



**UNIVERSIDAD DEL PAPALOAPAN**  
**LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**  
**CAMPUS TUXTEPEC**

“Autoeficacia en la lactancia materna y su relación con IRAs y peso de lactantes”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciado en Enfermería

PRESENTA:

FÉLIX HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

DIRECTORA: M.E. SILVIA FRANCO BARCENAS

SAN JUAN BAUTISTA TUXTEPEC, OAXACA A 12 de Abril de 2024

## **Hoja de originalidad**

El presente trabajo no ha sido aceptado o empleado para el otorgamiento de título o grado diferente o adicional al actual. La tesis es resultado de las investigaciones del autor, excepto donde se indican las fuentes de información consultadas. El autor otorga su consentimiento a la **Universidad del Papaloapan** para la reproducción del documento con el fin del intercambio bibliotecario siempre y cuando se indique la fuente.

## **Agradecimientos**

Mi mayor gratitud a Dios porque sin él no hubiera sido posible alcanzar mis metas y sueños.

Agradezco al Sistema de Universidades del SUNEО por hacer posible mi formación becando mis estudios.

Agradezco al Centro de Salud Urbano Núm. 2 Col. La estrella de Oaxaca de Juárez, Oaxaca, por la apertura para la aplicación del instrumento de investigación para esta tesis.

A mis padres porque siempre están conmigo brindándome todo su apoyo.

A mi estimada tutora M.E. Silvia Franco Bárcenas por su acertada dirección en la culminación de esta tesis fruto de un gran esfuerzo.

A mis revisoras, que han cultivado en mí las ansias de descubrir nuevos horizontes sembrando sus conocimientos, M.A.S.E. Dulce Rosario Ortiz García Que me oriento de una manera correcta y acertada en la elaboración de esta tesis. También a la M.C.S. Ana María González Ponce por su valioso apoyo. A la M.S. Lina María Reyes Pérez por sus aportaciones para la perfección y redacción de esta tesis.

Agradecimiento en especial a la Lic. en Enfermería Karina Revilla Villalobos por mostrarme su apoyo incondicional en este proceso de tesis. Agradezco también a la Lic. en Enfermería Juana Cruz Martínez por su apoyo en la aplicación del instrumento de investigación.

## **Dedicatoria**

Dedico esta tesis a Dios, a mis padres y hermanas, sin ustedes nada de esto sería posible. Por eso, me gustaría hacer el firme compromiso ante ustedes de que, cuando ejerza mi profesión y vea un paciente, veré en su rostro a los míos y los atenderé con el cariño y respeto que los atendería a ustedes.

## Índice de contenido

Abreviaturas.....	8
Resumen en español.....	9
Resumen en ingles .....	10
I. Introducción.....	11
II. Justificación.....	13
III. Planteamiento del problema .....	17
IV. Marco teórico .....	20
4.2.1. Objetivo general.....	28
4.2.2. Objetivos específicos .....	28
V. Marco metodológico .....	29
5.1. Diseño de investigación .....	29
5.2 Población, muestra y muestreo .....	29
5.3 Criterios de inclusión .....	29
5.4 Criterios de exclusión.....	29
5.5 Criterios de eliminación .....	30
5.6 Descripción del instrumento.....	30
5.7 Operacionalización de las variables.....	32
5.8 Recursos humanos.....	34
5.9 Recursos de materiales.....	34
5.10 Procedimiento metodológico .....	34
5.11 Procedimiento estadístico .....	35
5.12 Aspectos éticos .....	36
VI. Resultados.....	38
VII Discusión .....	60
VIII Conclusiones .....	62
IX Limitaciones .....	62
X. Recomendaciones.....	62
XI. Referencias.....	63
XII Anexos.....	70

## Índice de tablas

Tabla 1. Estado civil. ....	38
Tabla 2. Nivel de estudios.....	39
Tabla 3. Ocupación. ....	40
Tabla 4. Género del lactante. ....	41
Tabla 5. IMC del lactante.....	42
Tabla 6. Estado nutricional del lactante.....	43
Tabla 7. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque esté en público.....	44
Tabla 8. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque atravesase por problemas personales. ....	45
Tabla 9. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque las personas en la calle estén en desacuerdo.....	46
Tabla 10. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque personas significativas (pareja, padres, hijos) estén en desacuerdo. ....	47
Tabla 11. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque trabaje.....	48
Tabla 12. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque esté cansada.....	49
Tabla 13. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque esté enferma. ....	50
Tabla 14. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque no quiera hacerlo.....	51
Tabla 15. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque me sienta triste o desanimada. ....	52
Tabla 16. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque tenga que hacer. ....	53
Tabla 17. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque está en una fiesta. ....	54
Tabla 18. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque no perciba beneficios. ....	55
Tabla 19. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque tenga grietas en los pezones. ....	56
Tabla 20. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque me produzca dolor en los senos. ....	57
Tabla 21. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque se me escurra la leche. ....	58

## Índice de figuras

Figura 1. <i>Estado civil</i> .....	38
Figura 2. <i>Nivel de estudios</i> .....	39
Figura 3. <i>Ocupación</i> .....	40
Figura 4. <i>Género del lactante</i> .....	41
Figura 5. <i>IMC del lactante</i> .....	42
Figura 6 <i>Estado nutricional del lactante</i> .....	43
Figura 7. <i>Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque esté en público.</i> .....	44
Figura 8. <i>Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque atraviere por problemas personales</i> .....	45
Figura 9. <i>Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque las personas en la calle estén en desacuerdo</i> .....	46
Figura 10. <i>Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque personas significativas (pareja, padres, hijos) estén en desacuerdo.</i> .....	47
Figura 11. <i>Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque trabaje</i> .....	48
Figura 12. <i>Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque esté cansada</i> .....	49
Figura 13. <i>Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque esté enferma</i> .....	50
Figura 14. <i>Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque no quiera hacerlo.</i> .....	51
Figura 15. <i>Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque me sienta triste o desanimada.</i> .....	52
Figura 16. <i>Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque tenga que hacer.</i> .....	53
Figura 17. <i>Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque está en una fiesta.</i> .....	54
Figura 18. <i>Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque no perciba beneficios.</i> .....	55
Figura 19. <i>Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque tenga grietas en los pezones</i> .....	56
Figura 20. <i>Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque me produzca dolor en los senos</i> .....	57
Figura 21. <i>Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque se me escurra la leche</i> .....	58

## **Abreviaturas**

**AE.** Autoeficacia

**AELM.** Autoeficacia para Lactancia Materna

**BP.** Bajo Peso

**EBHGA.** Streptococcus beta-hemolítico del Grupo A

**IRAS.** Infecciones Respiratorias Agudas

**LM.** Lactancia Materna

**MN.** Malnutrición

**OB.** Obesidad

**OMS.** Organización Mundial de la Salud

**PS.** Peso Saludable

**SP.** Sobrepeso

## Resumen en español

**Introducción.** Las Infecciones respiratorias agudas (IRAs) son el primer padecimiento de consulta en menores de 4 años en México, se considera un problema importante para la salud pública ya que compromete la salud de los menores. El bajo peso se considera un riesgo para contraer alguna enfermedad respiratoria, al igual que la ausencia de la lactancia materna. En México solo el 5% de las madres se autoperciben eficaces para brindar lactancia materna, mientras que otras madres optan por alimentar a sus hijos con fórmula.

Es importante indagar la capacidad de la madre para poder llevar a cabo este proceso de lactancia por ello, el objetivo del presente estudio es determinar la relación entre Autoeficacia en la lactancia materna (AELM) con IRAs y bajo peso en lactantes, basado en la teoría de Autoeficacia de Bandura. **Metodología.** Universo conformado por 145 madres y lactantes de 0 a 2 años que acuden al centro de salud urbano número 2 “La estrella” de la ciudad de Oaxaca. El instrumento que se utilizó fue Autoeficacia para lactar validado para población mexicana, de los autores Juárez-Castelán, *et al.* (2018). **Resultado.** La asociación entre variables IRA y AEML fue negativa y no significativa ( $p = -.132$ , con una significancia de  $.114$ ). Por lo que se concluye que no hay relación entre el número de IRAs y la AEML. Se realizó un análisis de  $\chi^2$  para verificar si había diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de lactantes de bajo peso y el resto de los niños y no se encontró diferencia significativa respecto a IRAs ( $\chi^2 = 8.959$ ,  $gl = 9$ ,  $p = .441$ ) ni a AEML ( $\chi^2 = 829.316$ ,  $gl = 28$ ,  $p = .397$ ).

Así mismo, se estudió si había diferencia entre los lactantes de peso normal y el resto de lactantes respecto a IRAs ( $\chi^2 = 5.860$ ,  $gl = 9$ ,  $p = .754$ ) ni a AEML ( $\chi^2 = 26.942$ ,  $gl = 28$ ,  $p = .522$ ).

**Discusión** La LM parece no tener un papel significativo para el desarrollo de IRAs de los lactantes. Esto puede deberse a la participación activa de otros fenómenos que están fuera del alcance de los objetivos del presente estudio como hacinamiento, clima o comportamiento de esta patología en la comunidad. La relación entre el grupo de bajo peso con la frecuencia de IRAs para este estudio no encontró relación significativa por lo que los resultados de este estudio no coinciden con CENETEC.

Palabras Clave: Lactancia Materna, Autoeficacia, Infecciones respiratorias agudas, Mal nutrición, Bajo peso, Sobre peso, Obesidad.

## Resumen en ingles

**Introduction.** Acute respiratory infections (ARIs) are the first illness seen in children under 4 years of age in Mexico. It is considered an important problem for public health since it compromises the health of minors. Low weight is considered a risk for contracting a respiratory disease, as is the absence of breastfeeding. In Mexico, only 5% of mothers perceive themselves to be effective in providing breastfeeding, while other mothers choose to feed their children with formula. It is important to investigate the mother's capacity to be able to carry out this breastfeeding process, therefore, the objective of the present study is to determine the relationship between self-efficacy in breastfeeding (AEML) with ARIs and low weight in infants, based on the theory of Bandura's Self-efficacy. **Methodology.** Sample universe by 145 mothers and infants from 0 to 2 years old who attend the urban health center number 2 "La estrella" in the city of Oaxaca, the instrument used was Self-efficacy for breastfeeding validated for the Mexican population, by the authors Juárez-Catalán, et al. (2018). **Result** The association between ARI variables and AEML was negative and not significant ( $p=.132$ , with a significance of 114). Therefore, it is concluded that there is no relationship between the number of HAIs and AEML. An  $\chi^2$  analysis was performed to verify if there was a statistically significant difference between the group of low weight infants and the rest of the children and no significant difference was found regarding HAI ( $\chi^2= 8.959$ ,  $gl= 9$ ,  $p= .441$ ) or to AEML ( $\chi^2= 829.316$ ,  $gl= 28$ ,  $p= .397$ ).

Likewise, we studied whether there was a difference between normal weight infants and the rest of the infants with respect to HAI ( $\chi^2= 5.860$ ,  $gl=9$ ,  $p= .754$ ) or AEML ( $\chi^2= 26.942$ ,  $gl=28$ ,  $p= .522$ ).

**Discussion** BF does not seem to have a significant role in the development of HAI in infants. This may be due to the active participation of other phenomena that are outside the scope of the objectives of the present study such as overcrowding, climate or behavior of this pathology in the community. The relationship between the low weight group and the frequency of HAIs for this study did not find a significant relationship, so the results of this study do not coincide with CENETEC.

Keywords: Breastfeeding, Self-efficacy, Acute respiratory infections, poor nutrition, underweight, Overweight, Obesity.

## I. Introducción

La lactancia materna (LM) es el método de alimentación natural del lactante en los primeros meses de vida, la Organización Mundial de la Salud (OMS por sus siglas en español) (2023a) recomienda la LM exclusiva, por lo menos seis meses y hasta los dos años de vida. Las ventajas de la leche materna son muchas, dentro de las cuales destaca la transmisión de inmunidad de la madre al hijo. Por lo tanto, los niños alimentados con LM tienen menor ocurrencia de contraer algunas enfermedades infectocontagiosas, como las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs), a diferencia de los que no han tenido este tipo de alimentación, o en su caso, enfermar con menor severidad.

En México las IRAs es el primer padecimiento de consulta en menores de 4 años según el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC por sus siglas en inglés) (2009). Se considera un riesgo importante para los menores, la progresión de esta enfermedad, porque puede originar bajo peso (BP), en consecuencia, a mayor concurrencia de IRAs por inmunodepresión secundaria a malnutrición (MN) (OMS, 2023a). El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF por sus siglas en inglés) (2023b) explica que la MN incluye BP, SP (sobrepeso) y OB (obesidad). Por lo tanto, es premisa lógica que el lactante tiene mayor concurrencia de IRAs, que los lactantes con peso saludable (PS); no obstante, hasta el momento, no se han encontrado estudios que demuestren la relación entre el peso, las IRAs y la AELM.

La ausencia de LM puede originar neumonías y la reincidencia de éstas puede afectar el sano crecimiento y desarrollo del lactante principalmente, BP ya que el lactante emplea energía para la recuperación de la enfermedad, priorizándola sobre el aumento de talla u otras funciones como proveer nutrientes a los tejidos.

En México se ha adoptado la práctica de LM y se ha realizado un observatorio para verificar la aplicación del Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna (Gobierno de México, 2022). La evidencia científica ha demostrado que la LM ayuda a reducir los eventos de IRAs en el lactante, además de muchas otras ventajas. Es por ello que la OMS (2022) instauró una política de Hospital Amigo del Niño y de la Madre, para que sean centros en donde se promueva este método alimenticio y contrarrestar los efectos de la publicidad de la fórmula láctea industrializada, que ha originado que las madres no hagan suficientes esfuerzos por

superar las dificultades de lactar. Al contar con una alternativa disfrazada de fácil, práctica y con ventajas estéticas.

Para incentivar la LM se debe tomar en cuenta la Autoeficacia (AE) o “el grado de confianza que siente una persona” ya que de acuerdo con Bandura (1978) el grado de autoeficacia es directamente proporcional a la acción. Así lo encontraron Muñoz y Rodríguez (2017) en España en madres con baja AE, ellas demostraron tener menor práctica de LM.

La teorista Nola Pender ha adaptado la teoría de AE de Bandura y explica el resultado en salud: a mayor AE, mejor resultado en salud (Arizabal, *Et. al.* 2011; Cabañas & Guzmán, 2016; Peña, 2020). Por lo tanto, se puede derivar que: a mayor Autoeficacia para Lactancia Materna (AELM), habrá una mayor y mejor LM y más beneficios para el lactante como la prevención de enfermedades infectocontagiosas como las IRAS y mejor peso.

Dado lo anterior, el objetivo del presente estudio es determinar la relación entre AELM con IRAS y peso en lactantes que acuden al centro de salud urbano número 2 Dr. Gilberto Bolaños Cacho, Oaxaca de Juárez, Oax. Para ello, se aplicó una cédula de identificación a las madres de los lactantes y un cuestionario denominado “escala de autoeficacia para lactar” desarrollado por Juárez-Castelán, *et al.* En 2018, el cual ha demostrado un valor de Alpha de Cronbach de 0.93. Este cuestionario consta de 15 preguntas con opciones de respuesta en una escala tipo Likert, donde 0 representa “nada segura” 1 “algo segura” 2 “moderadamente segura” y 3 “completamente segura”, para conocer el nivel de AELM, para las IRAS se preguntó cuántos episodios ha presentado el lactante en un año, por último, se midió y se pesó al lactante. Se espera encontrar que los hijos alimentados con la LM tengan peso saludable y menos episodios de IRAS.

## II. Justificación

### Relevancia social

Se menciona que la LM es un aspecto de alimentación del recién nacido natural e importante debido a sus múltiples ventajas para el binomio madre-hijo: en las que se encuentran el peso saludable en la madre, la reducción de probabilidades de depresión, el vínculo afectivo madre e hijo, el adecuado neurodesarrollo, la regulación de la frecuencia cardiaca, respiratoria y de temperatura del hijo, el fortalecimiento de la nutrición y, por ende, el fortalecimiento inmunitario del lactante. Tomando en cuenta la importancia de estos beneficios, la OMS (PAHO, 2022) ha realizado un llamado a la comunidad internacional para ayudar al binomio madre-hijo a que puedan gozar los beneficios de la LM como nutrición y peso adecuados, así como el desarrollo físico, psicológico y mental óptimos. Así Minchala-Urgiles, *et al.* (2020) realizaron una revisión bibliográfica de 31 artículos científicos de diversas partes del mundo y concluyen que se recomienda el uso de la LM como factor protector de enfermedades infecto-contagiosas como las IRAS.

Para el país, el beneficio está en la reducción de costos del sector salud ya que la LM previene enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión o el cáncer, reduce gasto en leches industrializadas y además favorece al medio ambiente al no generar desechos de basura con los envases que genera la leche industrializada (UNICEF, S.F). Dadas las ventajas que representa para la salud la LM, en México el Gobierno ha empleado la política de salud pública “Hospital amigo del niño y de la madre” (Gobierno de México, S.F.), además, de normar la atención y vigilancia del personal de salud hacia la LM a través de la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA2-2014, Para la atención a la salud de la infancia (SSA, 2014).

En países de primer mundo se ha comprobado que la educación sobre LM tiene efectos positivos en la AELM ya que las mujeres capacitadas se sienten más seguras al momento de amamantar. D’Hollander, *et al.* (2023). Se ha demostrado que la educación a la madre aumenta la AELM y esto es un factor determinante para obtener éxito en la LM., lo que ha sido comprobado por otros autores (Juárez-Castelán, 2018).

Un estudio realizado a cuidadores de niños menores de 5 años que acudieron a la unidad de medicina familiar N° 39 del IMSS en Tabasco, México, se observó que un importante porcentaje de la muestra presenta déficit de conocimiento en la prevención y el manejo de las IRAS lo que conlleva a realizar prácticas incorrectas en el cuidado de sus hijos (Izquierdo, *et al.*, 2018). Por su parte, Pinzón (2018) encontró que las IRAS son manejadas de forma incorrecta, lo que genera resistencia al antibiótico y complicaciones que pueden causar la muerte.

La vigilancia de crecimiento y desarrollo del RN incluye el peso ya que está íntimamente relacionado con las IRAS. Camps (2015) encontraron en su estudio en Cuba, que el 54% de la población de su estudio con IRAs tenía algún tipo de MN y que las madres no tenían mucho conocimiento de la enfermedad ni de nutrición.

Si este fuera el caso en la comunidad estudiada, los resultados de la presente investigación serían un buen detonante de programas encaminados a incidir de forma positiva en los conocimientos de las madres ya que de acuerdo Ferreira-Guerrero (2013) pese a que han bajado las cifras de IRAS en menores de México, este aún es problema de salud pública.

La ONU emplea estrategias basadas en los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) con el propósito de fomentar la salud y el bienestar de todos los niños. Esto implica poner fin a las muertes prevenibles de recién nacidos y de niños menores de 5 años entre 2015 y 2030. Uno de los objetivos prioritarios de esta iniciativa consiste en la reducción de la mortalidad neonatal a un máximo de 12 por cada 1000 nacidos vivos en cada país, así como la disminución de la mortalidad de niños menores de 5 años a un máximo de 25 por cada 1000 nacidos vivos. Dentro de este proyecto, cobra especial relevancia el objetivo 3.4.1 de los ODS, que se enfoca en la reducción de la tasa de mortalidad atribuida a enfermedades respiratorias crónicas.

### **Relevancia disciplinar**

Por otro lado, es importante destacar que los enfermeros, en su rol como profesional de la salud, están contemplados en la NOM-031-SSA2-2014, cuyo objetivo es fomentar la atención integral de la salud infantil (SSA, 2014) abordando aspectos como la LM, IRAS y el monitoreo del peso en los niños.

Además, la Organización Internacional de Enfermeras, en su libro de diagnósticos enfermeros (NANDA por sus siglas en inglés) (2021), aborda estas cuestiones de manera

específica. En el dominio 2, centrado en la nutrición, se encuentra la evaluación de la LM y el control del peso, mientras que en el dominio 11, relacionado con la seguridad y el confort, se incluye la prevención y el manejo de las infecciones, que engloba las IRAS. En resumen, se puede concluir que la disciplina de enfermería se ocupa activamente de las variables de la LM, IRAS y peso en el contexto de la atención infantil.

### **Relevancia científica**

En relación a la LM, un estudio realizado con 331 madres en Brasil identificó que únicamente el 10% de ellas manifestaba actitudes positivas hacia la LM (Gómez-Izquierdo, *et al.* 2018). De manera paralela, una Investigación llevada a cabo por D'Hollander *et al.* (2023) señalaron que, en varios países desarrollados, la educación dirigida a las madres sobre la LM aumenta su AELM. Sin embargo, en el contexto mexicano, Gil-Vargas, *et. al.* (2020) reportó que solamente el 10% de las mujeres que recientemente había dado a luz tenía una actitud positiva hacia la LM, y un 14.5% de las madres tenían pensamientos positivos sobre la misma. Estos datos contrastan con lo informado por la (ENSANUT) en el año 2016, que reveló que el 22.3% de las madres tenían pensamiento positivo sobre LM (2020).

La AELM se muestra como un factor determinante en el éxito de la LM (Muñoz & Rodríguez, 2017; Gil-Vargas, 2020; Girardi, s.f.). Gil-Vargas (2020) utilizó las escalas de autoeficacia Prenatal Breastfeeding Self-Efficiency Scale (PBSES) y de actitud, Iowa Infant Feeding and Attitude Scale (IIFAS) en un grupo de 331 puérperas, descubriendo que una actitud más positiva se correlaciona con una mayor predisposición a la AELM. A demás de los estudios publicados, se han realizado tesis que abordan AELM, y en una de ellas se encontró una fuerte relación entre la autoeficacia de las madres y la implementación de prácticas alimenticias más saludables en sus hijos durante la infancia (Duraccio, 2021).

Telles, *et al.* (2019) encontraron que el nivel de conocimiento en una muestra de mujeres de la ciudad de México era moderado, a pesar de contar con acceso a servicios de salud, lo cual tenía un efecto negativo en la duración de la LM.

Es bien sabido que la LM actúa como una medida preventiva contra las IRAs (Gómez-Izquierdo, *et al.* 2018; OMS, 2023<sup>a</sup>, SSA, 2014). En su estudio se observó que no proporcionar LM era una de las prácticas inadecuadas más comunes entre los padres en relación a las IRAs. A

demás, se encontró que solo un poco más de la mitad de los padres (56.4%, n=173) poseía un conocimiento adecuado acerca de las IRAs, y únicamente el 30% ponía en práctica cuidados adecuados para sus hijos. Se ha constatado que la falta de conocimiento y percepción desempeña un papel significativo en la actitud y las prácticas de las madres en el manejo de estas afecciones (Alluqmani, *et al.*, 2017; Chávez y Agui, 2023; OMS, 2023a). También se ha verificado que la complicación de las IRAs a menudo está relacionada con la demora en la toma de decisiones por parte de los cuidadores para buscar atención médica, la incapacidad para reconocer signos y síntomas, así como la tendencia a la automedicación (Pajuelo, *et al.*, 2018).

Hasta el momento, no se han encontrado artículos científicos que aborden las IRAs en relación con LM, AEFLM o el peso en la población mexicana.

Se han demostrado que la LM promueve un peso saludable en los hijos (OMS, 2023) y que el BP está vinculado a la inmunodepresión, lo que aumenta la susceptibilidad de contraer alguna IRA (CENETEC, 2009). Sin embargo, aún no se ha aclarado el papel de la MN (que incluye además de BP, SP y OB) en relación con las IRAs, especialmente en la población de México, específicamente de Oaxaca. Por lo tanto, los resultados de este estudio pueden servir como referencia para la implementación de programas destinados a prevenir y promover un manejo adecuado de estas enfermedades.

### III. Planteamiento del problema

Las IRAs constituyen un grupo de enfermedades infecciosas que afectan el sistema respiratorio, siendo causadas en su mayoría por microorganismos virales, aunque en menor frecuencia también por bacterias, parásitos y hongos (Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia [CNSIA], 2018). Estas infecciones tienen un impacto significativo en la salud infantil a nivel mundial y representa una de las principales causas de enfermedad y mortalidad en niños menores de 5 años.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) informa que, en el año 2019, 5.2 millones de niños menores de cinco años perdieron la vida, y alarmantemente, el 15% de estas muertes se debió a neumonía, una complicación frecuente de las IRAs. Esto coloca a las IRAs, y en particular a la neumonía, como la principal causa de mortalidad infantil a nivel global.

De acuerdo con los datos obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2022). En el año 2020 en México hubieron un total de 1,057 defunciones en niños menores de 5 años, mientras que en el año 2021 se notificaron 500 defunciones, siendo 90.2% de muertes a causa de la neumonía (451), seguida de la bronquitis y bronquiolitis agudas con el 7.4% (37 defunciones). de las cuales el 53.4% corresponde a niños varones y el 46.4% a mujeres (557 defunciones menos que en el año 2020). Sin embargo, pese a la reducción en las incidencias, las IRAS continúa siendo la primera causa de muerte en menores de 5 años.

De acuerdo con los datos de la Dirección General de Epidemiología (DGE), en el año 2020 a nivel nacional se notificaron 679,230 casos de IRAs en niños menores de 1 año y 1,671,244 casos en niños de 1 a 4 años. Estas infecciones respiratorias representan una carga significativa para el sistema de salud, siendo responsable del 40% de las hospitalizaciones en niños menores de 5 años, según la secretaria de Salud (SSA, 2020).

En el año 2020, el estado de Oaxaca registró un total de 21,620 casos de IRAs en niños menores de 1 año, junto con 59,890 casos en niños de edades comprendidas entre 1 y 4 años. Actualmente, en el transcurso del año 2022, el Servicio de Salud de Oaxaca (SSO) ha notificado, hasta la semana epidemiológica número 23, un total acumulado de 9,439 casos en niños menores de 1 año y 29,613 casos de niños de 1 a 4 años. Estas cifras alarmantes en cuanto a la

incidencia de enfermedades respiratorias en niños del estado de Oaxaca enfatizan de manera crucial la necesidad de prestar una atención efectiva a la salud infantil.

En el Centro de Salud Urbano número 2 colonia estrella de Oaxaca, de acuerdo con los registros obtenidos por el diagnóstico de salud 2020 existe una población de 259 niños menores de 2 años, la demanda de consulta por IRAs supera a la población actual, durante el año 2020 se brindaron 417 consultas en comparación al 2019 que se brindaron 386 consultas y mientras que en 2018 se atendieron 452 casos en niños menores de 2 años, por lo que demuestra que un niño sufre más de 1 episodio de IRAs al año e incrementan considerablemente durante la temporada invernal.

Las IRAS son unas de las principales causas de enfermedades y muertes de niños en todo el mundo, y se reconoce ampliamente que las prácticas de salud pública o el lavado de manos y las vacunas, son importante para prevenir su propagación, pero además se sabe que una alimentación adecuada puede mejorar la función inmunológica y reducir el impacto de las infecciones (Pecora, 2020).

Referente a la nutrición y peso, se sabe de acuerdo a la ENSANUT (2018) que hay una prevalencia del 0.4%, baja talla 14.2% y bajo peso de 4.8% en menores de 5 años, al mismo tiempo, se presenta una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de 35.5% (Díaz-Reséndiz, 2021). Esto indica que más de la mitad de los niños mexicanos tiene algún tipo de malnutrición. Aunado a ello, casi la mitad de las defunciones en los niños de 0 a 5 años está relacionada a la MN y el peligro más es el riesgo de inmunodeficiencias y presencia de enfermedades oportunistas (UNICEF, 2022).

Se considera importante indagar y abordar determinantes internos como es la AEFLM, para asegurar una nutrición adecuada en los lactantes. Gil *et al.* (2020) mencionan que menos de la mitad de las mujeres de su estudio (5.1%) tenían una AELM inadecuada, lo que predispone al fracaso en la LM a las madres que no tenían una AELM. Se encontró una publicación del estado de Oaxaca que revela diferencia de género en la MN; este estudio muestra que las niñas tienen cuatro veces menos probabilidades de ser amamantadas en comparación con los niños Vázquez-Garibay, *et al.* 2019).

Esta observación cobra relevancia al analizar las estimaciones en México, dado que se calcula que el costo asociado a la salud de las niñas y niños debido a prácticas deficientes en la LM oscila entre \$745.6 millones y \$2,416.5 millones anuales. Dentro de estas cifras, el costo de la fórmula infantil representa del 11% al 38% (UNICE, 2022), lo que afecta los recursos económicos de los padres, y del sistema de salud del país.

Por todo lo expuesto se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿Qué relación tiene la AEFLM con las IRAS y peso en lactantes del Centro de Salud Urbano número 2 de Oaxaca?

## IV. Marco teórico

### **Infección de vías aéreas**

#### ***Definición y clasificación***

Las infecciones respiratorias agudas (IRAS) son un grupo de enfermedades que afectan el sistema respiratorio incluyendo oídos, nariz y garganta, hasta los órganos infra epiglóticos como los pulmones. Dada esta división se nombran de vías aéreas superiores o supraglóticas (resfriado común, influenza, rinitis alérgica, sinusitis, otitis, faringitis estreptocócica, faringitis por *Streptococcus beta-hemolítico del Grupo A* o EBHGA, faringoamigdalitis) y de vías aéreas inferiores o infraglóticas (estas últimas tienen mayores complicaciones como la neumonía, asociada a muerte) y más recientemente se ha agregado el COVID (Gobierno de México, 2015; Secretaría de Salud, 2020). Para clasificación, la SSA también ha denominado IRAG o infecciones respiratorias agudas a la Influenza, COVID-19 y neumonía (SSA, 2020; OMS, 2022<sub>a</sub>).

De acuerdo a su evolución clínica, las IRAS se clasifican como: IRAS sin neumonía, IRAS con neumonía e insuficiencia respiratoria leve o IRAS con neumonía e insuficiencia respiratoria grave.

#### ***Factores predisponentes***

Dentro de estos están el bajo peso al nacer, la LM ineficaz, la desnutrición, los esquemas incompletos de vacunas, el hacinamiento, la exposición a humo, entre otros (Gobierno de México, 2015). El hacinamiento para vivienda de acuerdo al Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) se considera cuando existe menos de 4.5 a 5.5 metros cuadrados por persona (OMS, 2022<sub>b</sub>).

#### ***Etiología***

Las IRAS pueden ser ocasionadas por una variedad de agentes infecciosos, en su mayoría por virus del estreptococo y en menor frecuencia por bacterias y parásitos, y puedan afectar a personas de todas las edades, pero son más comunes en lactantes y personas adultas (CENETEC, 2016; Chen, 2018, Gobierno de México, 2015).

#### ***Transmisión***

La forma de transmisión es de persona a persona por gotitas de flügge a través de la tos, los estornudos de las personas infectadas, y por contacto indirecto o directo con fómites y superficies contaminadas (SSA, 2020).

### ***Sintomatología***

Los síntomas son: tos, fiebre, irritabilidad, dolor de garganta, odinofagia, disfonía, congestión nasal y dificultad para respirar. En el caso de faringoamigdalitis de origen estreptocócica además habrá faringe hiperémica con exudado faríngeo, adenopatía anterior dolorosa o linfadenitis.

### ***Medidas de prevención***

Adecuada nutrición, esquema de vacunación adecuado, lavado de manos, estornudo de etiqueta, limpieza de juguetes u otros objetos frecuentemente manipulados por los menores, ventilación adecuada, evitar que el menor esté en áreas contaminadas, evitar que respire humo de leña o de cigarrillo (Gobierno de México, 2015; CENETEC, 2016).

### ***Diagnóstico***

Está basado en los datos clínicos del paciente una vez que se ha descartado resfriado común. La escala Centor ayuda a la identificación de la faringoamigdalitis de origen estreptocócica del grupo A. Esta escala otorga un punto por cada uno de los síntomas característicos de esta etiología: exudado faríngeo Inflamación amigdalina o exudado, nódulos (adenopatía) cervicales anteriores dolorosos o inflamados, fiebre mayor a 38°C, ausencia de tos, edad entre 3 a 14 años, edad de más de 44 años. En caso de tener entre 15 y 43 años se otorgan cero puntos. Existe una alta probabilidad de la patología cuando el paciente presenta 3 a 5 puntos y baja probabilidad entre 0 y 2 puntos (CENETEC, 2016).

El diagnóstico también se podrá apoyar de un exudado faríngeo en pacientes con criterios clínicos de faringitis estreptocócica o pacientes con faringoamigdalitis estreptocócica que presentan falla al tratamiento (su realización dependerá de la disposición del recurso: primer o segundo nivel de atención) (CENETEC, 2016).

### ***Tratamiento***

a. Alimentación adecuada. Con los nutrientes acostumbrados incluyendo vitamina A y C y aumento de líquidos, preferentemente agua. En el lactante no suspender la LM.

b. Cuidados generales. Control de la temperatura con medios físicos, aislarlo de personas infectadas, ventilar las habitaciones, evitar exposición al humo, lavado de manos y estornudo de etiqueta (CENETEC, 2016).

c. Consulta oportuna. La mayoría de las IRAS se autolimita, es decir; sana por sí sola en un periodo aproximado de 15 días. Sin embargo; si no se dan los cuidados adecuados o hay algunas condiciones que compliquen la enfermedad, esta se puede complicar. El menor debe ser referido al médico si presenta signos de dificultad respiratoria como: taquipnea, retracción costal, quejido inspiratorio, secreción de pus en oído o garganta, hipertermia, disfagia y deterioro progresivo (CENETEC, 2016).

El tratamiento médico incluye decisión sobre antibioticoterapia o no de acuerdo a etiología, reposición de líquidos, control de la temperatura corporal con medios físicos y medicamento si es infección de vías aéreas altas.

En caso de infección de vías aéreas bajas, el tratamiento deberá apegarse a los lineamientos de neumonía adquirida en la comunidad o intrahospitalaria según sea el caso (CENETEC, 2016). Las IRAS sin síntomas de neumonía que no requieren tratamiento son las más comunes: rinoфаринgitis, faringitis congestiva, faringitis vesiculosa, laringotraqueitis viral o bronquitis.

Las infecciones que requieren tratamiento antimicrobiano son: otitis media aguda, faringoamigdalitis purulentas, sinusitis y traqueítis bacteriana. Por último, las infecciones que requieren tratamiento antiviral son influenza, parainfluenza o gripe.

De acuerdo a la Guía de práctica clínica, el tratamiento también incluye educación sobre historia natural de la enfermedad, medidas de higiene y posibilidad de reinfección, información sobre signos de alarma como los mencionados anteriormente con cita abierta o consulta nueva si el tratamiento no ha cedido después de 10 días o la fiebre no ha cedido después de 3 días (CENETEC, 2016).

### **Cuidados de enfermería**

LM exclusiva y vacunar contra el sarampión, tos ferina, difteria e infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae* tipo B de acuerdo con el PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA2-2014, Para la atención a la salud de la infancia. Llevar a cabo medidas

como la educación para la prevención de enfermedades incluyendo higiene de manos, estornudo de etiqueta, alimentación adecuada (SSA, 2014). Para continuar con esta NOM-031-SSA2-2014, Para la atención a la salud de la infancia (SSA, 2014), en este documento también se debe prevenir y atender de forma oportuna las IRAS que es el primer diagnóstico de consulta en México.

### ***Pronóstico***

El pronóstico es favorable para la vida si el tratamiento es oportuno con un periodo de recuperación aproximado de 15 días (CENETEC, 2016).

### **Lactancia materna**

#### **Definición**

La LM exclusiva durante 6 meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes. Posteriormente deben empezar a recibir alimentos complementarios, pero sin abandonar la lactancia materna hasta los 2 años o más (OMS, 2023)

#### **Recomendación de LM**

La ingesta de leche en 24 horas, varía entre los binomios madre-lactante desde 440 a 1220 ml, con un promedio de aproximadamente 800 ml por día durante los primeros 6 meses. El número de tomas es a libre demanda (OMS, 2023).

#### **Beneficios de LM**

La leche materna contiene todos los nutrientes que necesita un lactante durante los primeros seis meses de vida, incluyendo grasa, carbohidratos, proteínas, vitaminas, minerales y agua. La leche materna también contiene factores bioactivos que fortalecen el sistema inmunológico inmaduro del lactante, brindándole protección contra la infección; además posee otros factores que favorecen la digestión y absorción de los nutrientes y múltiples beneficios además de los nutritivos como los cognitivos, de maduración neurológica, entre otros (OMS, 2010, 2020).

A continuación, se describe de manera textual los beneficios que la Organización Panamericana de la Salud (2023) destaca sobre la LM.

- La lactancia materna prolongada reduce el riesgo de sobrepeso y obesidad en un 13%, lo que contribuye a combatir las enfermedades no transmisibles causadas por la obesidad.

- Disminuye el riesgo de diabetes tipo 2 en 35%.
- Amamantar por seis meses o más se asocia con una reducción del 19% en el riesgo de leucemia en la niñez, comparado con un período más corto o con no amamantar.
- Los bebés que son amamantados tienen un 60% menos riesgo de morir por síndrome de muerte súbita infantil, comparados con los que no son amamantados. El efecto es aún mayor para infantes que reciben lactancia materna exclusiva.
- El apego entre madre e hijo aumenta cuando las madres interactúan con sus hijos mientras amamantan. Períodos más prolongados de lactancia materna se asocian con respuestas más sensibles de las madres y la seguridad que se genera con el apego.
- El seguimiento a una cohorte de niños 30 años después de su nacimiento, mostró que los adultos que fueron amamantados tuvieron salarios más altos, un efecto que fue mediado por el aumento en los años de escolaridad.
- Las políticas de apoyo a la lactancia materna en el lugar de trabajo aumentan la retención de los empleados, el rendimiento, la lealtad, la productividad y el espíritu de grupo.
- Los adultos que fueron amamantados cuando fueron niños, tienen 3 a 4 puntos más en los indicadores de desarrollo cognitivo. Un aumento en el desarrollo cognitivo resulta en más años de escolaridad.
- La lactancia materna no deja huella de carbono. La leche materna es un recurso renovable y es producida por las madres y consumida por los bebés sin polución, empaque o desechos.
- Además de brindar la nutrición perfecta y protección contra infecciones y muerte, los componentes de la leche materna probablemente afectan la programación epigenética en un momento crítico cuando la expresión de los genes se está desarrollando para el resto de la vida.
- Las mujeres que amamantan tienen un 32% menos de riesgo de tener diabetes tipo 2, un 26% menos de riesgo de tener cáncer de mama y un 37% menos riesgo de tener cáncer de ovarios, en comparación con aquellas mujeres que no amamantan o que amamantan menos.

## **Principales cuidados con LM**

Se recomienda realizar adecuadas medidas de higiene de manos y de aparatos de apoyo como extractores de leche o recipientes de almacenaje. Acompañar la LM bajo los principios de cuidado psico-social del binomio, procurar espacios tranquilos y adecuados para el intercambio de contacto humano, vigilar la profilaxis postural para evitar incomodidades de la madre y el menor, fomentar una postura adecuada para que la madre no lastime su areola o pezón y asesoramiento individualizado a la madre para favorecer el éxito de la LM (CENETEC, 2014; CENETEC, 2015; OMS, 2020).

## **Iniciativa Hospital amigo del niño**

Dados los múltiples beneficios de la LM y los efectos negativos de la publicidad de los productos lácteos, la OMS propuso la iniciativa Hospital amigo de la madre para incentivar la LM, el contacto temprano y el alojamiento conjunto. La Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN), fue lanzada en el año 1992 y ha sido adoptada en múltiples países, incluyendo México (Gobierno de México, *s.f*).

## **Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna**

Este código, se ha realizado por la OMS (2022c) para garantizar que la prescripción de sucedáneos de LM sea solo en casos muy específicos que justifiquen la sustitución de la lactancia materna.

## **Parto humanizado**

En el año 2018 la OMS emitió una serie de recomendaciones para que se atendieran los partos de forma humanizada. Esto implica la atención de un parto fisiológico y la alimentación fisiológica del recién nacido a través de la LM. Implica atención respetuosa de la maternidad, apoyo emocional, comunicación efectiva, estrategias de apoyo para el dolor, acompañamiento y vigilancia adecuada durante el trabajo de parto y el parto y continuidad con la atención.

## **AELM**

Pese a los múltiples beneficios de la LM y políticas públicas como la de Hospital Amigo del Niño y de la madre, se ha encontrado en México que, solamente 1 niño de cada 3 tiene LM exclusiva hasta los 6 meses de edad. Muchos reciben alimentos o líquidos adicionales desde su

primer mes de vida como fórmulas, leche de vaca u otro animal y bebidas azucaradas (UNICEF, s.f.).

La autoeficacia o “capacidad auto percibida para realizar tareas” (Bandura, 1977) es un factor decisivo en las acciones de la persona y el éxito que obtendrá de dichas acciones. Bandura explica en su teoría de autoeficacia que la autoeficacia es parte de las características de la persona para tomar acciones en su vida. Es decir, lo que piensa sobre las cosas que es capaz de hacer o no es capaz de hacer y las barreras que percibe para hacer determinada tarea. En general, la premisa es que si una persona confía en sí misma y en que puede realizar una tarea y no ve una barrera mayor para dicha labor, la persona realizará con mayor éxito dicha labor que aquella que no confía en ella porque no tiene buena autoestima, que no cree que lo pueda hacer porque no tiene buena autoeficacia y que no percibe viable la tarea porque percibe algunas barreras externas de importancia para no hacerlo.

Una persona que confía en que tiene capacidad para hacer determinada tarea tendrá más éxito que una persona que no se siente calificada para esa misma tarea aún, cuando ambas tengan condiciones similares del entorno y propias. Es por ello, que cuando la madre está en LM tendrá más éxito que una madre que no confía en que pueda hacer bien dicha tarea (Durán, 2023). Entonces se entiende por AELM “la confianza de la madre sobre su capacidad para amamantar correctamente a su bebé”.

Hay cuatro fuentes de autoeficacia: 1. experiencia de dominio que es el resultado de las experiencias de la persona en dicha tarea, 2. modelaje social. Que son las experiencias percibidas del individuo en base a lo que ve del resto de pares en la realización de dicha tarea, por lo tanto, la persona como ser social imita dichas conductas, 3. la persuasión social, que son el resultado del control que ejerce la sociedad sobre la persona al delimitar sus normas, reglas y estilos de vida o comportamientos y 4. los estados físicos, psicológicos y emocionales de la persona (Bandura, 1977).

De acuerdo a Dennis (1999) referido por Juárez-Castelán, 2023, esta determinará si la madre elige lactar o no, el esfuerzo que pondrá en ello, los patrones de pensamiento, los mensajes de reforzamiento o destructivos y cómo responderá ante las dificultades para la LM.

Estos últimos muy importantes en la mujer puérpera debido a los cambios psicológicos, físicos y hormonales por los que atraviesa después del parto (CENETEC, 2015).

Algunas dificultades y obstáculos para iniciar o mantener la alimentación (D'Hollander, 2023; Gil-Vargas, *et al.* 2020) son: pensamientos o atribuciones negativas hacia la LM (Gil-Vargas, *et al.* 2020; Shamah-Levy), dolor e insatisfacción del menor (Tejeda, 2022) y el escaso acceso a los servicios de salud (Telles, *et al.* 2018) y la influencia que ejerce la sociedad en la madre por ejemplo en Oaxaca, en un estudio se encontró que los niños tenían 4 veces más oportunidad de ser alimentados con LM exclusiva que las niñas (Vásquez-Garibay, *et al.* 2019).

También se sabe que los menores alimentados con LM exclusiva tendrán más probabilidad de ser alimentados sanamente en el futuro.

Al conocer los resultados de estas investigaciones se puede deducir que el tener mayor conocimiento del comportamiento de la variable es más factible realizar programas de salud pertinentes culturalmente para favorecer la alimentación con LM.

## **Peso**

Este es un indicador indispensable para la correcta vigilancia del crecimiento y desarrollo del menor (SSA, 2014), especialmente el primer año de vida que es el de mayor crecimiento (IMSS, s.f.a). La determinación del peso del menor en conjunto con la talla para su edad determina si el lactante se encuentra dentro de los parámetros normales para la edad. Las desviaciones hacia abajo o hacia arriba del percentil 50 o media de la población se consideran situaciones de MN y por lo tanto deben ser atendidas ya que vulneran la salud del menor (CDC, 2022, SSA, 2014).

Se ha señalado anteriormente que la lactancia materna está relacionada con el peso adecuado del menor no solo durante el periodo de lactancia sino en las etapas siguientes de su vida (OMS, 2023a). La Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA2-2014 señala que la población con MN tiene mayor riesgo de IRAS debido a que debilita el sistema inmunológico.

## **4.1 Hipótesis**

Hi. A mayor AELM de las madres, los lactantes menores de 2 años presentarán menos episodios de IRAs al año y ganarán más peso.

Ha. A mayor AELM de las madres, los lactantes menores de 2 años presentarán menos episodios de IRAs al año y perderán peso.

## **4.2. Objetivos**

### **4.2.1. Objetivo general**

- Determinar la relación entre AELM con IRAS y peso en lactantes que acuden al Centro de Salud Urbano número 2, Oaxaca de Juárez, Oax.

### **4.2.2. Objetivos específicos**

- Conocer el peso de los lactantes del estudio.
- Analizar el nivel de AELM de las madres participantes en la muestra.
- Conocer el número de episodios de IRAS en los lactantes del estudio el último año.
- Conocer las variables socioeconómicas de las participantes del estudio.

## V. Marco metodológico

### 5.1. Diseño de investigación

El presente estudio es de diseño cuantitativo porque los resultados de las variables se obtendrán en números, transversal ya que se realizará la medición de la variable en una sola ocasión por sujeto, correlacional ya que se estudiará la relación entre las variables del estudio y exploratorio ya que el grado de conocimiento sobre la relación entre las variables del estudio es escasa para la población de la muestra (Hernández, Sampieri, 2014).

### 5.2 Población, muestra y muestreo

La población será el binomio madre-lactante que asisten al Centro de salud urbano numero 2 Oaxaca.

La muestra será para muestras finitas bajo la siguiente fórmula:

Tamaño de Muestra =  $Z^2 * (p) * (1-p) / c^2$ . Donde: Z = Nivel de confianza (95%).

El muestreo será aleatorio simple basado en el censo del Centro de Salud urbano número 2 de Oaxaca, se realizará un sorteo numerando a los sujetos del registro con números progresivos con apellidos ordenados alfabéticamente para elegir la muestra del estudio, por cada binomio invitado que rechace participar se sorteará un nuevo número de la lista hasta completar la muestra del estudio.

### 5.3 Criterios de inclusión

- Madres con hijos lactantes pertenecientes al Centro de Salud Urbano número 2 que deseen participar en el estudio.
- Madres que se encuentren dando LM o no.
- Madres que sepan leer o no.

### 5.4 Criterios de exclusión

- Madres que no deseen participar en el estudio.
- Madres que refieran que ellas o sus hijos tengan diagnósticos médicos de enfermedades endócrinas, nutricionales, metabólicas, malformaciones congénitas, anomalías

cromosómicas, parasitarias o psicológicas que interfieran con la LM, AEFLM, IRAS o peso temporal o definitivamente como (en la madre: infecciones como VIH, VDRL)

- Madres con lactantes que hayan estado bajo tratamientos con antibióticos o medicamentos que prohíben la lactancia, mastectomías, cáncer, hemiparesias o cuadriplejias, depresión, depresión posparto, eutimia, esquizofrenia, entre otros.
- Madres con lactantes que presenten síndrome de Down, disnea, apnea del RN,
- Madres con lactantes que tengan alguna complicación por las siguientes patologías: Enfermedad de Membrana Hialina, enfermedad pleural, alergias, labio y paladar hendido, trastornos de la deglución, trastornos de la succión, cardiopatías congénitas, PCI, hijo de madre diabética, VIH positivo, RNPT, RN postérmino, oligohidramnios, hidrocefalia, polihidramnios.
- Diarrea aguda o recurrente al momento del estudio, o neumonía por aspiración de leche.
- Madres que vivan en hogares que cocinen con leña, tengan ladrilleras o panaderías en su casa o vivan en hacinamiento.
- Madres que presente ceguera o que sean sordomudas.

### **5.5 Criterios de eliminación**

- Madres que decidan retirar su consentimiento para participar.
- Instrumentos que hayan sido contestados de manera incompleta.

### **5.6 Descripción del instrumento**

Es un cuestionario denominado “escala de autoeficacia para lactar” desarrollado por Juárez-Castelán, *et al.* En 2018, el cual ha demostrado un valor de Alpha de Cronbach de 0.93 consta de 15 preguntas con opciones de respuesta en una escala tipo Likert, donde 0 representa “nada segura” 1 “algo segura” 2 “moderadamente segura” y 3 “completamente segura”, para conocer el nivel de AELM. Esta encuesta se emplea repitiendo estas palabras “Creo que puedo amamantar a mi hijo, aunque...” al principio de cada una de las preguntas.

Aunque: esté en público, atraviese por problemas personales, las personas en la calle estén en desacuerdo, personas significativas (pareja, padres, hijos) estén en desacuerdo, trabaje, esté

cansada, esté enferma, no quiera hacerlo, me sienta triste o desanimada, tenga que hacer, esté en una fiesta, no perciba los beneficios, tenga grietas en los pezones, me produzca dolor en los senos y se me escurra la leche.

Con la sumatoria del total de los ítems, se dividirá en la muestra en dos grupos iguales, tomando como referencia la media, al final nos dará un resultado donde se podrá medir el nivel de autoeficacia en las madres.

## 5.7 Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional		Procesamiento estadístico
Variable independiente  AELM	Confianza de la madre sobre su capacidad para amamantar correctamente a su bebé (Durán, 2023).	Instrumento “Autoeficacia para lactar” de Juárez-Castelán, <i>et al.</i> 2018. Demostró un Alpha de Cronbach de 0.93. Cuenta con 15 reactivos, las opciones de respuesta están en escala tipo Likert que va de nada segura a totalmente segura (Anexo 2)	Esta encuesta se emplea repitiendo estas palabras “Creo que puedo amamantar a mi hijo, aunque...” al principio de cada una de las preguntas. 1.- esté en público. 2.- atraviere por problemas personales. 3.- las personas en la calle estén en desacuerdo. 4.- personas significativas (pareja, padres, hijos) estén en desacuerdo. 5.- trabaje. 6.- esté cansada. 7.- esté enferma. 8.- no quiera hacerlo. 9.- me sienta triste o desanimada. 10.- tenga que hacer. 11.- esté en una fiesta. 12.- no perciba los beneficios. 13.- tenga grietas en los pezones. 14.- me produzca dolor en los senos. 15.- se me escurra la leche.	Variable ordinal  <b>Descriptivo:</b> -Frecuencias -Porcentajes <b>Inferencial:</b> Correlación de spearman
Variable dependiente  IRAS	Grupo de enfermedades que afectan el sistema respiratorio de vías aéreas superiores o inferiores (Gobierno de México,	Número de episodios de IRAs presentados en un año.	¿Cuántos episodios de IRAs ha presentado su hijo en un periodo de un año o los meses que lleva de vida?	Variable ordinal  <b>Descriptivo:</b> -Frecuencias -Porcentajes

	<p>2015; Secretaría de Salud, 2020)</p> <p>IRA sin neumonía:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Rinofaringitis</li> <li>2.- Faringitis</li> <li>3.- Faringoamigdalitis purulenta</li> <li>4.- Otitis media aguda</li> <li>5.- Sinusitis.</li> <li>6.- Laringitis</li> <li>7.- Laringotraqueitis</li> <li>8.- Bronquitis</li> <li>9.- Bronquiolitis.</li> </ol> <p>IRA con neumonía:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Neumonía leve</li> <li>2.- Neumonía grave</li> </ol>			<p>-Proporción de episodios por mes.</p> <p><b>Inferencial:</b> Correlación de spearman</p>
<p>Variable dependiente</p> <p>Peso</p>	<p>Peso en kilogramos y gramos (SSA, 2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo de desnutrición</li> <li>• Peso normal</li> <li>• Sobrepeso</li> <li>• Obesidad (IMSS, S.F.A Y B)</li> </ul>	<p>Peso del lactante en kilogramos y gramos.</p> <p>Estatura en centímetros.</p> <p>Edad en años y meses.</p> <p>Clasificación:</p> <p>Peso (kg)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desnutrición</li> <li>• Normal</li> <li>• Sobrepeso</li> <li>• Obesidad</li> </ul> <p>Estatura</p> <p>Baja / Normal</p>	<p>Variable ordinal</p> <p><b>Descriptivo:</b> -Frecuencias -Porcentajes</p> <p><b>Inferencial:</b> Correlación de spearman</p>

## 5.8 Recursos humanos

Para realizar la presente investigación se requirió de un investigador (Estudiante de pregrado), una directora de tesis y dos revisores, profesores investigadores de tiempo completo de la Universidad del Papaloapan campus Tuxtepec.

## 5.9 Recursos de materiales

Insumos	Precios	Cantidad / tiempo	Gastos
Computadora lap-tops	\$ 12,000	1	\$12,000
*Asesoría	\$ 200 por hr	10 hrs	\$2,000
Tiempo dedicadas al proyecto	\$ 45 hr de trabajo	360 hr en 6 meses	\$16,200
Internet	\$ 8 la hr	360 hrs de internet	\$2,880
Copias	\$ 50 centavos	800 copias	\$400
Impresiones	\$ 1	300 impresiones	\$300
Pasaje	\$500 viaje	10	\$5,000
	\$ 8 urbano	40	\$320
Luz	\$ 0.417 la hr	360 hrs	\$150
	<b>Total</b>		<b>\$39,250</b>

Nota. \* El tiempo invertido por parte de los directores y revisores, aunque también tiene un costo por hora, no fue compensado ni remunerado por la realización del presente trabajo.

## 5.10 Procedimiento metodológico

1. La presente investigación será revisada y corregida hasta obtener el aval del director de tesis.
2. Se enviará al comité para su revisión
3. El comité enviará el protocolo a dos revisores internos.
4. El tesista sustentara su proyecto de investigación ante sus asesores de tesis.
5. Se emitirá un oficio (Ver anexo 1) ante el jefe jurisdiccional sanitaria número 1 de Oaxaca con atención al jefe de enseñanza de la misma institución, para la autorización de aplicación de proyecto de investigación al Centro de Salud urbano número 2 de Oaxaca.
6. Una vez autorizado, la jurisdicción extenderá un documento para que se entreguen al director del centro de salud con copia a la jefatura de enseñanza y a la jefatura de enfermería.
7. Se explicará al personal el proyecto con el fin de solicitar su amable colaboración y facilidades para que se lleve a cabo el mismo.
8. Posteriormente se realizar la invitación a las madres que acuden al centro de salud y quieran participar con previa explicación del consentimiento informado. (anexo 5)

9. Una vez dado el consentimiento informado, se procederá a realizar el llenado de la Cédula de Identificación (Ver anexo 2).
10. Para llenar la información del instrumento de medición sobre AELM (Ver anexo 3) se les leerá las preguntas a las madres de familia y el investigador llenará el instrumento, procurando un espacio con confidencialidad, donde la madre se sienta tranquila y sin temores.
11. La toma de peso y talla del lactante se llevará a cabo durante su estancia en centro de salud, será conforme a la PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA2-2014, Para la atención a la salud de la infancia. Para resguardar la integridad del lactante, éste estará en todo momento en la presencia de la madre. (Ver anexo 6)
12. Una vez llenados los datos se le brindará a la madre un número de WhatsApp, un correo electrónico y un número telefónico donde podrá solicitar los resultados de la investigación.
13. Se le proporcionará material educativo sobre LM, IRAS y cómo mantener un peso saludable para sus bebés, luego de haber realizado la medición y tomado el peso del lactante, se les proporcionará orientación sobre cómo identificar en su cartilla de vacunación la información que les permitirá conocer el estado de peso y estatura de acuerdo a la edad de sus bebés, de esta manera podrá comprender la situación en que se encuentra su lactante. (Ver anexo 4).

### **5.11 Procedimiento estadístico**

Las variables del estudio serán analizadas bajo estadística descriptiva e inferencial. Utilizando el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 21.

#### **5.11.1 Estadística descriptiva**

Se realizará la descripción de las variables con frecuencias y porcentajes.

#### **5.11.2 Estadística inferencial**

Se analizará la normalidad de los datos mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnof para determinar la prueba estadística adecuada para realizar la correlación de variables. Se utilizará la prueba de Spearman (Para poblaciones no normales).

## **5.12 Aspectos éticos**

### **Consideraciones Éticas**

Es deber fundamental de cualquier investigación seguir los principios esenciales con el fin de cumplir con los estándares morales, éticos y legales. Por tanto, este estudio se adhiere a las normas éticas definidas en las directrices de la CIOMS, al reglamento de la Ley General de Salud en lo que respecta a la investigación, y al código de Nuremberg, que desempeña un papel crucial en la protección de los participantes de la investigación.

Según las directrices de la CIOMS (CIOMS & Organización Panamericana de la Salud, 2017), la pauta 1 enfatiza la importancia del valor social y científico, así como el respeto a los derechos. En este contexto, el valor social y científico se logrará al recopilar datos sólidos sobre los niveles de AELM en madres con lactantes de 0 meses a 2 años que asisten al Centro de Salud Urbano número 2 de Oaxaca. Por tanto, la elección de una metodología adecuada para la selección del grupo de estudio y la muestra permitirá evaluar la capacidad y las prácticas de las madres en lo que respecta a la alimentación y la duración de la lactancia, con el objetivo de prevenir enfermedades respiratorias y promover un óptimo crecimiento y desarrollo de los lactantes.

El valor científico se alcanzará mediante la aplicación de un instrumento de investigación riguroso y actualizado para medir la autoeficacia en la lactancia materna entre madres con bebés lactantes. Además, el respeto a la autonomía y al bienestar de los participantes se mantendrá mediante un compromiso constante, el respeto y la preocupación por su bienestar, lo que se ajusta a las normas relevantes del Código de Núremberg (The University of North Carolina, 2023).

Además, es importante resaltar la directiva número 9 relacionado con individuos con la capacidad de otorgar su consentimiento informado, este proceso implica una comunicación efectiva, lo que significa que, desde el primer contacto hasta la obtención y registro del consentimiento, se brindará a los participantes información detallada y relevante sobre el estudio, asegurándose de no utilizar engaño, ocultar información ni ejercer influencias indebidas (Ver anexo 5). Además, el artículo 21 de la Ley General en Salud en relación con la investigación subraya la relevancia de mantener la confidencialidad de la información que guarda relación con la privacidad de los participantes.

La pauta 24 garantiza la transparencia, lo que implica que los investigadores se comprometen a cumplir con los principios éticos al publicar los resultados de su estudio. En lo

que respeta a la pauta 25, sobre conflictos de interés, se declara la inexistencia de cualquier conflicto de interés.

Es importante destacar que, además de lo mencionado, el título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, en el artículo 13, subraya la necesidad de que en todas las investigaciones en las que los seres humanos sean sujeto de estudio, se priorice a través del proceso de consentimiento informado (ver anexo 5). Por lo tanto, este estudio se clasifica con “sin riesgo” de acuerdo con el artículo 17, título 1, ya que no involucra intervenciones en los participantes y utiliza cuestionarios para recopilar información, sin abordar aspectos sensibles de sus conductas.

## VI. Resultados

A continuación, se presentan los resultados de la investigación cuyo objetivo fue determinar la relación entre AELM con IRAS y peso en una muestra de 145 lactantes que acuden al Centro de Salud Urbano número 2, Oaxaca de Juárez, Oax. Se iniciará describiendo los resultados de las variables sociodemográficas, posteriormente la descripción de las variables del estudio, y por último el análisis inferencial de las variables.

Respecto a la Edad de la madre se encontró una media de 28.14, una mediana de 28, una desviación estándar de 6.54 con un valor mínimo de 14 y máximo de 42,  $n= 145$ .

En el estado civil, se encontró que el grupo más grande fue de unión libre ( $fr=66$ ,  $n= 145$ ). Ver la tabla y gráfica 1. Estado Civil.

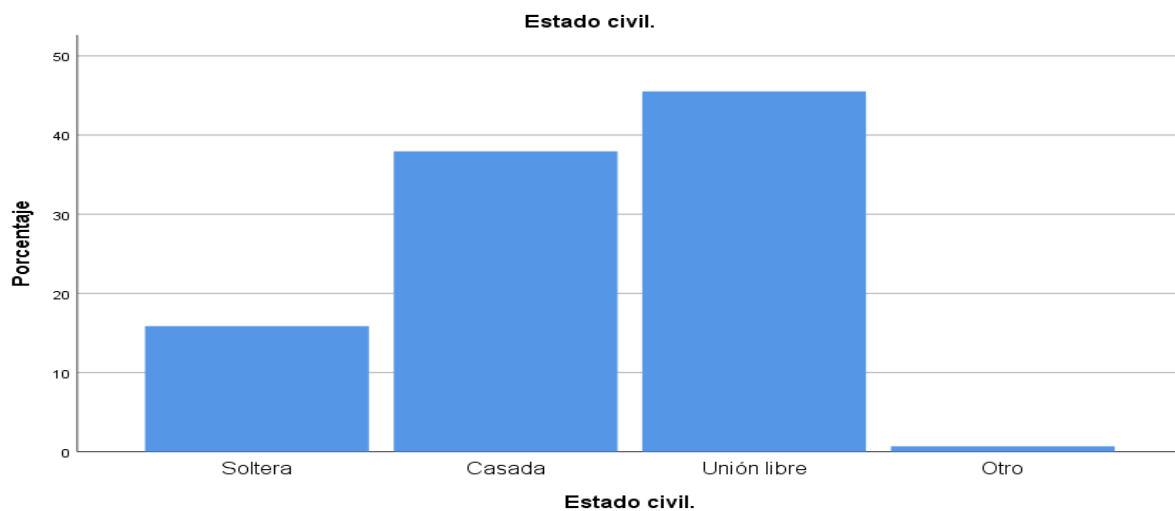
Tabla 1. Estado civil.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltera	23	15.9	15.9	15.9
	Casada	55	37.9	37.9	53.8
	Unión libre	66	45.5	45.5	99.3
	Otro	1	.7	.7	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Nota. Base de datos del estudio

**Figura 1.**

*Estado civil*



Nota: Base de datos del estudio

En el nivel de escolaridad se presentó que los grupos con mayor frecuencia fueron licenciatura ( $f_r= 44\%$ ,  $n= 145$ ), preparatoria ( $f_r= 44\%$ ,  $n= 145$ ) y secundaria ( $f_r= 41\%$ ,  $n= 145$ ). Ver tabla y gráfica 2. Nivel de estudios.

**Tabla 2.**

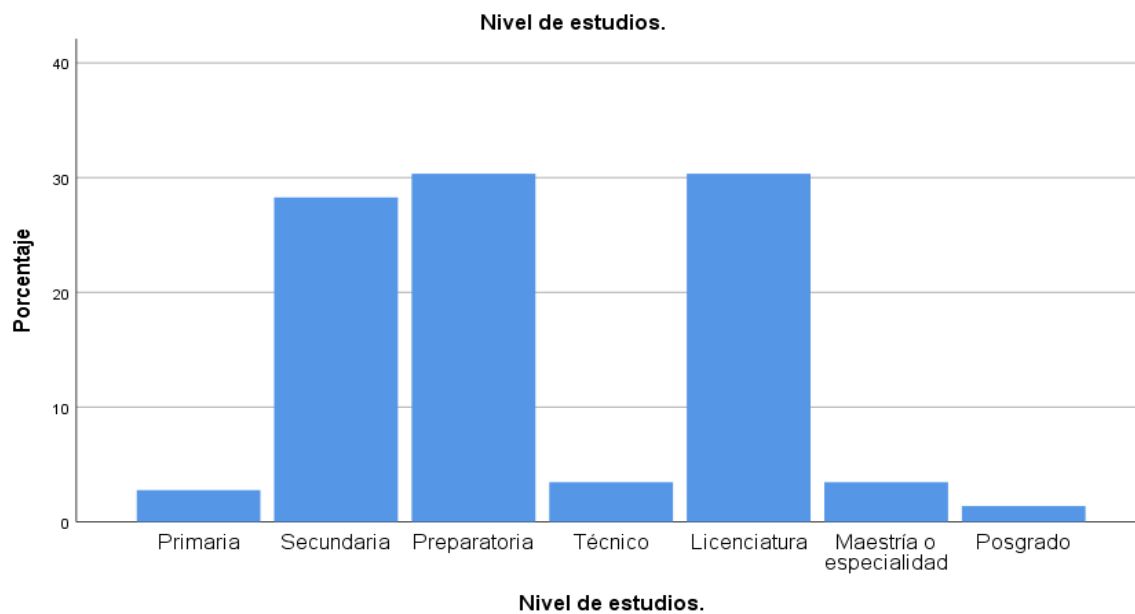
Nivel de estudios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	4	2.8	2.8	2.8
	Secundaria	41	28.3	28.3	31.0
	Preparatoria	44	30.3	30.3	61.4
	Técnico	5	3.4	3.4	64.8
	Licenciatura	44	30.3	30.3	95.2
	Maestría o especialidad	5	3.4	3.4	98.6
	Posgrado	2	1.4	1.4	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Nota. Base de datos del estudio

**Figura 2.**

Nivel de estudios



Nota. Base de datos del estudio

Sobre la ocupación, se encontró que la ocupación más frecuente fue hogar ( $fr= 88, n= 145$ ).

Ver tabla y gráfica 3.

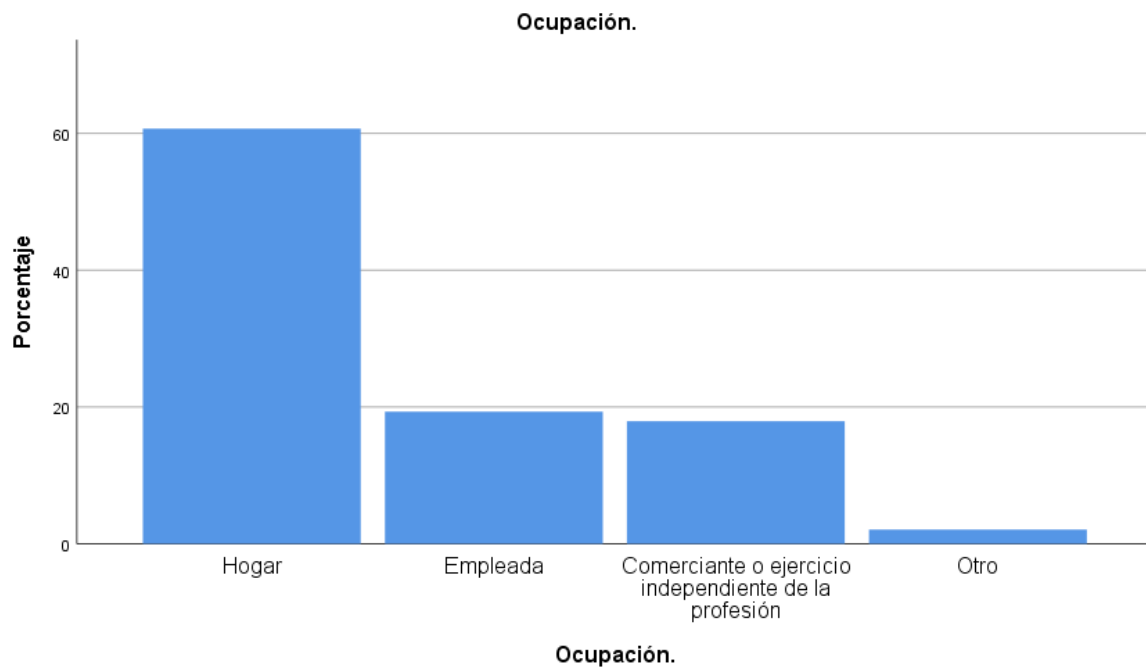
Tabla 3. Ocupación.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hogar	88	60.7	60.7	60.7
	Empleada	28	19.3	19.3	80.0
	Comerciante o ejercicio independiente de la profesión	26	17.9	17.9	97.9
	Otro	3	2.1	2.1	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Nota. Base de datos del estudio

Figura 3.

Ocupación.



Nota. Base de datos del estudio

En los Ingresos, la variable tuvo una media de 7060 una desviación estándar de 4670 con un valor mínimo de 1000 y máximo de 4000,  $n= 145$ . El número de hijos tuvo una media de 1.72 con una desviación estándar de .79 con un valor mínimo de 1 y máximo de 4,  $n= 145$ , con edad del lactante en meses tuvo una media de 7.74 con una desviación estándar de 7.6 con un valor mínimo de 0 y máximo de 24.  $n= 145$ . Respecto al género, predominó el masculino ( $fr= 51\%$ ,  $n= 74$ ), Ver tabla y gráfica 4. Género del lactante.

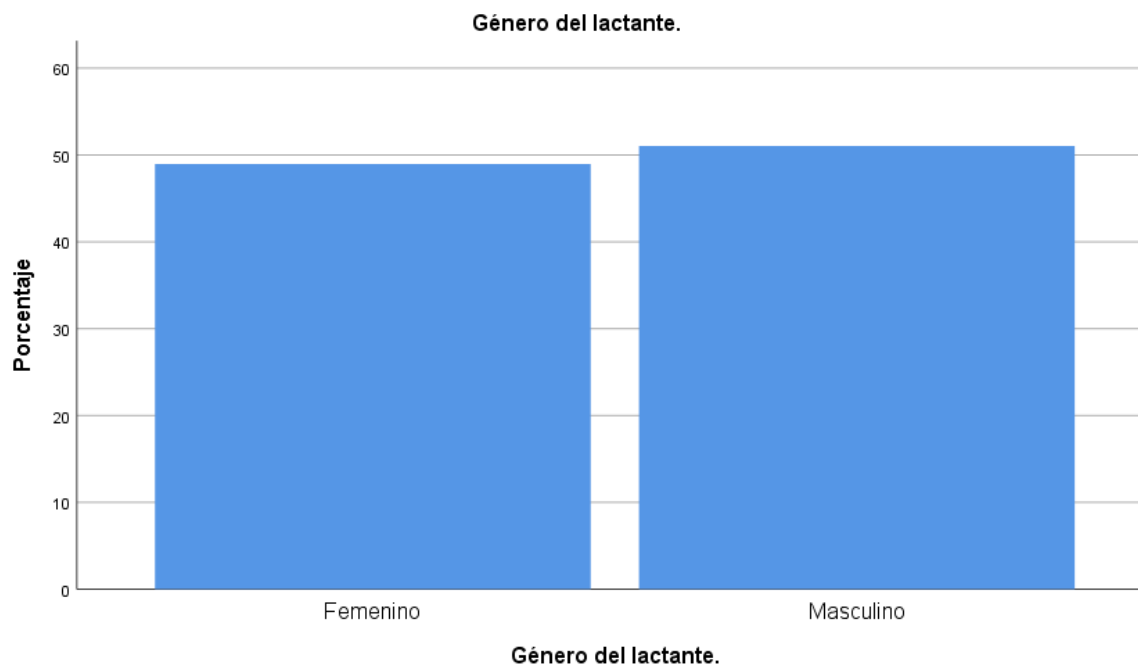
Tabla 4. Género del lactante.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	71	49.0	49.0	49.0
	Masculino	74	51.0	51.0	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Nota. Base de datos del estudio

**Figura 4.**

*Género del lactante*



Nota. Base de datos del estudio

El peso tuvo una media de 7.19, una desviación estándar de 3.23 kilogramos con un valor mínimo de 3 y máximo de 19. Siendo la mediana 6.8  $n= 145$  y la talla tuvo una media de 65.91,  $DE= 12.1$  cm con un valor mínimo de 45 y máximo de 92  $n= 145$ .

El IMC que predominó fue normal ( $fr= 89, 61.4\%, n= 144$ ), por lo que el estado nutricional que predominó fue peso normal. Ver tabla y gráfica 5. IMC del lactante y tabla y gráfica 6. Estado nutricional del lactante.

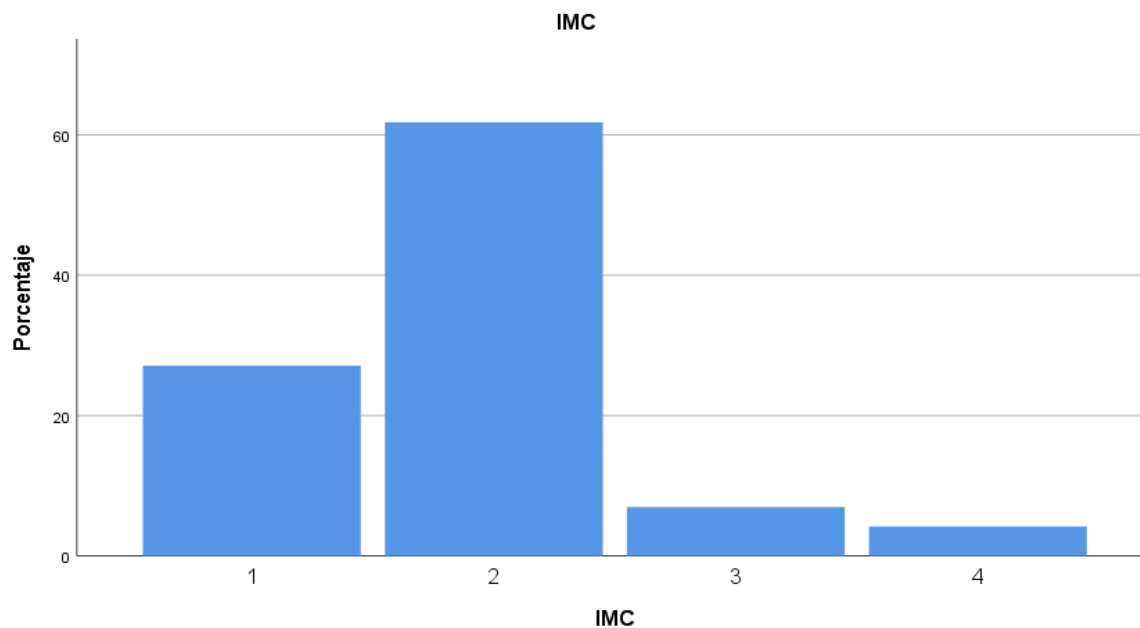
Tabla 5. IMC del lactante.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	39	26.9	27.1	27.1
	2	89	61.4	61.8	88.9
	3	10	6.9	6.9	95.8
	4	6	4.1	4.2	100.0
	Total	144	99.3	100.0	
Perdidos	Sistema	1	.7		
Total		145	100.0		

Nota. Base de datos del estudio

Figura 5.

IMC del lactante



Nota. Base de datos del estudio

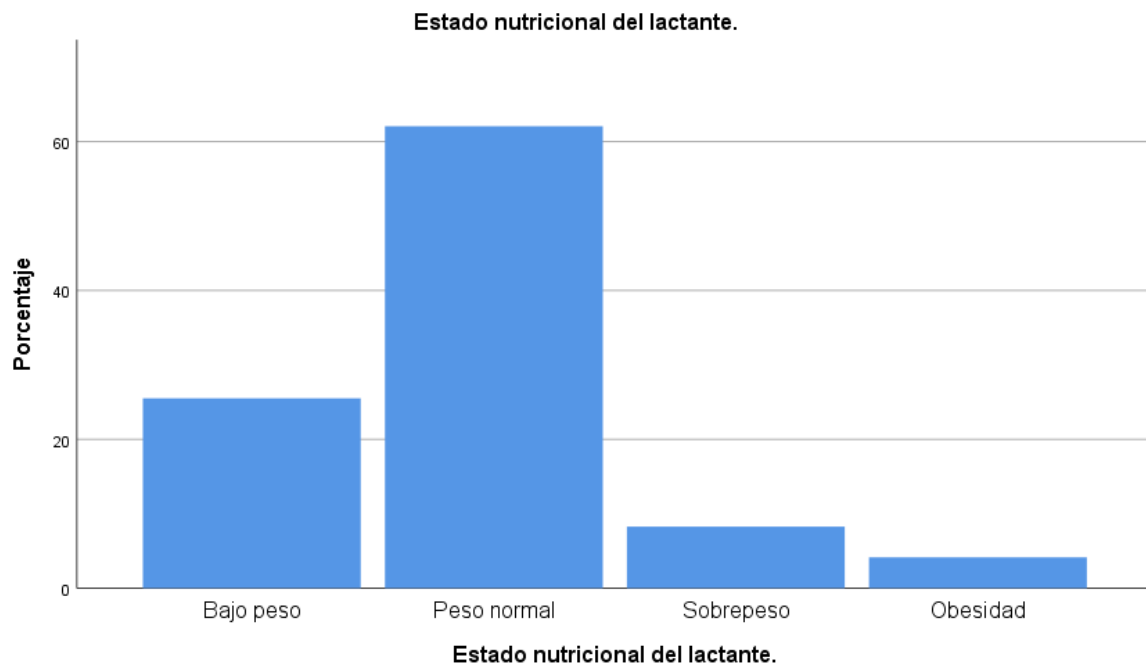
Tabla 6. Estado nutricional del lactante.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo peso	37	25.5	25.5	25.5
	Peso normal	90	62.1	62.1	87.6
	Sobrepeso	12	8.3	8.3	95.9
	Obesidad	6	4.1	4.1	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Nota. Base de datos del estudio

**Figura 6**

*Estado nutricional del lactante*



Nota. Base de datos del estudio

En referencia a la frecuencia de IRAS tuvo una media de 1.46 una desviación estándar de 1 con un valor mínimo de 0 y máximo de 10. Siendo la mediana de 1,  $n = 145$ .

Respecto a las respuestas de la encuesta sobre Autoeficacia de Lactancia Materna, las madres se sienten confiadas de amamantar a sus hijos aunque estén en público ( $fr= 88, 60.7\%, n= 145$ ), Ver tabla y gráfica 7.

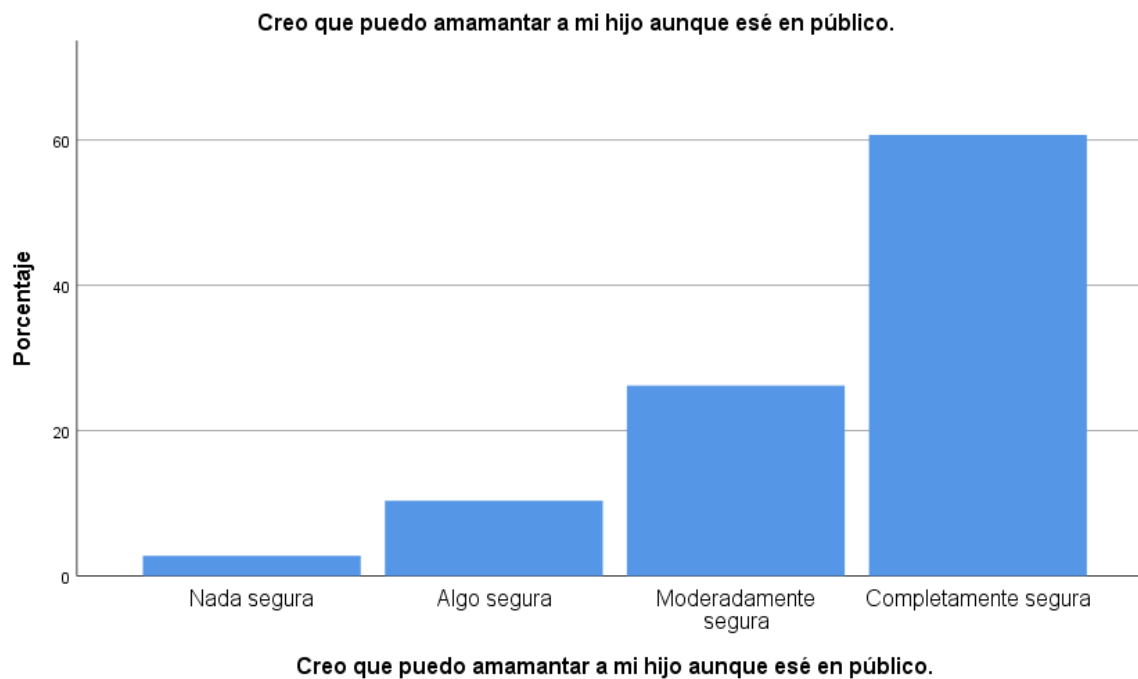
Tabla 7. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque esté en público.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada segura	4	2.8	2.8	2.8
	Algo segura	15	10.3	10.3	13.1
	Moderadamente segura	38	26.2	26.2	39.3
	Completamente segura	88	60.7	60.7	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Nota. Base de datos del estudio

**Figura 7.**

*Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque esté en público.*



Nota . Base de datos del estudio

La mayoría de las madres se sienten completamente seguras de amamantar a sus hijos aunque atraviesen por problemas personales ( $fr= 84, 57.9\%, n= 145$ ). Ver tabla y gráfica 8.

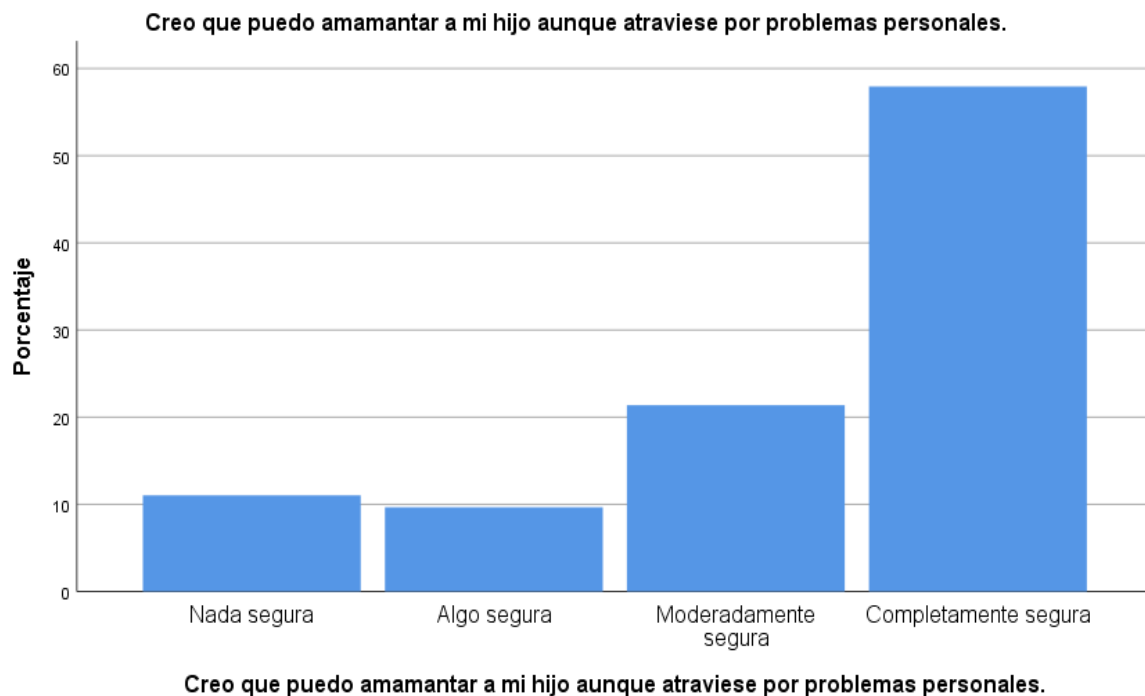
Tabla 8. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque atraviere por problemas personales.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada segura	16	11.0	11.0	11.0
	Algo segura	14	9.7	9.7	20.7
	Moderadamente segura	31	21.4	21.4	42.1
	Completamente segura	84	57.9	57.9	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Nota. Base de datos del estudio

**Figura 8.**

*Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque atraviere por problemas personales.*



Nota. Base de datos del estudio

Ante la pregunta de amamantar al hijo aunque las personas estén en desacuerdo, la mayoría de las madres respondieron estar completamente seguras ( $fr= 93, 64.1\%, n= 145$ ). Ver tabla y gráfica 9.

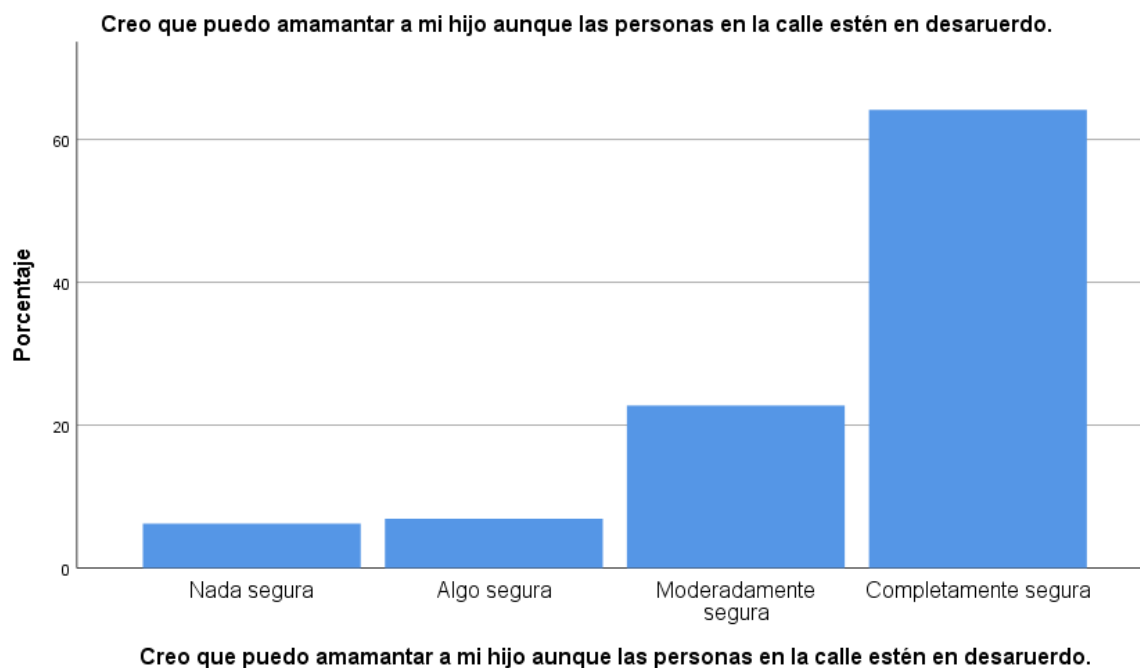
Tabla 9. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque las personas en la calle estén en desacuerdo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada segura	9	6.2	6.2	6.2
	Algo segura	10	6.9	6.9	13.1
	Moderadamente segura	33	22.8	22.8	35.9
	Completamente segura	93	64.1	64.1	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Nota. Base de datos del estudio

**Figura 9.**

*Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque las personas en la calle estén en desacuerdo.*



Incluso ante la pregunta de que las personas significativas estén en desacuerdo, la mayoría de la madre también se sintió completamente segura ( $f_r= 124, 85.5\%, n= 145$ )

Ver tabla y gráfica 10.

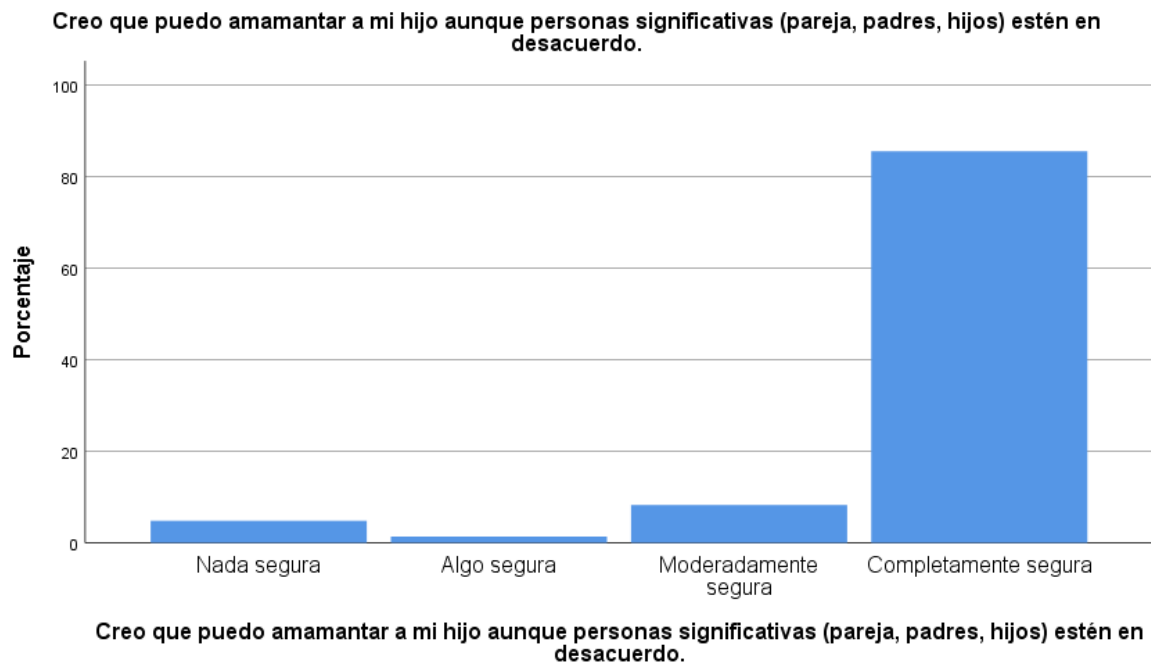
Tabla 10. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque personas significativas (pareja, padres, hijos) estén en desacuerdo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada segura	7	4.8	4.8	4.8
	Algo segura	2	1.4	1.4	6.2
	Moderadamente segura	12	8.3	8.3	14.5
	Completamente segura	124	85.5	85.5	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Nota. Base de datos del estudio

**Figura 10.**

*Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque personas significativas (pareja, padres, hijos) estén en desacuerdo.*



Nota. Base de datos del estudio

En referencia al ítem: Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque trabaje, la mayoría de las madres respondieron completamente segura ( $fr= 78, 53.8\%, n= 145$ ). Ver tabla y gráfica 11.

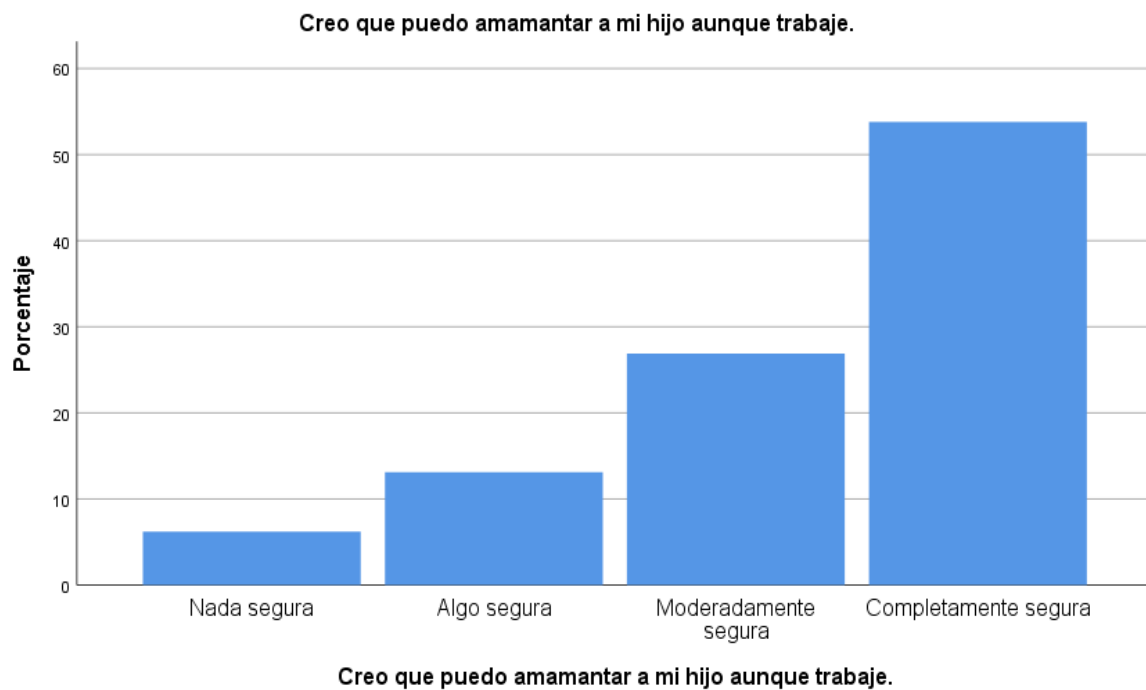
Tabla 11. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque trabaje.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada segura	9	6.2	6.2	6.2
	Algo segura	19	13.1	13.1	19.3
	Moderadamente segura	39	26.9	26.9	46.2
	Completamente segura	78	53.8	53.8	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Nota. Base de datos del estudio

**Figura 11.**

*Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque trabaje.*



Nota. Base de datos del estudio

Cuando se les preguntó a las madres si creían que podrían amamantar al hijo aunque estuvieran cansadas, la mayoría respondieron, la mayoría de las madres respondieron completamente segura ( $fr= 110, 75.9\%, n= 145$ ). Ver tabla y gráfica 12.

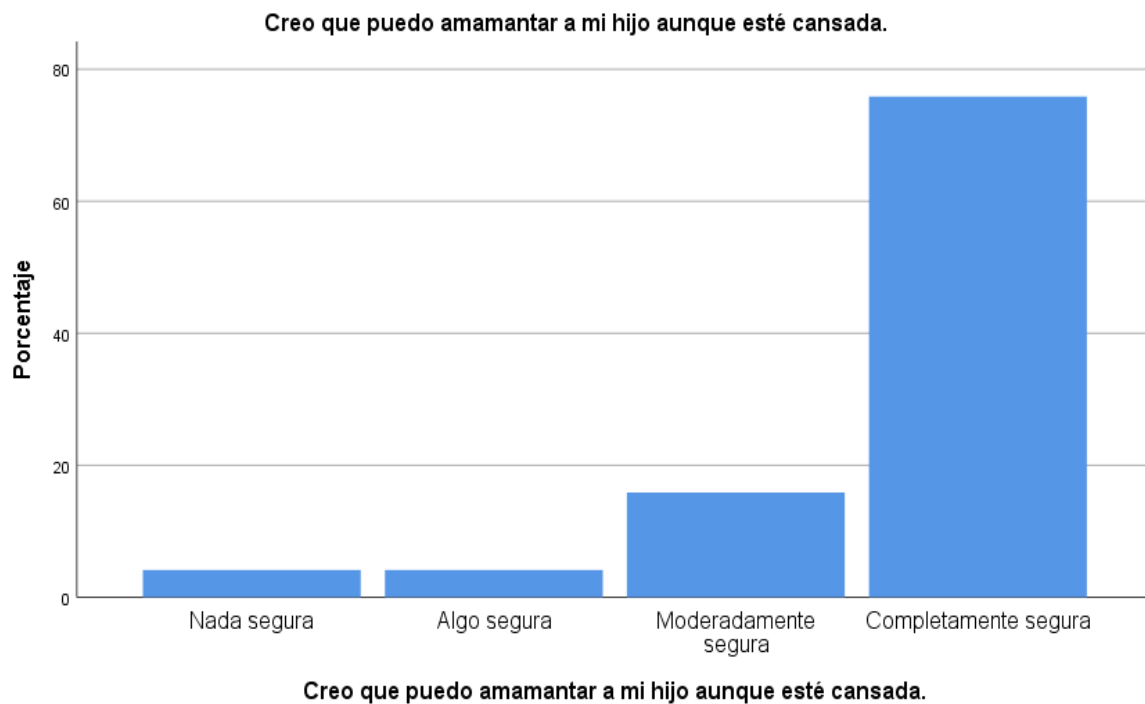
Tabla 12. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque esté cansada.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada segura	6	4.1	4.1	4.1
	Algo segura	6	4.1	4.1	8.3
	Moderadamente segura	23	15.9	15.9	24.1
	Completamente segura	110	75.9	75.9	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Nota. Base de datos del estudio

**Figura 12.**

*Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque esté cansada.*



Nota. Base de datos del estudio

Cuando estén enfermas, las madres del respondieron que están completamente seguras de amamantar a su hijo ( $fr= 75, 51.7\%, n= 145$ ). Ver tabla y gráfica 13

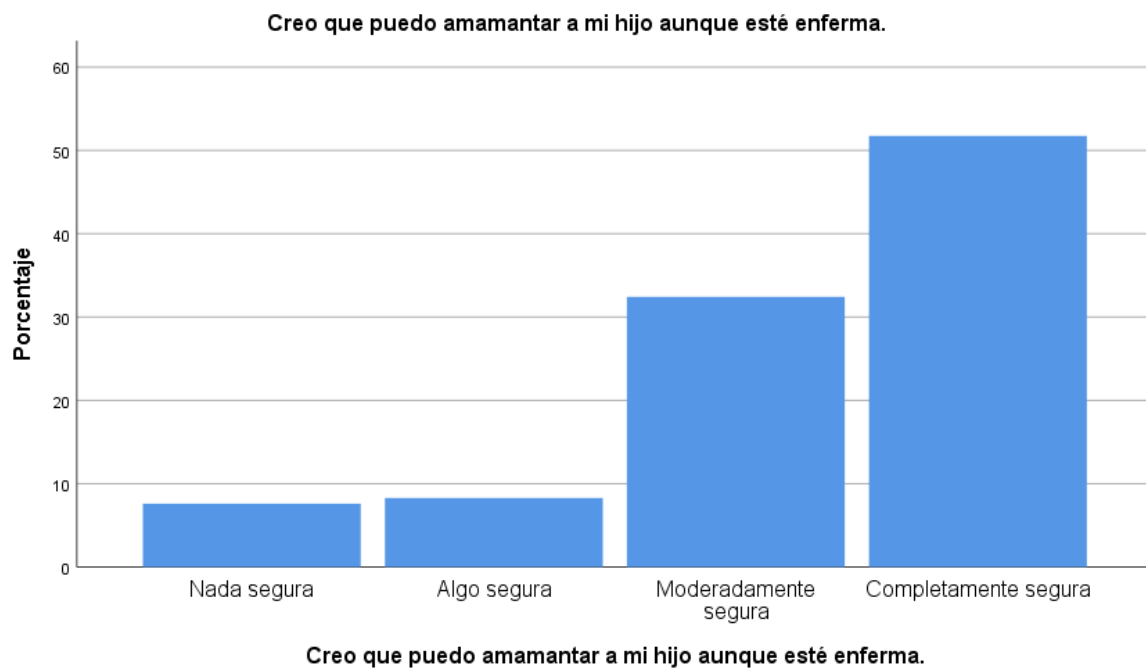
Tabla 13. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque esté enferma.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada segura	11	7.6	7.6	7.6
	Algo segura	12	8.3	8.3	15.9
	Moderadamente segura	47	32.4	32.4	48.3
	Completamente segura	75	51.7	51.7	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Fuente. Base de datos del estudio

**Figura 13.**

*Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque esté enferma.*



Nota. Base de datos del estudio

En el ítem Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque no quiera hacerlo., la mayoría de las madres respondieron completamente segura ( $fr= 100, 69.0\%, n= 145$ ). Ver tabla y gráfica 14.

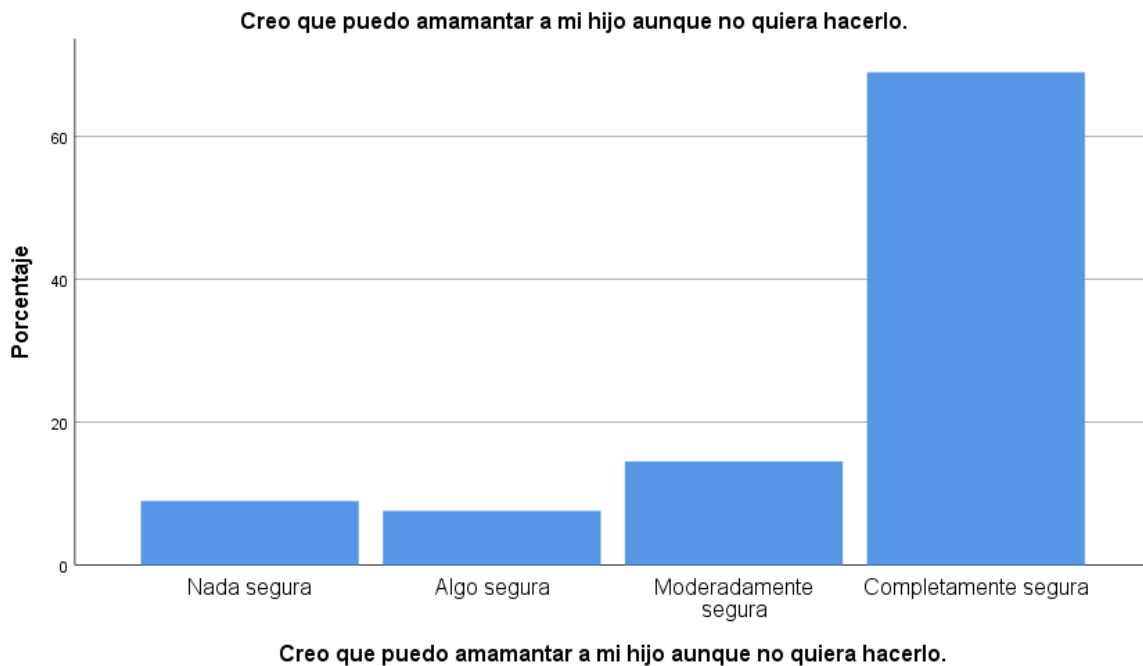
Tabla 14. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque no quiera hacerlo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada segura	13	9.0	9.0	9.0
	Algo segura	11	7.6	7.6	16.6
	Moderadamente segura	21	14.5	14.5	31.0
	Completamente segura	100	69.0	69.0	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Nota. Base de datos del estudio

**Figura 14.**

*Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque no quiera hacerlo.*



Nota. Base de datos del estudio

Referente a la lactancia cuando se sientan tristes o desanimadas la mayoría de las madres respondieron completamente segura ( $f_r = 105, 72.4\%, n = 145$ ). Ver tabla y gráfica 15. Me sienta triste o desanimada.

Tabla 15. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque me sienta triste o desanimada.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada segura	5	3.4	3.4	3.4
	Algo segura	8	5.5	5.5	9.0
	Moderadamente segura	27	18.6	18.6	27.6
	Completamente segura	105	72.4	72.4	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Nota. Base de datos del estudio

**Figura 15.**

*Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque me sienta triste o desanimada.*



Nota. Base de datos del estudio

En el cuestionamiento Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque tenga que hacer, la mayoría de las madres respondieron completamente segura ( $f_r= 118, 81.40\%, n= 145$ ). Ver tabla y gráfica 16. Tenga que hacer.

Tabla 16. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque tenga que hacer.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada segura	1	.7	.7	.7
Algo segura	10	6.9	6.9	7.6
Moderadamente segura	16	11.0	11.0	18.6
Completamente segura	118	81.4	81.4	100.0
Total	145	100.0	100.0	

Nota. Base de datos del estudio

**Figura 16.**

*Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque tenga que hacer.*



Fuente. Base de datos del estudio

También la mayoría de las madres respondieron completamente segura ( $f_r= 118, 81.40\%, n= 145$ ) cuando se les preguntó sobre lactar en fiestas. Ver tabla y gráfica 17. Este en una fiesta.

Tabla 17. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque está en una fiesta.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada segura	6	4.1	4.1	4.1
	Algo segura	7	4.8	4.8	9.0
	Moderadamente segura	14	9.7	9.7	18.6
	Completamente segura	118	81.4	81.4	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Nota. Base de datos del estudio

**Figura 17.**

*Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque está en una fiesta.*



Nota. Base de datos del estudio

Las madres del estudio se sienten completamente seguras de amamantar aunque no perciban los beneficios de la lactancia, ( $fr= 110, 75.9\%, n= 145$ ). Ver tabla y gráfica 18. No perciba los beneficios.

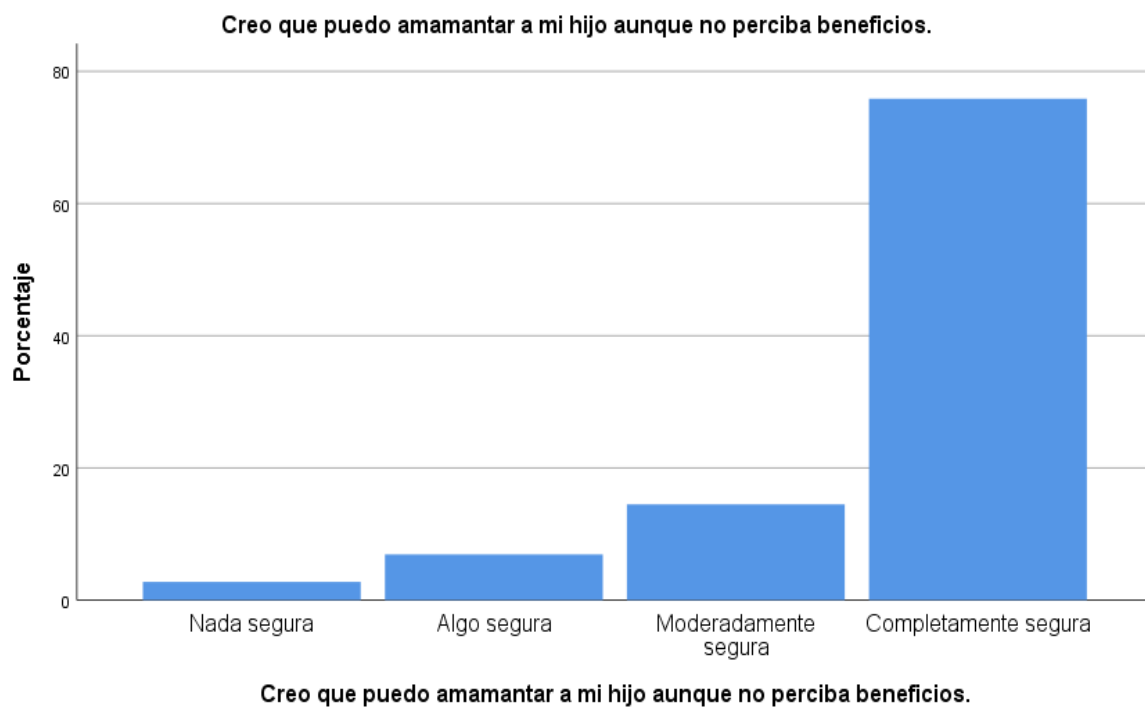
Tabla 18. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque no perciba beneficios.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada segura	4	2.8	2.8	2.8
	Algo segura	10	6.9	6.9	9.7
	Moderadamente segura	21	14.5	14.5	24.1
	Completamente segura	110	75.9	75.9	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Nota. Base de datos del estudio

**Figura 18.**

*Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque no perciba beneficios.*



Nota. Base de datos del estudio

Cuando las madres tengan grietas en los pezones, la mayoría de las madres se sienten completamente seguras de lactar ( $f_r = 93$ , 64.1%,  $n = 145$ ). Ver tabla y gráfica 19  
Grietas en los pezones.

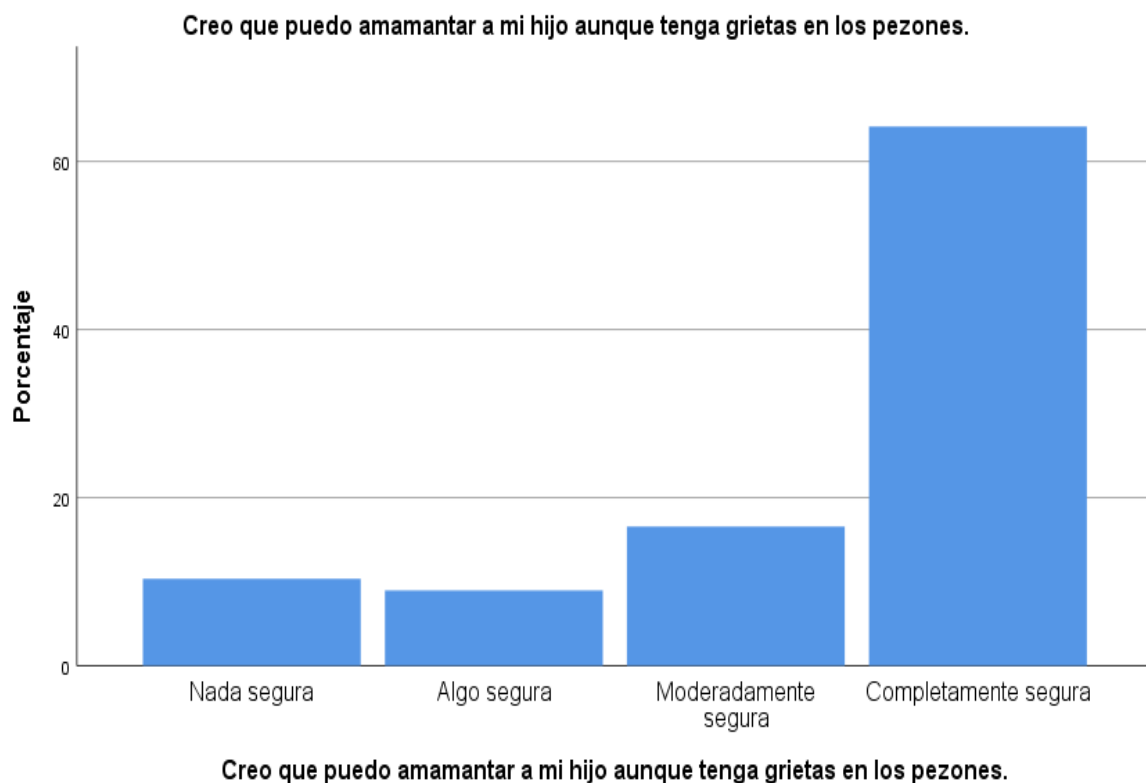
Tabla 19. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque tenga grietas en los pezones.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada segura	15	10.3	10.3	10.3
	Algo segura	13	9.0	9.0	19.3
	Moderadamente segura	24	16.6	16.6	35.9
	Completamente segura	93	64.1	64.1	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Nota. Base de datos del estudio

**Figura 19.**

*Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque tenga grietas en los pezones.*



La mayoría de las madres respondieron completamente segura ante lactar con dolor en los senos ( $f_r= 102, 70.3\%, n= 145$ ). Ver tabla y gráfica 20.

Tabla 20. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque me produzca dolor en los senos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada segura	13	9.0	9.0	9.0
	Algo segura	11	7.6	7.6	16.6
	Moderadamente segura	19	13.1	13.1	29.7
	Completamente segura	102	70.3	70.3	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Nota. Base de datos del estudio

**Figura 20.**

*Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque me produzca dolor en los senos.*



Nota. Base de datos del estudio

La mayoría de las madres respondieron estar completamente seguras de lactar aunque se les escurra la leche ( $fr= 121, 83.4\%, n= 145$ ). Ver tabla y gráfica 21.

Tabla 21. Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque se me escurra la leche.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada segura	2	1.4	1.4	1.4
	Algo segura	8	5.5	5.5	6.9
	Moderadamente segura	14	9.7	9.7	16.6
	Completamente segura	121	83.4	83.4	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Nota. Base de datos del estudio

**Figura 21.**

*Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque se me escurra la leche.*



Nota. Base de datos del estudio

Las madres del estudio tuvieron una Autoeficacia Materna para Lactar. El análisis de la confiabilidad de la escala en la muestra arrojó un Alpha de Cronbach de .892.

El análisis de la normalidad de la escala con la muestra de Kolmogorov Smirnov arrojó un valor de .000, por lo que se rechaza la hipótesis nula de no normalidad de los datos por lo que la muestra se considera normal. El análisis de la normalidad de frecuencia de IRAS con la muestra de arrojó un valor de  $KS = .000$ , se rechaza la hipótesis nula de no normalidad de los datos por lo que la muestra se considera normal. Por lo tanto, se optó por realizar la correlación de Spearman.

En relación a las variables sociodemográficas del estudio se encontró que a mayor edad mejor ingreso de las madres ( $r = .228, p = .006$ ) y mayor grado de estudios ( $r = .418, p = .000$ ), y mayor número de hijos ( $r = .438, p = .000$ ).

La asociación entre variables IRA y AEML fue negativa y no significativa ( $p = -.132$ , con una significancia de .114). Por lo que se concluye que no hay relación entre el número de IRAS y la AEML. Así mismo, se encontró correlación entre IRAS con edad del lactante ( $r = .616, p = .00$ ), peso ( $r = .579, p = .00$ ), talla ( $r = .586, p = .014$ ). A mayor edad, peso y talla, mayor frecuencia de IRAS.

Respecto a IRAS y los ítems de la escala, se encontraron relaciones negativas significativas entre IRAS y las preguntas Creo que puedo amamantar a mi hijo aunque me produzca dolor en los senos ( $r = -.24, p = .004$ ) y creo que puedo amamantar a mi hijo aunque me escurra la leche ( $r = -.210, p = .011$ ). A menor AEML por dolor en los senos o escurrimiento, mayor frecuencia de IRAS.

Se realizó un análisis de  $\chi^2$  para verificar si había diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de lactantes de bajo peso y el resto de los niños y no se encontró diferencia significativa respecto a IRAS ( $\chi^2 = 8.959, gl = 9, p = .441$ ) ni a AEML ( $\chi^2 = 829.316, gl = 28, p = .397$ ).

Así mismo, se estudió si había diferencia entre los lactantes de peso normal y el resto de lactantes respecto a IRAS ( $\chi^2 = 5.860, gl = 9, p = .754$ ) ni a AEML ( $\chi^2 = 26.942, gl = 28, p = .522$ ).

## VII Discusión

La OMS (2023a) estipula a la LM como alimentación natural del lactante por lo menos de forma exclusiva durante los primeros seis meses. En nuestro estudio se encontró las mujeres de la muestra cumplieron con esta recomendación. Respecto a la ventaja inmunológica que brinda la alimentación con LM (2023a) el presente estudio no encontró relación significativa entre LM e IRAS lo que indica que, en la muestra, la LM parece no tener un papel significativo para el desarrollo de IRAS de los lactantes. Esto puede deberse a la participación activa de otros fenómenos que están fuera del alcance de los objetivos del presente estudio como hacinamiento, clima o comportamiento de esta patología en la comunidad. Sin embargo, se encontró que la AEML está relacionada con dolor en los senos y escurrimiento de leche.

Por el contrario, se encontró relación positiva y significativa entre IRAS y peso, edad e IMC. Sin embargo, esta relación no se considera como hallazgo relevante ya que la relación es natural y lógica puesto que, a mayor edad del lactante, más peso, mayor IMC y mayor probabilidad de ocurrencia del evento, en este caso IRAS.

Para determinar si las IRAS estaban en relación con bajo peso como lo indica CENETEC (2009), se analizó la relación entre el grupo de bajo peso con la frecuencia de IRAS pero este estudio no encontró relación significativa por lo que los resultados de este estudio no coinciden con CENETEC. Tampoco coincide con la UNICEF (2023b) ya que en el análisis de la relación entre los lactantes con malnutrición (BP,SP y OB) y la frecuencia de IRAS. Los resultados pueden deberse a que no existe una severidad o frecuencia suficiente en la muestra para alterar el peso de los lactantes.

Referente a la AELM, se encontró una alta AELM en la muestra, lo que concuerda con lo propuesto por Bandura (1978) y Muñoz y Rodríguez (2017) ya que las mujeres del estudio, al sentirse AE dieron de lactar a sus hijos al menos durante los primeros seis meses de su vida. Este hallazgo coincide con lo referido por algunos autores (Arizabal, *Et. al.* 2011; Cabañas & Guzmán, 2016; Peña, 2020) que citan el modelo de Nola Pender en el cual adaptó el concepto de Bandura (1978) para explicar que a mayor AE, mejor resultado en salud, por lo tanto, a mayor AELM mejor LM.

Dado lo anterior, en relación con el objetivo del presente estudio sobre determinar la relación entre AELM con IRAs y peso en lactantes que acuden al centro de salud urbano número

2 Dr. Gilberto Bolaños Cacho, Oaxaca de Juárez, Oax. Se encontró que las madres que lactaron coincidían en tener un alta AELM, pero no se encontró relación significativa entre AELM e IRAs. Conviene realizar otros estudios para confirmar esta relación y si es posible, realizar un análisis comparativo entre un grupo de madres que no lactaron y un grupo de madres que sí lactaron para identificar las diferencias significativas.

## **VIII Conclusiones**

Las madres que lactaron a sus hijos reportan una alta AELM, sin embargo, no se encontró relación significativa entre AELM e IRAs.

## **X Limitaciones**

Dada la limitación del tiempo, no fue posible ampliar la muestra para realizar un análisis comparativo entre grupos.

## **X. Recomendaciones**

Conviene retomar el diseño comparativo entre madres que no lactaron y madres lactantes en futuras investigaciones.

## XI. Referencias

- Arizabal, H. G.; Blanco, B. D. Y Sánchez, R. A. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión . *Enfermería Universitaria*. 8(8)4: 16-23.  
<https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
- Bandura A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191>
- Bandura, A. (1978). Self-Efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Journal Behaviour Research and Therapy*, 1, 130-161. doi: 10.1016/0146-6402(78)90002-4
- Blanco, O. L., Díaz-Leal, A., Contreras, M., Fernández, F., & Pinto, N. (2019). La Autoeficacia en el Cuidado de la Salud en la Predicción de la Satisfacción con la Vida. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico Y Evaluación – E Avaliação Psicológica*, 52(3).  
<https://doi.org/10.21865/ridep52.3.05>
- Cabañas, B. G. y Guzmán, M. E. (2016). Intervención para aumentar la autoeficacia para la lactancia materna exclusiva. Ensayo Clínico aleatorio. Tesis en línea.  
<https://repositorioinstitucional.buap.mx/bitstream/handle/20.500.12371/13974/326816TL.pdf?sequence=1>
- Cámara de diputados. Gobierno de México. (marzo, 2023). Ley general de salud. Documento en internet-[https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf\\_mov/Ley\\_General\\_de\\_Salud.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf)
- Cámara de diputados. Gobierno de México. (2014). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud.  
[https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)
- Camps J, M., Calzado B. D., Galano, G. Z., Perdomo H, J., y Zafra R. V. (2015). Infecciones respiratorias agudas pediátricas. Conocimiento materno. *Revista Información Científica*, 91(3), 461-471. Recuperado de <https://revinformcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/223/1338>
- Center for Control of Diseases. CDC. (2022). Calculadora del IMC para niños y adolescentes. Sitio en Internet. <https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/bmi/calculator.html>
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. CENETEC. (2009). Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Manejo de la Infección Aguda de Vías Aéreas Superiores en Pacientes Mayores de 3 meses hasta 18 años de Edad.  
<http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/gpc/eyr/IMSS-062-08.pdf>

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. CENETEC. (2014). Guía. Lactancia materna. Niño con enfermedad. Documento en internet.

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-704-14-Lactancia-ninoconenfermedad/704GER.pdf>

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. CENETEC. GPC (2015) Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico en el primer nivel de atención.

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-753-15-puerperio-fisiologico/753-GER.pdf>

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. CENETEC. (2016). Diagnóstico y manejo de infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad. Documento en internet.

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/062GRR.pdf>

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia [CNSIA]. (2018). Preventips para las Infecciones Respiratorias Agudas. Sitio en internet.

<https://www.gob.mx/salud/censia/articulos/infecciones-respiratorias-agudas-iras-130994?state=published>

Chavez Moscoso, A. V., & Agui Eusebio, D. G. (2023). Capacitación externa sobre estilos de vida y tipo de alimentación, asociado a la prevalencia de infecciones de vías respiratorias agudas, en pacientes menores de 19 años, en el Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales, Oxapampa, mayo a octubre del 2021.

CONAMED. (S.F.). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas. Documento en internet. [http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/helsinki.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf)

D'Hollander, C. J., McCredie, V. A., Uleryk, E. M., Keown-Stoneman, C. D., Birken, C. S., O'Connor, D. L., & Maguire, J. L. (2023). Breastfeeding support provided by lactation consultants in high-income countries for improved breastfeeding rates, self-efficacy, and infant growth: a systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic Reviews*, 12(1), 75.

Díaz-Reséndiz, F. J. (Diciembre, 2021). Una revisión narrativa de instrumentos de medición de consumo de alimento en niños. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican*

- Journal of Eating Disorders*. 17;11(1):132–40. [citado en 21 de marzo 2023]. Disponible en:  
DOI: <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2020.1.615>
- Dorantes Vidal, X. (2019). Autoeficacia y actitud en lactancia materna en mujeres puérperas del Hospital de la Mujer Puebla.
- Durán, V.H. (2023). Abordaje teórico del constructo de autoeficacia y su importancia en la psicología. <https://www.paho.org/es/noticias/12-5-2023-reducir-deficit-profesionales-enfermeria-es-fundamental-para-responder-mejor>
- Ferreira-Guerrero, E., Baez-Saldaña, R., Trejo-Valdivia, B., Ferreyra-Reyes, L., Delgado-Sánchez, G., Chillián-Herrera, O., Mendoza-Alvarado, L.R., García-García, L. (2013). Infecciones respiratorias agudas en niños y signos de alarma identificados por padres y cuidadores en México. *Salud Pública Mexicana* 55(2). S307-s313.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. (S.F). Lactancia materna. Sitio en internet. <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. (2022). ¿Cuáles son las diferencias entre MN y desnutrición?. Sitio en Internet.  
<https://www.unicef.es/blog/desnutricion/diferencias-malnutricion-desnutricion>
- Gil-Vargas M, Dorantes-Vidal X, León-López M, Maldonado-Castañeda S. (2020). Encuesta a mujeres puérperas de autoeficacia y actitud hacia la lactancia materna en un hospital de tercer nivel de atención. *Revista Mexicana de Pediatría*.; 87(4): 132-136. <https://dx.doi.org/10.35366/95822>
- Girardi, P., Pardo, R., Rivas, V., Trueba, A., Mur, D., Andrés, J., & Vargas, P. (n.d.). Autoeficacia: una revisión aplicada a diversas áreas de la psicología self-efficacy: a review applied to diverse areas of psychology auto-eficácia: uma revisão aplicada em diversas áreas da psicologia. [http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v16n2/v16n2\\_a04.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v16n2/v16n2_a04.pdf)
- Gobierno de México. SF. Sector Salud crea observatorio para vigilar aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Sitio en Internet.  
<https://www.gob.mx/salud/cnegsr/prensa/sector-salud-crea-observatorio-para-vigilar-aplicacion-del-codigo-internacional-de-comercializacion-de-sucedaneos-de-la-leche-materna-310332>

- Gobierno de México. (2015). Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS). Sitio en internet.  
<https://www.gob.mx/salud/articulos/infecciones-respiratorias-agudas-iras.%20Published%202009>
- Gómez-Izquierdo, Dulce María, Zapata-Vázquez, Rosario, Ávalos-García, María Isabel, & Reyes-Islas, Gloria Ángela. (2018). Conocimiento, práctica del cuidador y factor pronóstico de infecciones respiratorias agudas en niños. *Horizonte sanitario*, 17(2), 123-129.  
<https://doi.org/10.19136/hs.a17n2.2047>
- Herdman, H.; Kamitsuru, S.; NANDA International. (2021). NANDA. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12ª. Ed. España. Elsevier. 616 pags.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación (6a. ed.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS. Tablas de referencia Niños de 0 meses a 11 meses. (S.Fa.). Documento en internet.  
[http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/tablas\\_imc/ninos\\_1a11meses\\_imc.pdf](http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/tablas_imc/ninos_1a11meses_imc.pdf)
- Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS. Tablas de referencia Niños de 1 a 4 años. (S.Fb.). Documento en internet.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2022). Estadísticas de defunciones registradas. (preliminar). Documento en internet.  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/dr/dr2021\\_07.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/dr/dr2021_07.pdf)
- Juárez-Castelán, M.; Rojas-Rusell, M.; Serrano-Alvarado, K.; Gómez-García, A.; Huerta-Ibañez, A. (2018). Diseño y validación de un instrumento para medir la autoeficacia para lactar de mujeres embarazadas mexicanas. *Psycholoia. Avances de la disciplina* 12(1).  
<https://doi.org/10.21500/19002386.3344>
- Minchala-Urgiles, R. E., Ramírez-Coronel, A. A., Caizaguano-Dutan, M. K., Estrella-González, M. de los Á., Altamirano-Cárdenas, L. F., Andrade-Molina, M. C., Sarmiento-Pesántez, M. M., González-León, F. M., Abad-Martínez, N. I., Cordero-Zumba, N. B., & Romero-Galabay, I. M. (2020). La lactancia materna como alternativa para la prevención de enfermedades materno-infantiles: Revisión sistemática. *Archivos Venezolanos de Farmacología Y Terapéutica*, 39(8), 941–947. <https://www.redalyc.org/journal/559/55969796017/html/>

- Muñoz Cruz, R., & Rodríguez Mármol, M. (2017). Autoeficacia de la lactancia materna en mujeres primíparas de madrid. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 6(1), 19.  
<https://doi.org/10.22235/ech.v6i1.1366>
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (2010). La alimentación del lactante y del niño pequeño. Documento en internet:  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44310/9789275330944\\_spa.pdf;jsessionid=6BFE0F55F59CC1170373E34369BCD4EC?sequence=](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44310/9789275330944_spa.pdf;jsessionid=6BFE0F55F59CC1170373E34369BCD4EC?sequence=)
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (2018). Recomendaciones de la OMS para un parto humanizado. <https://www.andromaco.com/conexion/articulo/134-recomendaciones-de-la-oms-para-un-parto-humanizado>
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (2022a). Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar. Documento en Internet.  
[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56571/9789275326275\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56571/9789275326275_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (2022b). Directrices de la OMS sobre vivienda y salud [Internet]. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2022. 3, Hacinaamiento en los hogares. Documento en internet.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK583397/>
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (2022c). Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the international code, status report 2022.  
<https://www.paho.org/en/node/87124>
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (2023a). En una nueva serie de The Lancet, los expertos piden medidas drásticas contra la comercialización abusiva de preparaciones para lactantes. <https://www.who.int/es/news/item/08-02-2023-experts-call-for-clampdowns-on-exploitative-formula-milk-marketing-in-new-lancet-series>
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (2020). Mensaje con ocasión de la Semana Mundial de la Lactancia Materna 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/31-07-2020-world-breastfeeding-week-2020-message>
- Organización Panamericana de Salud. PAHO. (2022). Guía para adaptar el curso - Curso de capacitación sobre la Iniciativa "Hospital Amigo del Niño" para el personal de maternidad.

Sitio en internet. <https://www.paho.org/es/documentos/guia-para-adaptar-curso-curso-capacitacion-sobre-iniciativa-hospital-amigo-nino-para>

Organización Panamericana de Salud. PAHO. (2023). Lactancia materna y alimentación complementaria. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>

Pajuelo, M.J., Anticona Huaynate, C., Correa, M. *et al.* (2018). Delays in seeking and receiving health care services for pneumonia in children under five in the Peruvian Amazon: a mixed-methods study on caregivers' perceptions. *BMC Health Serv Res* 18, 149. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2950-z>

Peña, M. M. (2020). Factores promotores de salud y práctica de lactancia materna. Tesis en línea. <https://core.ac.uk/reader/76594010>

Pinzñon, O. C. (2023). Caracterización clínico-epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años en el Centenario Hospital Miguel Hidalgo. Dgse.uaa.mx. <https://doi.org/462951>

Pecora, F., Persico, F., Argentiero, A., Neglia, C., & Esposito, S. (2020). The Role of Micronutrients in Support of the Immune Response against Viral Infections. *Nutrients*, 12(10), 3198. <https://doi.org/10.3390/nu12103198>

Secretaría de Salud. (2005). NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. [Online].; 2006 [citado en 21 de marzo 2023]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/043ssa205.pdf>

Secretaría de Salud. (2014). PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA2-2014, Para la atención a la salud de la infancia. Documento en Internet. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5417151&fecha=25/11/2015#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5417151&fecha=25/11/2015#gsc.tab=0)

Secretaría de salud (SSA). (2020). Prevención y control de enfermedades respiratorias agudas. Neumonía, Influenza y COVID-19. Documento en internet. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/706929/PAE\\_IRA\\_cF.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/706929/PAE_IRA_cF.pdf)

Shamah-Levy, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Rivera-Dommarco J, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, *et al.* (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: Resultados Nacionales. [Online].; 2018-2019 [citado en 21 de marzo 2023]. Disponible en:

<https://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/ensanut-2018-nacionales>

Téllez-Pérez E, Romero-Quechol GM, Galván-Flores GM. (2019). Conocimiento sobre lactancia materna de mujeres puérperas que acuden al primer nivel de atención. *Rev Enferm IMSS*; 27(4):196-205.

Vásquez-Garibay, Edgar M, Guzmán-Mercado, Elizabeth, Larrosa-Haro, Alfredo, & Muñoz Esparza, Nelly. (2019). Is there gender discrimination in full breastfeeding in Mexico?. *Nutrición Hospitalaria*, 36(3), 545-551. Epub 10 de febrero de 2020. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.2371>

## **XII Anexos**

## ANEXO 1

### Oficio para Centro de Salud

Oaxaca de Juárez. A \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del año 2023

**Nombre** \_\_\_\_\_

**Jefe jurisdiccional número 1 de Oaxaca**

**Con atención a**

**P R E S E N T E**

Por medio del presente yo Félix Hernández Martínez candidato a licenciado en enfermería por la Universidad del Papaloapan, UNPA, me encuentro realizando una investigación para obtener el título. Razón por la cual solicito se me autorice realizar un cuestionario con cédula de identificación y tomar peso y talla de los lactantes cuyas madres hayan firmado el consentimiento informado expresando que desean participar en el estudio. Si la institución autoriza la investigación, se solicitará la lista de lactantes de la zona para realizar una elección de muestra aleatoria. Las madres de los lactantes elegidos serán contactadas en sus casas o cuando acudan al Centro de Salud invitándoles a participar previa lectura del consentimiento informado y sin coacción alguna. Si alguna persona rechaza la participación se contactará el siguiente número aleatorio en la lista y así sucesivamente hasta completar la muestra calculada que es de falta.

Las madres que estén de acuerdo en participar serán citadas en el Centro de Salud para el posterior llenado del instrumento y toma de peso y talla del menor.

Los beneficios que tendrán los participantes será la orientación de peso y talla para la edad según la normativa y la referencia a atención médica en caso de ser necesario, así como la información para promover la LM y prevenir las IRAS.

Agradeciendo de antemano su atención, quedo a sus órdenes para recibir información

Félix Hernández Martínez

Teléfono: 951-477-28-41

## ANEXO 2

### Cédula de identificación

Folio. \_\_\_\_\_

Nombre del menor: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Último año terminado: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Trabaja: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ (Camps, 2015)

Edad del menor: años \_\_\_\_ meses: \_\_\_\_ fecha de nacimiento: día: \_\_\_\_ mes: \_\_\_\_ año: \_\_\_\_

-La familia cocina con humo de leña (CENETEC, 2016): Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

-El niño convive en espacios donde hay humo de cigarrillo (cenetec, 2016): Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

-Número de personas por cuarto en la casa (el más poblado)(OMS, 2022b):

-El niño tiene algún diagnóstico médico de nacimiento o actual (CENETEC, 2016)? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Especifique \_\_\_\_\_

### ANEXO 3

#### Instrumento de medición

#### Autoeficacia para lactar

Creo que puedo amamantar a mi hijo, aunque:

	a. Nada segura =0	B. Algo segura =1	c. Moderadamente segura =2	d. Completamente segura =3
1. Esté en público				
2. Atraviese por problemas personales				
3. Las personas en la calle estén en desacuerdo				
4. Personas significativas (pareja, padres, hijos) estén en desacuerdo				
5. Trabaje				
6. Esté cansada				
7. Esté enferma				
8. No quiera hacerlo				
9. Me sienta triste o desanimada				
10. Tenga quehacer				
11. Esté en una fiesta				
12. No perciba los beneficios				
13. Tenga grietas en los pezones				
14. Me produzca dolor en los senos				
15. Se me escurra la leche				

## Anexo 4

### Información para las mamás

#### Nutrición

#### Nutrición

#### Nutrición

##### Vigilancia y evaluación del estado nutricional

El primer año de vida es la etapa de mayor crecimiento de los niños. Su medición bimensual le permite a usted y al personal de salud saber si el niño tiene un crecimiento y desarrollo óptimos. Algunas enfermedades pueden afectar el crecimiento, siendo una señal para acudir al médico, con el fin de descartar alguna enfermedad.

Cada dos meses hay que pesar, medir y evaluar el estado de nutrición de su hijo(a).

Verifique que el personal de salud anote en la Cartilla Nacional de Salud el resultado de la valoración.



36

Ministerio de Salud  
Contenido

EDAD	Niños					
	PESO (Kg)				ESTATURA	
	RIESGO DE DESNUTRICIÓN	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD	RIESGO DE ESTATURA BAJA	NORMAL
Al nacer	<2.8	3.2	>3.7	>4.2	<47.3	49.1
1 mes	<3.6	4.2	>4.8	>5.5	<51.7	53.7
2 meses	<4.5	5.1	>5.8	>6.6	<55.0	57.1
3 meses	<5.2	5.8	>6.6	>7.5	<57.7	59.8
4 meses	<5.7	6.4	>7.3	>8.2	<59.9	62.1
5 meses	<6.1	6.9	>7.8	>8.8	<61.8	64.0
6 meses	<6.5	7.3	>8.2	>9.3	<63.5	65.7
7 meses	<6.8	7.6	>8.6	>9.8	<65.0	67.3
8 meses	<7.0	7.9	>9.0	>10.2	<66.4	68.7
9 meses	<7.3	8.2	>9.3	>10.5	<67.7	70.1
10 meses	<7.5	8.5	>9.6	>10.9	<69.0	71.5
11 meses	<7.7	8.7	>9.9	>11.2	<70.3	72.8

EDAD	Niños					
	PESO (Kg)				ESTATURA	
	RIESGO DE DESNUTRICIÓN	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD	RIESGO DE ESTATURA BAJA	NORMAL
Al nacer	<2.9	3.3	>3.9	>4.4	<48.0	49.9
1 mes	<3.9	4.5	>5.1	>5.8	<52.8	54.7
2 meses	<4.9	5.6	>6.3	>7.1	<56.4	58.4
3 meses	<5.7	6.4	>7.2	>8.0	<59.4	61.4
4 meses	<6.2	7.0	>7.8	>8.7	<61.8	63.9
5 meses	<6.7	7.5	>8.4	>9.3	<63.8	65.9
6 meses	<7.1	7.9	>8.8	>9.8	<65.5	67.6
7 meses	<7.4	8.3	>9.2	>10.3	<67.0	69.2
8 meses	<7.7	8.6	>9.6	>10.7	<68.4	70.6
9 meses	<8.0	8.9	>9.9	>11.0	<69.7	72.0
10 meses	<8.2	9.2	>10.2	>11.4	<71.0	73.3
11 meses	<8.4	9.4	>10.5	>11.7	<72.2	74.5

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2006

Ministerio de Salud  
Capítulo II

37

(IMSS, S.F.)

# Preventips para las Infecciones Respiratorias Agudas

Con tos y catarro, ¡hay que tener cuidado!

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia | 06 de julio de 2018



Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS).

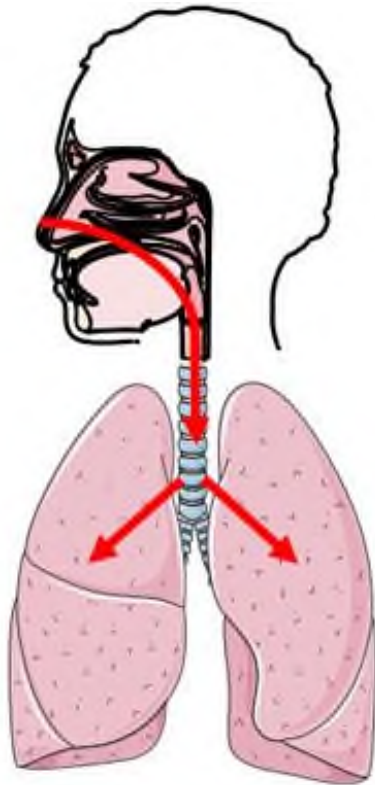
Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia



### **Empecemos por lo básico, ¿qué son las infecciones respiratorias agudas?**

Las infecciones respiratorias agudas son un grupo de enfermedades que afectan desde oídos, nariz, garganta y hasta los pulmones.

La mayoría de ellas se autolimitan, es decir, se curan solas sin necesidad de otorgar tratamiento. Generalmente duran menos de 15 días.



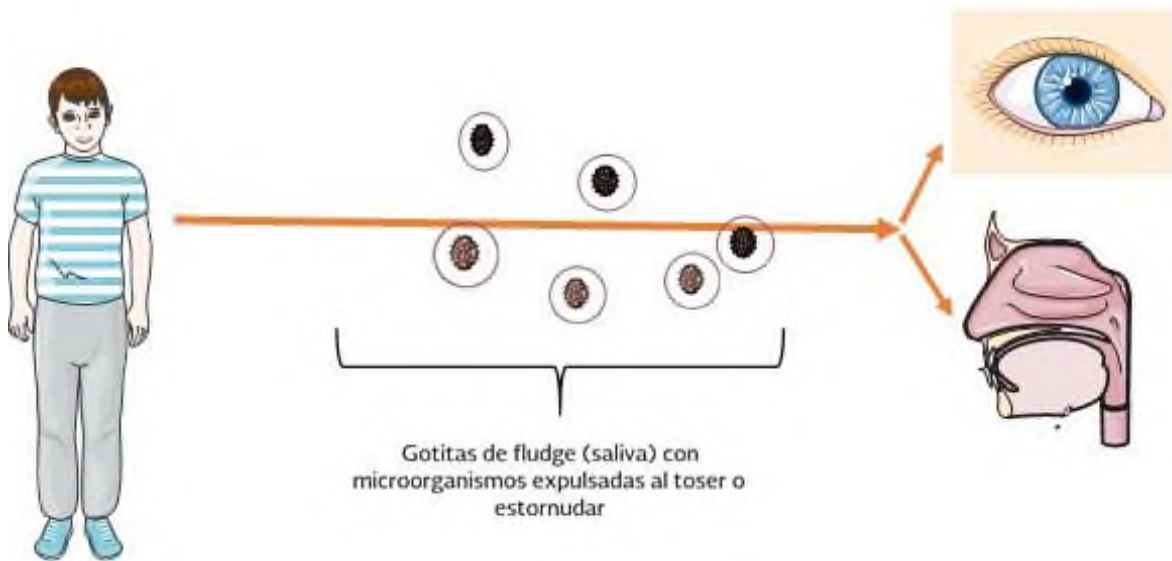
### ¿Cómo se transmiten las infecciones respiratorias agudas?

Casi un 90% de las infecciones respiratorias son causadas por **microorganismos** llamados virus, los cuales no requieren que se administre tratamiento antibiótico. Las bacterias, parásitos y hongos, también pueden producir estas enfermedades, aunque en menor frecuencia.

Los microorganismos se transmiten por el contagio de persona a persona, principalmente por gotitas de saliva que se expulsan al hablar, toser o estornudar.

Casi siempre las personas se tapan la boca o nariz al toser o estornudar con las manos, las cuales se impregnan con las gotitas de saliva y si no se lavan, al tomar cualquier objeto o incluso, al saludar de mano, transmiten los microorganismos y con ello, la posibilidad de contagiar a otras personas, ya que los microorganismos pueden entrar a través de la boca, nariz o los ojos.

En la temporada de frío (octubre a marzo) es cuando las infecciones respiratorias agudas suelen presentarse con mayor frecuencia.

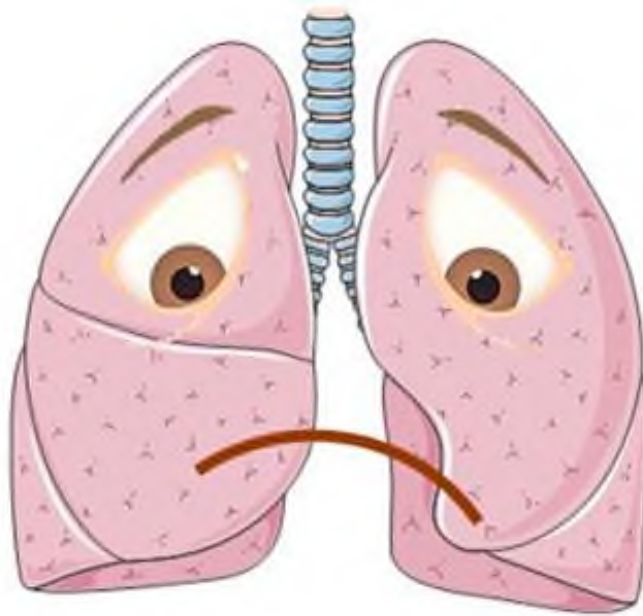


### ¿Cuáles son las principales características de las infecciones respiratorias agudas?

- Se manifiestan de diferentes formas, de acuerdo al órgano que se encuentre afectado.
- Las niñas y niños pueden presentar síntomas como tos, dolor de cabeza, fiebre, mal estado general, ronquera, dolor o secreción de oído y nariz tapada por secreción de moco.
- Cuando tu hija o hijo presente alguno de estos síntomas, llévalo a la unidad de salud más cercana para que el personal médico lo valore y te indiquen el tratamiento adecuado, de esta manera, puedes prever complicaciones.

### Los peligros de las infecciones respiratorias agudas

Aunque la mayoría de las infecciones respiratorias agudas se autolimitan (no requieren medicamentos para curarlas), algunas pueden complicarse con **neumonía**, por lo que es importante que acudas con tus hijos a la unidad de salud para que lo revisen si detectas tos, dificultad para respirar, se le hunde el pecho y las costillas, se queja, le chilla el pecho, se ve morado de los labios, respira muy rápido y existe fiebre muy alta.



Una complicación menos grave es la sordera, que se produce cuando hay infecciones frecuentes de los oídos.

Existen algunos factores de riesgo, que hacen que los menores de cinco años sean más propensos a padecer estas enfermedades, como son:

- Bajo peso al momento de nacer.
- Lactancia materna ineficaz.
- Hacinamiento.
- Exposición a humo.
- Desnutrición.
- Vacunas incompletas.

### **Aprende qué hacer cuando tu hija o hijo enfermen de infección respiratoria aguda.**

Es importante que si los niños presentan datos de una infección respiratoria aguda acudan a la unidad de salud, para que les indiquen el tratamiento adecuado.

Además, existen medidas generales para cuidarlos en casa cuando están enfermos y medidas de prevención para evitar contagios y nuevos episodios.

**Evita automedicar** a los menores, sobre todo con antibióticos, ya que estos pueden ocasionar que los microorganismos se hagan resistentes y ocasionar formas graves de las enfermedades. Recuerda que la mayoría de las infecciones respiratorias agudas, son ocasionadas por virus y se autolimitan

### **ABC del manejo en el hogar**

Existen tres reglas básicas que se deben poner en práctica desde el momento en el que inician las infecciones respiratorias agudas, se les conoce como el **ABC** del manejo en el hogar:

**Alimentación adecuada:** para prevenir la desnutrición. Es necesario continuar con la lactancia materna o leche que toma actualmente y con su alimentación habitual. Recuerda que probablemente tenga la garganta inflamada o irritada, por lo que procura darle alimentos suaves (cocidos o en papillas). Incrementa el consumo de frutas que tengan vitamina C, generalmente son las de color amarillo o naranja.

**Bebidas abundantes:** para facilitar la expulsión de moco o flemas. Dale muchos líquidos, principalmente agua simple. Puedes darle líquidos tibios para mejorar la molestia de la garganta, por ejemplo, té.

**Consulta oportuna:** Recuerda que una tos o catarro bien cuidado, no tiene por qué complicarse. Si tu hija o hijo presenta uno más de los signos de alarma acude a tu unidad de salud para que lo valore inmediatamente.

Los signos de alarma son:

- **Respira muy rápido y se agita más de lo normal.**
- **Tiene dificultad para respirar.**
- **Tiene pus o secreción en el oído.**
- **Fiebre de difícil control.**
- **Dificultad para beber o amamantarse.**
- **Se ve más enfermo.**

Descarga **aquí** las recomendaciones para los cuidados de las infecciones respiratorias agudas en el hogar.

SI TU HIJA O HIJO TIENE ALGUNA ENFERMEDAD RESPIRATORIA  
COMO GRIPA O RESFRIADO COMÚN, ENTRE OTRAS, SIGUE  
ESTAS RECOMENDACIONES PARA EL **CUIDADO EN EL HOGAR.**

## ALIMENTACIÓN ADECUADA

- Aliméntalo adecuadamente.
- No suspendas la lactancia materna.
- Dale más líquidos, evita bebidas enlatadas y refrescos.
- Dale alimentos y bebidas ricos en vitamina A y C.



## CUIDADOS GENERALES

- Ventila las habitaciones de tus hijos, evita corrientes de aire y cambios bruscos de temperatura.
- Evita quemar leña y usar braseros en lugares cerrados. Mantén limpio tu hogar.
- No fumes cerca de tus hijos.
- Mantén limpia su nariz y favorece la expulsión de secreciones.
- Cambia frecuentemente su posición mientras estén acostados.
- Controla la fiebre: ponle ropa ligera y solo dale el medicamento que tu médico indique.
- Evita que tus hijos estén en contacto con personas enfermas.
- Procura que toda tu familia se lave las manos frecuentemente.
- Cuando tosas o estornudes, cubre tu boca y nariz con el ángulo del antebrazo.



SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD



CeNSIA

[www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx) • [www.censia.salud.gob.mx](http://www.censia.salud.gob.mx)

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.

## CONSULTA OPORTUNA

En caso de notar uno o más de los siguientes signos de alarma, acude inmediatamente a tu Unidad de Salud.

- Respiración rápida.
- Tiraje intercostal (se le hundan las costillas).
- Quejidos.
- Coloración morada o azulada alrededor de la boca.
- Pus o secreción en el oído.
- Fiebre que no se controla fácilmente.
- Dificultad para beber o amamantarse.
- El niño se ve más enfermo.

Recuerda: dale a tus hijos las medicinas que solo tu médico indique. No lo mediques por tu propia cuenta.



## ¡CON TOS Y CATARRO, HAY QUE TENER CUIDADO!

---

Nombre completo del paciente

---

Edad

---

Nombre completo del médico

---

Próxima cita

**Preventips para las infecciones respiratorias agudas.**

Las infecciones respiratorias agudas se pueden prevenir si se siguen las siguientes recomendaciones:

- Lactancia exclusiva en menores de seis meses. Se ha visto que los niños alimentados exclusivamente al seno materno enferman dos veces y media menos que los alimentados con fórmulas artificiales.
- Lávate las manos frecuentemente.
- Enséñales a tus hijos que deben lavarse las manos.
- Si no tienes agua disponible, puede utilizar el alcohol en gel para limpiar tus manos.
- Al toser o estornudar cúbrete con el ángulo interno del codo la nariz y la boca al toser o estornudar (etiqueta respiratoria) o utiliza pañuelos desechables.
- Mantén ventiladas la habitación de los niños y niñas.
- Evita la quema de leña y uso de braseros en habitaciones cerradas.
- Mantén una alimentación adecuada.



1. Secretaría de Salud (2015). Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), Con tos y catarro, ¡hay que tener cuidado!
2. Organización Mundial de la Salud (2016). Nota descriptiva: neumonía.
3. Secretaría de Salud: Medidas preventivas para temporada de frío 2015-2016
4. Asociación Española de Pediatría (2017). Catarro o resfriado.

(CNSIA, 2018)

### **Lactancia materna beneficios para el niño hasta los dos años**

El cerebro humano se desarrolla casi completamente en los primeros 2 años de vida.

La leche materna favorece su desarrollo y le da al niño o niña el alimento que necesita para estar bien nutrido. La leche materna contiene los aminoácidos que necesita el normal desarrollo del cerebro. También los protege contra las infecciones y enfermedades.

No hay ningún alimento más completo que la leche de la madre para que un niño o niña crezca protegida, inteligente, despierta y llena de vida. Por eso, la leche materna es importante durante los primeros años.

**Si quiere conocer más de la lactancia materna consulte en:**

**<https://www.unicef.org/ecuador/media/2611/file/Lactancia%20materna.pdf>**

## Anexo 5

### **Carta de Consentimiento Informado**

**Dirigido a:** Madres de familia en proceso de lactancia con hijos de 0 meses a 2 años que acuden al centro de salud urbano número 2 de la ciudad de Oaxaca México.

**Título del Proyecto:** Autoeficacia en la lactancia materna y su relación con IRAs y peso del lactante. Para medir el nivel de autoeficacia en madres que acuden al centro de salud urbano número 2 de Oaxaca.

**Investigador Principal:** Félix Hernández Martínez

#### **Introducción/Objetivo**

Estimada madre de familia usted ha sido invitada a participar en el presente proyecto de investigación, el cual es desarrollado por el pasante de enfermería de la Universidad del Papaloapan (UNPA) Campus Tuxtepec. El estudio se realizará en el Centro de Salud Urbano número 2 de la ciudad de Oaxaca, México.

Sí usted decide participar en el estudio es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

El propósito del presente estudio es Medir el nivel de Autoeficacia materna por medio del instrumento “Escala de Autoeficacia para lactar” a madres de familia en proceso de lactancia, relacionando con el número de episodios de IRAs y peso de lactantes menores de 2 años, que acuden al centro de salud urbano número 2 de la ciudad de Oaxaca; los resultados del estudio puede contribuir a la promoción de la salud y el bienestar de los lactantes al proporcionar información sobre cómo la autoeficacia materna puede influir en la prevención de IRAs y peso del lactante.

Le pedimos participar en este estudio porque usted forma parte de los criterios de elegibilidad, al ser madre de familia con hijo menor de 2 años en proceso de lactancia perteneciente al Centro de Salud Urbano número 2 de la ciudad de Oaxaca.

**Procedimientos:** Su participación consistirá en contestar una encuesta la cual dura aproximadamente 15 minutos y abarcará preguntas sobre nivel socio económico, medir el nivel de autoeficacia para lactar, número de episodios IRAs que ha presentado el lactante en un periodo no mayor a un año y toma de peso y talla de su hijo.

**Información Sobre los Beneficios:** Se le informa verbalmente que su participación en el estudio no conlleva beneficios directos. No obstante, al aceptar participar, estará colaborando en esta investigación.

**Garantía de Confidencialidad:** Toda la información proporcionada para el estudio se tratará de manera estrictamente confidencial y solo estará disponible para el equipo de investigación del proyecto. Su

identidad estará protegida con un número y no se revelará su nombre. Los resultados del estudio serán publicados con el objetivo científico, pero se presentarán de tal forma que no pueda ser identificada.

**Participación Voluntaria y Derecho de Retiro:** Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Tiene plena libertad para negarse a participar o para retirarse en cualquier momento. Su decisión de participar o no, no tendrá consecuencia ni afectará de ninguna manera su atención en el Centro de Salud.

**Riesgo Potencial y Compensación:** Los posibles riesgos asociados con su participación en este estudio son mínimos. Si alguna pregunta le genera incomodidad, tiene el derecho de optar por no responder. No se le otorgará ninguna compensación por su participación en el estudio, ni incurrirá en ningún costo para usted.

**Aviso de Privacidad Simplificada:** Félix Hernández Martínez, el investigador principal de este estudio, es responsable del manejo y resguardo de los datos personales proporcionados, los cuales se protegerán según lo estipulado en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujeto Obligados. Los datos personales solicitados se utilizarán exclusivamente para los fines descritos en este documento. Usted tiene la opción de solicitar la corrección o eliminación de sus datos de nuestra base de datos, o retirar su consentimiento para su uso. Para cualquier consulta, le pedimos que se comunique con el investigador a través de la siguiente dirección de correo electrónico: [fhenix.0801@gmail.com](mailto:fhenix.0801@gmail.com)

**Números a Contactar:** Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con el investigador responsable del proyecto: Félix Hernández Martínez, al siguiente número de teléfono 951-477-28-41 en un horario de 9:00 am 17:00 pm, de lunes a viernes o al correo electrónico [fhenix.0801@gmail.com](mailto:fhenix.0801@gmail.com)

Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con a Félix Hernández Martínez, al teléfono 951-477-28-41 de 9:00 a 17:00 horas ó si lo prefiere escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico [fhenix.0801@gmail.com](mailto:fhenix.0801@gmail.com)

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Declaración de la persona que da el consentimiento

- Se me ha leído esta Carta de consentimiento.
- Me han explicado el estudio de investigación incluyendo el objetivo, los posibles riesgos y beneficios, y otros aspectos sobre mi participación en el estudio.
- He podido hacer preguntas relacionadas a mi participación en el estudio, y me han respondido satisfactoriamente mis dudas.

Si usted entiende la información que le hemos dado en este formato, está de acuerdo en participar en este estudio, de manera total o parcial, y también está de acuerdo en permitir que su información de salud sea usada como se describió antes, entonces le pedimos que indique su consentimiento para participar en este estudio.

Registre su nombre y firma en este documento del cual le entregaremos una copia.

**PARTICIPANTE:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha/hora \_\_\_\_\_

**TESTIGO 1**

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Relación con  
la participante: \_\_\_\_\_

Fecha/hora: \_\_\_\_\_

**TESTIGO 2**

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Relación con  
la participante: \_\_\_\_\_

Fecha/hora: \_\_\_\_\_

**Nombre y firma del investigador o persona que obtiene el consentimiento:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha/hora \_\_\_\_\_

Anexo 6

