispositivo para oír radio
			bicicleta que se utilice como medio de transporte
	Internet		consola de videojuegos
			servicio de televisión de paga
			servicio de películas, música o videos de paga por Internet

¿Actualmente trabajas?			
	Si		No
Si trabajas, ¿Cuál es tu ingreso mensual?			
	9000-11000		7000-8000
	5000-6000		3000-4000
Si vives con tu familia ¿cuál es el ingreso mensual de tu familia incluyendo tus ingresos?			
	De 100,000 pesos a 249,999 pesos		De 50,000 pesos a 99,999 pesos
	De 20,000 pesos a 49,999 pesos		Menos de 20,000 pesos

¿Cuál es el último grado de estudios de tu padre?				
	Doctorado		Maestría	Especialidad
	Licenciatura		Bachillerato tecnológico	Preparatoria o bachillerato general
	Secundaria		Primaria	Preescolar
	Ninguno			
¿Cuál es el último grado de estudios de tu madre?				
	Doctorado		Maestría	Especialidad
	Licenciatura		Bachillerato tecnológico	Preparatoria o bachillerato general
	Secundaria		Primaria	Preescolar
	Ninguno			
¿Cuál es el último grado de estudios de tus hermanos mayores de 18 años en caso de tenerlos?				
	Doctorado		Maestría	Especialidad
	Licenciatura		Bachillerato tecnológico	Preparatoria o bachillerato general
	Secundaria		Primaria	Preescolar
	Ninguno			

Señale la respuesta que describa lo que opinas sobre la LME

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente o indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

		1	2	3	4	5
1	La LME es el mejor alimento para los lactantes					
2	La LME puede ser sustituida por sucedáneos sin detrimento en los beneficios					
3	La leche materna protege a las y los bebés contra enfermedades infectocontagiosas, atopia, rinitis, alergias alimentarias y asma.					
4	La leche materna hace que los bebés logren un mejor desarrollo cerebral lo que le permitirá tener un mejor desempeño escolar					
5	La LME, promueve una fuerte relación afectiva entre madre e hijo					
6	Favorece el ahorro familiar al no tener que gastar en fórmulas lácteas, biberones, chupones y demás utensilios para prepararla.					
7	Disminuye los gastos de atención de salud del bebé, ya que el niño es menos propenso a enfermarse.					
8	La LME ayuda en el cuidado del medio ambiente puesto que la leche materna es un recurso natural y renovable					
9	Disminuye el gasto de atención a la salud de la madre, ya que reduce el riesgo de hemorragia ayudando a controlar el sangrado postparto					
10	Para llevar a cabo una LME adecuada se requiere el apoyo de la pareja					
11	Para llevar a cabo una LME adecuada se requiere el apoyo de la familia					
12	Para llevar a cabo una LME adecuada el apoyo del personal de salud					

13	Para llevar a cabo una LME adecuada el apoyo de la sociedad					
14	Para llevar a cabo una LME adecuada es fundamental el apoyo del lugar del trabajo					
15	Estás de acuerdo en que las mujeres den de lactar en espacios públicos					
16	Estás de acuerdo en que estén disponibles lactarios en espacios públicos como plaza comerciales o museos					

¿Las mujeres de tu familia han dado LME?					
	Si		No		
¿Sabes si te dieron LME?					
	Si		No		
¿Piensas tener hijos o tienes hijos?					
	Si		No		
¿Le darías o diste LME?					
	Si		No		
¿Apoyarías algún miembro de tu familia para que lleve a cabo la LME?					
	Si		No		
¿Ha recibido información específica sobre lactancia materna?					
	Si		No		
La información la recibiste de:					
	El personal de salud		la escuela		Familiares y amigos
Consideras que tu conocimiento sobre LME es:					
	Nulo		Insuficiente		Adecuado
					Muy bueno
¿Te gustaría conocer más acerca de la lactancia materna exclusiva?					
	Si		No		

REFERENCIAS:

Abascal, Elena y Grande, Idelfonso. (2005) Análisis de encuestas. Esic Editorial.

Acosta Silva, Marisleydis y de la Rosa Ferrer a José Manuel. (2018) Causas que determinan la interrupción de la lactancia materna exclusiva en los barrios Santa Cruz y Propicia I en Esmeraldas, Ecuador”. Universidad Católica de Ecuador. Ecuador.

Agualongo Quelal, Diana Elizabeth y Garcés Alencastro, Alejandra Christina. (2020). El nivel socioeconómico como factor de influencia en temas de salud y educación. Vínculos-ESPE. Vol. 5 Núm. 2. DOI:10.24133/vinculosespe. v5i2.1639

Aguayo Maldonado, Josefa., Arena Ansotegui, José., Diaz Gómez, Marta., Gómez Papi, Adolfo., Hernández Aguilar, María., Landa Rivera, Leonardo., Lasarte Velillas, Juan., Lozano de Torre, María. (2004). Lactancia Materna. Guía para profesionales. Asociación Española de Pediatría. Madrid.

Aguilar Palafox, María Isabel y Fernández Ortega, Miguel Ángel (2007). Lactancia materna exclusiva. Revista Facultad de Medicina UNAM, Vol. 50 No 4.

Amador González, Joselyn Estefanía Gabriela. (2018). Análisis del conocimiento aplicado a la enseñanza sobre nutrición del lactante por médicos de la Unidad de Medicina Familiar no. 20 Vallejo. Tesis de Especialidad. Universidad Nacional Autónoma de México.

Armas Fernández, Alicia Karina. (2020). Lineamientos y programas públicos nacionales para la atención del embarazo en adolescentes: caso de Iztapalapa, 2012-2018. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México.

Aristizábal Franco, Luis Evelio. (2018). Determinantes sociales de la lactancia materna exclusiva en el municipio de Pereira 2018. (Tesis de licenciatura). Universidad libre de Pereira. Colombia.

Álvarez Caballero, Mileydis; Orozco Echevarría, Nélida; Moreno Álvarez, Arianna; Marín Álvarez, Tania. Tur Vaillant India. (2017). Factores que influyeron en el abandono precoz de la lactancia materna en lactantes de un Grupo Básico de Trabajo. Revista Médica Electrónica de Cuba. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1579/3561>

Brahm, Paulina y Valdés, Verónica. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Revista Chilena de pediatría;88(1):7-14. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000100001>

Berrocal Walias. Sandra. (2020).” Muerte súbita del lactante: prevención de los factores de riesgo”. (Tesis de licenciatura). Facultad de enfermería y fisioterapia. Universidad de Salamanca. Salamanca.

Briceño Medina, Adriana Marine. (2017). Factores selectos asociados a características de la lactancia materna en Mérida, México. (Tesis de maestría). Centro de investigación y de estudios avanzados del Instituto Politécnico Nacional. México.

Borre YM, Cortina C, González G. (2014). Lactancia materna exclusiva: ¿la conocen las madres realmente? Rev. Cuid. 2014; 5(2): 723-30. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.84>

Calderón Macias, María Liliana. (2013). “Campaña de concientización sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida en Santo Domingo, D.N, 2018”. (Tesis de maestría). Universidad Técnica Particular de Loja.

Calixto González, Rocío; González Jiménez, Marco Antonio; Bouchan Valencia, Patricia; Paredes Vivas, Lidia Yuriria; Vázquez Rodríguez, Stephania; Cérbulo Vázquez, Arturo. (2011). Importancia clínica de la leche materna y transferencia de células inmunológicas al neonato. Perinatología y reproducción humana, 25(2), 109-114.

Cámara de diputados. (2017). Gaceta Parlamentaria, año XX, número 4719, martes 14 de febrero de 2017. Obtenido de.

https://www.inee.edu.mx/medios/informe2019/stage_04/archivo/INEE-Informe-2016_13-Referencias-Bibliograficas.pdf

Chacón de Alba Karen Margarita y Andrade Leal Brigitte Geraldine. (2019). “Factores determinantes asociados a la intención de lactancia En un grupo de gestantes de Bogotá y Cundinamarca”. (Tesis de licenciatura). Ciudades Ciencias y ambientales. Bogotá Colombia.

Carrillo Navarro, Anabel; Gallegos Gallegos, Rossana Patricia; Barragán Lizama, Ligia Araceli. (2020). Factores maternos que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva. *Revista salud en Tabasco*, 26 (1,2).

Castañeda Duran, Rocío Nayeli. (2022). Factores que influyen, en apego a la lactancia materna exclusiva en embarazadas y madres lactantes: Hospital Huehuetoca agosto 2020 enero 2021. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México.

Castañeda Juárez, D. E. (2020). Características y determinantes de la lactancia materna en madres de lactantes que acuden a control del Niño sano de un Hospital Universitario del Noroeste de México 2020. Tesis de grado. Universidad Autónoma de Nuevo León.

Castillo Maldonado, Á. M., & Torres Correa, M. E. (2021). Activos de salud que favorecen una lactancia materna exclusiva. *Gualaquiza* enero a mayo 2021. Tesis de Maestría. Universidad del Azuay.

Castillo Petersen, Ana Cristina. (2021). La obesidad infantil como problema de salud pública mundial: los casos de México y los Estados Unidos. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México.

Cansino Ventura Nicolás Fernando. (2019). Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en Madres adolescentes que acuden al puesto de salud Santa Ana, 2019. (Tesis de licenciatura). Universidad Señor de Sipán. Pimentel, Perú.

Cañamero Pascual, Irene. (2017). Lactancia Materna para Profesionales de la Salud. ICB Editores. España.

Caudillo Diaz, Tatiana Guadalupe. (2022). Conocimientos respecto a la Lactancia Materna del personal de Enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. (Tesis de Maestría). Universidad de Guanajuato. Guanajuato.

Centurión, D. (2008). De la opinión a la sociedad de la información y del conocimiento: un abordaje epistemológico. Revista Internacional de Investigación en Ciencias Sociales, 4(2).

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2016). Lactancia Materna. Salud Materna y Perinatal. Gobierno de México. Obtenido de:<https://www.gob.mx/salud/cnegsr/acciones-y-programas/lactancia-materna-salud-materna-y-perinatal>

Corbetta, Piergiorgio. (2003). Metodología y Técnicas de Investigación Social. Madrid. McGraw-Hill

Curbelo Castro, María Celeste. (2015). Información sanitaria en la Web 2.0: YouTube como fuente de divulgación del conocimiento sobre lactancia materna. (Tesis Doctoral). Universidad de Alicante. Obtenido de: <http://hdl.handle.net/10045/46272>

DOF. (2023). Ley General de Salud. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Última reforma publicada DOF 29-05-2023. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Obtenido de: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

Declaración de Innocenti. (1990). Sobre la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna. Florencia, Italia.

DOF. (2014). Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Diario oficial de la federación.

DOF. (2022). Ley general de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Diario oficial de la federación.

DOF. (2023). Ley de asistencia social. ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Diario oficial de la federación.

Diario de los Debates de la Cámara de Diputados del Congreso de los Estados Unidos Mexicanos (2020). Apéndice II, continuación del apéndice I sesión 3 del 8 de enero de 2020. Diario de los Debates de la Cámara de Diputados.

DOF. (2020). Programa Sectorial derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación.

Escamilla Pacheco, Alma Lucia. (2019). Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna antes de los 6 meses en la UMF 76 con UMAA en la ciudad de Nuevo Laredo Tamaulipas. (Tesis de Especialidad). Universidad Nacional Autónoma de México.

ENSANUT. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Instituto Nacional de Salud Pública México. Obtenido del: <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

ENSANUT. (2018). Presentación de resultados. Instituto Nacional de Salud Pública México. Obtenido del: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf

ENIM. (2017). Encuesta Nacional de niños, niñas y mujeres 2015. Instituto Nacional de Salud Pública. Obtenido del: https://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF_ENIM2015.pdf

FAO, OPS, WFP y UNICEF. 2019. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2019. Santiago. Obtenido de: <https://www.fao.org/3/ca6979es/ca6979es.pdf>

FAO, FIDA, OMS, PMA Y UNICEF. (2020). El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2020. Transformación de los sistemas alimentarios para que promuevan dietas asequibles y saludables. Roma. Obtenido de: <https://doi.org/10.4060/ca9692es>

FAO. (2014). Segunda conferencia internacional sobre nutrición. Mejor nutrición, mejor vida. Organización de las naciones unidas para la alimentación y la agricultura. Roma, Italia. Obtenido de: <http://www.fao.org/3/a-i4465s.pdf>

Flores Reyes, M. J., & Guillen Cotaquispe, M. R. (2019). Conocimiento, actitud y práctica de la lactancia materna de las madres de recién nacido de la unidad de neonatología del Hospital Uldarico Rocca Fernández-2017. (Tesis de grado). Universidad Nacional del Callao. Perú.

Flores, J. (2015). Guía de Lactancia Materna. Implementación de Acciones en Lactancia Materna. Dirección General de Alimentación y Desarrollo Comunitario. Dirección de Atención Alimentaria. Obtenido de: <https://www.derechoshumanoscdmx.gob.mx/wp-content/uploads/ImplementacionAccionesLactanciaMaternaSNDIF-ilovepdf-compressed.pdf>.

Flores Urbáez, M. (2005). Gestión del conocimiento organizacional en el taylorismo y en la teoría de las relaciones humanas. *Espacios*, 26(2), 2.

García Santibáñez, E. (2019). Enlace Parlamentario, órgano informativo del Grupo Parlamentario de Morena. Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, LXIV Legislatura.

González Castell, Luz Dinora (2020). Situación actual de la Lactancia Materna en México. Resultados de la Ensanut 2018-2019. Instituto Nacional de Salud Pública

González García, Dafne Jocelyn. (2021). Visión holística de la lactancia materna, en México. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. Estado de México

Garduño García, María Alejandra. (2020). Educación para la alimentación en el contexto escolar: una propuesta pedagógica para nivel preescolar. (Tesina de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México.

González Quispe, C. J. (2019). Conocimiento sobre Lactancia Materna Exclusiva en madres de niños menores de seis meses del Centro de Salud David Duarte, concepción 2019. Tesis de especialidad, Universidad Nacional de Huancavelica.

Gitz E. (2020). Lactancia materna: debates teóricos sobre su presencia en la identidad femenina y en las representaciones de la buena maternidad. Revista Científica de UCES, 25(2).

Guagrilla puma, J. V. (2022). Conocimientos y Practicas de Lactancia Materna Asociada a Enfermedades prevalentes de la infancia en el Centro de Salud Chugchilan 2021 [Tesis de maestría, Universidad Técnica del Norte]. Recuperado de <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/12994>.

Guevara Cisneros, Susan Jazmín (2020). Factores asociados al abandono de la Lactancia Materna Exclusiva. (Tesis de licenciatura). Universidad abierta Interamericana. Buenos Aires.

Heredia Torres, Yomaira Alejandra y Poveda Maldonado, Erika Karina. (2018). Factores asociados al abandono de la lactancia materna en madres de niños y niñas menores de 6 meses en Latinoamérica. (Tesis de licenciatura). Universidad del milagro. Ecuador.

Herrera Martínez, N. A. (2016). Estudio comparativo sobre Lactancia Materna en puérperas inmediatas que recibieron y no recibieron educación prenatal, atendidas en el hospital maría auxiliadora, 2016. (Tesis de licenciatura). Universidad Alas Peruanas. Perú.

Hernández Sampieri, Roberto., Collado, Carlos Fernández., Batista Lucio, Pilar. Metodología de la investigación, México, McGraw-Hill, 2006, Sexta Edición.

Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF. (2016). Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015.

INSP. (2017). Lactancia Materna en México. Instituto Nacional de Salud Pública. México. Obtenido de: <https://www.insp.mx/avisos/3367-lactancia-materna-mexico.html>

Jiménez Sánchez, Guadalupe. (2012). Teorías de desarrollo III. (1° ed.). Red tercer milenio. Estado de México.

Juez García, Gabriela., Niño Moya, Rosa., Ortega Weason, Raúl., Mena Nannig, Patricia., Santander Rigollete, Silvia., González Opazo, Miriam. 2010. Manual de Lactancia Materna. (2° ed.). Ministerio de Salud. Chile.

Laínez Ramírez, Iván David. Lactancia materna y su relación con el desarrollo cognitivo en niños de 7 a 10 años, comuna Sitio Nuevo, 2022. (Tesis de grado). Universidad Estatal Península de Santa Elena.

León Pontigo María Isabel. (2019). Factores que dificultan la práctica de la lactancia materna en un hospital público. (Tesis de grado). Universidad de Ciencias y artes de Chiapas. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Lugo Anduaga, Yeimy., Guerrero Hernández, Rosa Elvia., López Carbajal, Mario Joaquín. (2019). Depresión posparto como factor asociado al abandono de la lactancia materna. Atención Familiar.23 (3).

Mantilla Castellanos, Leonardo. (2001). Habilidades para la Vida. Una propuesta Educativa para la promoción del desarrollo humano y la prevención de problemas psicosociales. Ministerio de Salud y Fe y Alegría. Bogotá, Colombia.

Martínez Almazán, Marisol. (2022). Parto humanizado y la violencia obstétrica en la visión de Ainoa Biurrun Garrido. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. Morelia, Michoacán.

Martínez García, Rosa María, Jiménez Ortega, Ana Isabel, Peral-Suárez, África, Bermejo, Laura M, & Rodríguez-Rodríguez, Elena. (2020). Importancia de la nutrición durante el embarazo. Impacto en la composición de la leche materna. *Nutrición Hospitalaria*.37.

Martínez Plasencia, Ulises; Rangel Flores, Yesica Yolanda y Rodríguez Martínez Ma. Estela. (2017). “¿Lactancia materna o en pareja? Un estudio sobre la experiencia de reconfiguración de cuerpos, roles y cotidianidades en madres y padres y padres mexicanos”. *Salud pública*, 33(9).

Medrano Colon, Ricardo Ezequiel. (2020). Las prácticas semiótico-discursivas sobre la sostenibilidad en la producción y el consumo de animales no humanos en México. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México.

Melendrez Diaz, M. K. (2019). Factores sociales relacionado con el nivel de conocimiento sobre la Lactancia materna exclusiva en madres que acuden al Puesto de salud La Villa. (Tesis de Licenciatura). Sayán.

Minchala Urgiles. Rosa Elvira, Ramírez coronel, Andrés Alexis, Caizaguano Dutan. Mercy Karina, Estrella-González. María de los Ángeles, Altamirano-Cárdenas. Luis Francisco, Pogyo-Morocho. Gloria Luzmila, Andrade-Molina. Marina Cecilia, Sarmiento-Pesántez. Mercedes Magdalena, González-León. Fanny Mercedes, Abad-Martínez. Nancy Isabel, Cordero-Zumba. Nancy Beatriz, Romero-Galabay. Ignacia Margarita. (2020). LA Lactancia Materna como alternativa para la prevención de enfermedades materno-infantiles: Revisión sistemática. *Archivos Venezolanos de farmacología y terapéutica*; 39(8). DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4543500>

Miranda Pérez, Rodolfo., Hernández Pérez, Martha Beatriz., Cruz Morales Yenisel. (2011). Lactancia Materna. Generalidades y aplicación. *Practica en pediatría*. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Facultad Dr. Salvador Allende, Departamento de Enfermería. La Habana.

Mota Castillo, Pedro Javier. (2022). Conformación de los saberes sobre Lactancia Materna en personal médico pediatra. (Tesina de especialidad). Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Mota Castillo, Pedro Javier., Hernández Ibarra, Luis Eduardo; Peicastre Villafuerte, Blanca Estela; Rangel Flores, Yesica Yolanda. (2019). Experiencia y creencias sobre lactancia materna exclusiva en una región de México. *Journa of Nursing of Health*. México.

Munkel Ramírez, Laura; Durón González, Rodrigo; Bolaños Morales, Pamela. (2018). Síndrome de muerte súbita del lactante. *Medicina legal de Costa Rica*, Vol. 35 No 1

Naranjo Rodríguez, Carmen Elisa; Heredia Torres, Yomaira Alejandra; Poveda Maldonado, Erika Karina. (2018). Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de seis meses en Latinoamérica. (Tesis de licenciatura). Universidad del Milagro. Ecuador.

OMS. (2003). Estrategia Mundial para la alimentación del Lactante y del niño pequeño. Organización mundial de la salud. Ginebra. Obtenido de: https://www.who.int/nutrition/publications/gf_infant_feeding_text_spa.pdf

OMS. (2014). Resultados de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición. Organización Mundial de la Salud. Roma. Obtenido de: <http://docplayer.es/12932964-Resultados-de-la-segunda-conferencia-internacional-sobre-nutricion.html>

OMS. (2018). 10 datos sobre Lactancia Materna. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>

OMS. (2021). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Lactancia Materna. Organización Mundial de la salud. Ginebra. Obtenido de: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/

OPS. (1996). Promoción de la Salud: una antología. Organización Panamericana de la Salud. Washington.

OPS. (2008). Iniciativa Hospital Amigo del Niño, revisada, actualizada y ampliada para la atención integral, Sección 3, Lactancia Promoción y Apoyo en un Hospital Amigo del Niño, curso de 20-horas para el personal de la maternidad.

OPS. (2016). La Iniciativa hospital amigo del niño en América Latina y el Caribe: Estado actual, retos y oportunidades. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D. C

OPS. (2019). Beneficios. Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9328:breastfeeding-benefits&Itemid=42403&lang=es

OMS. (2017). Metas mundiales de nutrición 2025. Documento normativo sobre lactancia materna. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Obtenido de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255731/WHO_NMH_NHD_14.7_spa.pdf?ua=1

OMS. (2019). Nutrición. Recomendación de la OMS sobre la alimentación del lactante. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de: https://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/es/

-

OMS. (2019). Nutrición. Alimentación Complementaria. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de: https://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/

OMS, (2011). Declaración política de la reunión de alto nivel de la asamblea general sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. <https://undocs.org/pdf?symbol=es/A/66/L.1>

ONU. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Organización de las Naciones Unidas. Resolución 217 A (III). Paris. Obtenido de: <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

OMS. (1981). Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42533/9243541609_spa.pdf;jsessionid=DA3E1B91840603EE8666CECCC0980CBB?sequence=1

OMS. (1985). Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento Declaración De Fortaleza 1985. Organización Mundial de la Salud. Lancet. Obtenido de <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/OMS.-Recomendaciones-de-la-OMS-sobre-el-nacimiento.-Declaraci%C3%B3n-de-Fortaleza-1985.-Recomendaciones-de-la-OMS-para-la-Atenci%C3%B3n-intraparto-1999.pdf>

OMS. (2008). Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2014). Plan integral de aplicación sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

OMS. (2004). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Obtenido de: https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf

OMS. (2013). Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf

ONU. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. Organización de las Naciones Unidas. Resolución 44/25. Obtenido de: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/crc.aspx>

OPS. (2022). Lactancia materna y alimentación complementaria. Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de: [Estrategia_plan_accion_salud_recien_nacido-2008.pdf?ua=1](#)

OPS. (2008). Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre del recién nacido y del niño. Organización Panamericana de la Salud. Washington. Obtenido de: <http://www1.paho.org/PAHO-USAID/dmdocuments/MatNeoNat>

OPS. (2013). Seminario. Experiencia exitosas en la prevención de la obesidad infantil. Organización Panamericana de la Salud. Santiago de Chile. Obtenido de: http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/pr/ac/Pr2013_Ad_OMS.pdf

Osorio Aquino, María del Carmen., Landa Rivera, Ruth Angélica; Blázquez Morales, María Sobeida, Leticia., García Hernández, Nallely., León Vera, José Gerardo. (2019). Conocimiento y factores de finalización de lactancia materna en mujeres de una comunidad en Veracruz, México. Revista universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Vol. 18, No 2.

Ovando Arias, Mateo. (2022). El derecho humano a la salud mental infantil como imperativo para el bienestar y sano desarrollo de niñas, niños y adolescentes en México. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México. Villahermosa, Tabasco.

Palacios de León, Juan de Dios. (2019). "Determinación del nivel de conocimiento sobre lactancia materna en puérperas de alojamiento conjunto antes y después de su capacitación". (Tesis para diplomado). Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Palomino Vera, Julián Oswaldo. (2017). Factores socioculturales que influyen en las madres adolescentes para el abandono de la lactancia materna antes de los 6 meses de edad en el Centro de Salud del Cantón Daule 2018". (Tesis de licenciatura). Universidad de Guayaquil.

Paredes Juárez, Eva; Trujillo Orozco, Luz Amelia; Chávez Fernández, Martha Andrea., Romero Anguiano, Alejandro; León Méndez, David; Muños Cortés, Gerardo. (2018). Conocimiento y práctica sobre lactancia materna de mujeres primigestas derechohabientes de una unidad de medicina familiar. *Revista de enfermería del Instituto Mexicano del seguro social*. México.

Pardo Molina, Isabella; Pinto Escobar, Karen Rosario; Ruiz Arango, María Camila. (2021). *Habilidades para la Vida: Una reflexión sobre las estrategias para fomentar el desarrollo positivo en los jóvenes en Latinoamérica*. Universidad CES. Colombia.

Prado Cuadros, T., & Sermeño Palacios, C. L. (2018). *Determinantes sociales del abandono de la lactancia materna exclusiva en niños a término menores de 6 meses en el Centro de Salud Margomarca en San Juan de Lurigancho, 2017*. (Tesis de licenciatura). Universidad María Auxiliadora. Lima, Perú.

Pérez Trejo, María Guadalupe. (2016). *Intervenciones de enfermería en el banco de leche humana*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México.

Pezo Caballero, Carlos Usmar y Moore Arévalo Walter Pool. (2019). "Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en madres atendidas en el Hospital II -2 Tarapoto durante diciembre 2017 a junio 2018". (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de San Martín-Tarapoto. Perú.

Pujalt y León, Roger Alonso Luis. (2009). *Proyecto Meyalli. Modelo en educación alimentaria, para madres de familia, docentes de preescolar hijas/alumnas de Meyalli*. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Quilumba Canencia, K. E. (2021). *Empoderamiento en mujeres sobre la lactancia materna que acuden al Centro de Salud tipo A Pifo en el año 2020*. (Tesis de Licenciatura), PUCE-Quito.

REA. (2021). *Opinión*. Real Academia Española. Asociación de Academias de la Lengua Española.

Ramírez Galicia, M. (2020). Intervención educativa para fortalecer la práctica de la lactancia materna. (Tesina de Diplomado). Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Cuernavaca, Morelos.

Ramiro González, María D., Ortiz Marrón, Honorato., Arana Canedo-Argüelles, Celina., Esparza Olcina, María Jesús., Cortés Rico, Olga; Terol Claramonte, María y Ordobás Gavin, María (2017). Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. Asociación Española de pediatría. España.

Ramos Rodríguez, Rosa María. (2012). Leche, vida y tradición: lactancia materna en Cuentepec, Morelos. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México.

Regalado Taveras, Stephanie. (2015). “Campaña de concientización sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida en Santo Domingo, D.N, 2018.”. (Tesis de Licenciatura). Universidad Apec. Santo Domingo, D. N. Republica Dominicana.

Requejo Marcos, Ana., Ortega Anta, Rosa. (2006). Manual de nutrición clínica en atención primaria. España. Editorial Complutense. Primera Edición. Pag 68.

Reza Suárez. Lilian, Franco Fernández. Marlon, Cayambe Carrillo. Johanna, Calderón Pilligua. Tatiana. (2018). La Lactancia Materna y su repercusión en el desarrollo cognitivo. Revista caribeña de ciencias sociales; En línea: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/07/lactancia-materna-desarrollo.html>.

Reyes Pérez, Narce Dalia. (2020). Gasto Publico en salud del lactante: caso Hospital General de los Mochis, Sinaloa. (Tesis de Doctorado). Universidad Autónoma de Nayarit. Tepic, Nayarit.

Rocco, L., & Oliari, N. (2007). La encuesta por internet como alternativa metodológica. VII Jornadas de Sociología, 1, 1-11.

Rodríguez Avilés, D. A., Barrera Rivera, M. K., Tibanquiza Arreaga, L. del P., & Montenegro Villavicencio, A. F. (2020). Beneficios inmunológicos de la leche materna. *RECIAMUC*, 4(1), 93-104. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.\(1\).enero.2020.93-104](https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.(1).enero.2020.93-104)

Romero Cevallos, John Patricio. (2015). “Factores actitudinales relacionados con la intención de otorgar Lactancia Materna Exclusiva en madres con puerperio inmediato atendidas en el área de maternidad del hospital Provincial General de Latacunga en el período agosto del 2014 a enero del 2015”. (Tesis de Licenciatura). Universidad Técnica de Ambato. Ecuador.

Roncal Ocas, L. N. (2019). Análisis de los Factores que influyen en la ejecución del programa Articulado Nutricional que se implementa a través de la Microred de salud Cochabamba provincia de Chota, región Cajamarca, 2019. Tesis de maestría. Pontificia Universidad del Perú.

Rosada Navarro, Yumei; Delgado Medina, Wilmar; Mireles Ochoa; pues yo los veo Figueroa González y barrios García y entonces don Pedro José. (2019). Factores de riesgo que influyen en el abandono de la lactancia materna 2017- 2018. *Multimed*,23(6).

Sánchez Vázquez, Stephany. (2020). La competencia psicosocial cumple una función importante en la promoción de la salud. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México.

Saravia-Bartra, M. Mercedes, Cazorla Pedro, Ignacio-Cconchoy, Felipe, Cazorla-Saravia Patrick. (2021). Lactancia materna exclusiva como factor protector de la leucemia linfoblástica aguda. *Revista Chilena de pediatría*;92(1):34-41. <http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v92i1.2617>.

Salas Sangabriel, María Teresa del Sagrario. (2017). Intervenciones de enfermería especializadas a multigesta en trabajo de parto en fase activa, bajo el enfoque de parto respetado a libre elección y con base en la teoría de autocuidado de Dorotea E. Orem. (Tesis de Especialidad). Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México.

Schellhorn, Cecilia y Valdés, Verónica. (2010). Lactancia Materna contenidos técnicos para profesionales de la salud. Manual de Lactancia Materna. Ministerio de Salud. Chile. Obtenido de: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf.

SSA. (2015). Promoción de la Salud. Secretaria de Salud. Obtenido de: <https://www.gob.mx/salud/articulos/promocion-de-la-salud-9799>

SSA. (2010). Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. (1° ed.). Secretaria de Salud. México.

DOF. (2018). Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2018, para la prevención y el control de la infección por Virus de Inmunodeficiencia humana. Diario Oficial. Secretaria de Salud. México.

SSA. (2019). Programa Sectorial 2019-2024. Secretaria de Salud. México. Obtenido de: http://saludsinaloa.gob.mx/wpcontent/uploads/2019/transparencia/PROGRAM_SECTORIAL_DE_SALUD_2019_2024.pdf

Schellhorn H. Cecilia y Valdés L. Valeria. (2010). Manual de Lactancia Materna. 2a edición. Ministerio de Salud. Chile.

Soto Osorio Edith y Sánchez Caraballo Álvaro. (2019). Determinantes sociales en la práctica de la lactancia materna en un municipio de Colombia, 2017. Revista cultura del cuidado enfermería.16 (1).

Tasiguano Suarez, M. E. (2020). Conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva en mujeres de 20 a 35 años de edad que acuden a la consulta externa del Centro de Salud la Inmaculada sur de quito periodo mayo-junio 2020. 2020. Tesis de Licenciatura. Quito.

The Lancet. (2016). Primera Serie 2016 Sobre Lactancia Materna.

UNICEF. (2022). Lactancia materna como un derecho. Legislación actual. Fondo de las Naciones Unidas y de la Infancia. México. Obtenido de: <https://unicef.org.mx/lactanciaytrabajo-legislacion/>

UNICEF. (2020). Lactancia Materna. La leche materna es el mejor alimento para niños y niñas durante sus primeros 6 meses de vida. Obtenido de UNICEF México: <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>

UNICEF Y MINSA. (2019). Promoción y apoyo a la Lactancia Materna en establecimientos de Salud amigos de la madre y el niño. (1° ed.). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Ministerio de Salud. Lima- Perú.

UNICEF. (2019). 8ª Fiesta Mexicana de la Lactancia. Un espacio de empoderamiento para promover la lactancia materna. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. México. Obtenido de: <https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/8%C2%AA-fiesta-mexicana-de-la-lactancia>

UNICEF. (2019). La Agenda de la Infancia y la Adolescencia 2019-2024. Fondo de las Naciones Unidas y de la Infancia. México. Obtenido de: <https://www.unicef.org/mexico/media/306/file/agenda%20de%20la%20infancia%20y%20la%20adolescencia%202019-2024.pdf>

UNICEF (2017). Habilidades para la Vida. Herramientas para el buen trato y la prevención de la violencia. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Venezuela.

UNICEF. (2005). Hacia la Promoción y rescate de la Lactancia Materna. (2° ed.). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Venezuela.

Valenzuela Villajuan, Xiomara Gianina. (2020).” Factores vinculados al abandono de la lactancia materna exclusiva En madres de la clínica María del socorro, Ubicada en el distrito de ATE, 2020”. (Tesis de licenciatura). Universidad Norbert Wiener. Lima, Perú.

Valle Rosas, Mirna Patricia., García Torres, Osvaldo., Álvarez Villaseñor. (2020). Factores que influyen en la madre, en el abandono de la Lactancia Materna. Revista CONAMED. Vol. 25, No 4.

Valverde Molina, Irma., Mendoza Caballero, Nancy Angélica., Peralta Reyes, Isabel Cristina. (2017). Enfermería Pediátrica. 2a. edición. Editorial El manual moderno.

Velásquez Carvallo, Olga Zoraida. (2021). Factores socioeconómicos y Lactancia Materna Exclusiva en niños menores de seis meses, Hospital arzobispo Loaiza, Lima, 2020. Tesis de grado. Universidad Autónoma de ICA. Lima.

Vergara Quintero, María del Carmen. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. Hacia la Promoción de la Salud. Vol. 12.