

# ACTITUD POSITIVA HACIA LA LACTANCIA MATERNA DE MUJERES EMBARAZADAS: EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

*Positive Changes in Pregnant Women's Attitude towards Breastfeeding: Effect of an Educational Intervention*

Karla Jazmín GONZÁLEZ DÍAZ<sup>(a 1)</sup>; Gloria Patricia SOSA BUSTAMANTE<sup>(a 2)</sup>; Carlos PAQUE BAUTISTA<sup>(a 3)</sup>; José Luis Felipe LUNA ANGUIANO<sup>(b 4)</sup>; Alma PATRICIA GONZÁLEZ<sup>(a 5)</sup>

<sup>a</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad Médica de Alta Especialidad n.º 48. Centro Médico Nacional del Bajío. Dirección de Educación e Investigación en Salud. Paseo de los insurgentes, s/n. Colonia Los Paraísos, CP 37328, León de los Aldama, Guanajuato, México.

<sup>b</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad Médica de Alta Especialidad n.º 48. Centro Médico Nacional del Bajío. Dirección General. Paseo de los insurgentes, s/n. Colonia Los Paraísos, CP 37328, León de los Aldama, Guanajuato, México.

<sup>1</sup>  0009-0004-5764-0604

<sup>2</sup>  0000-0002-8460-4965

<sup>3</sup>  0000-0002-2658-0491

<sup>4</sup>  0000-0003-3739-8334

<sup>5</sup>  0000-0002-3401-7519

Conflictos de intereses: ninguno de los autores tiene conflicto de intereses.

Autora para correspondencia: Alma Patricia González: [patipili999@gmail.com](mailto:patipili999@gmail.com), [alma.gonzalezx@imss.gob.mx](mailto:alma.gonzalezx@imss.gob.mx)

Fecha de envío: 15/01/2025. Fecha de aceptación: 08/05/2025. Fecha de publicación: 26/06/2025

**Palabras clave:**

*lactancia materna; mujeres embarazadas; conducta en la lactancia; intervención educativa; actitud; nutrición del niño*

**RESUMEN**

**Introducción:** El conocimiento sobre lactancia materna (LM) puede mejorar la actitud de las mujeres embarazadas para el inicio de una lactancia exitosa y favorecer que las madres y sus recién nacidos gocen de los beneficios que esta otorga.

**Material y métodos:** Estudio analítico, prospectivo, longitudinal, de intervención educativa. Se incluyeron mujeres embarazadas de 18 a 40 años, que acudieron a atención médica. En la etapa basal, se recabaron variables sociodemográficas y antropométricas, antecedentes obstétricos y datos sobre LM y se aplicó la *Escala de Actitudes hacia la Alimentación Infantil de Iowa (IIFAS)*, que evalúa 3 dimensiones: Dimensión 1, Beneficios nutricionales (ítems 1, 2, 4, 5, 9, 10, 12, 13, 14, 15); Dimensión 2, Beneficios emocionales (ítems 3, 7, 11), y Dimensión 3, Beneficios sociales (ítems 6, 8, 16, 17). Se realizó la intervención educativa tipo taller; las herramientas didácticas utilizadas fueron material audiovisual con una presentación con diapositivas y trípticos impresos. Durante el taller, se abordaron los temas sobre las tres dimensiones. Posterior al taller, se realizó la evaluación final.

**Resultados:** Se analizaron 337 mujeres embarazadas, con mediana de edad de 27 (IC: 22-31) años, 127 primigestas y 210 multigestas. La proporción de respuestas correctas de actitud positiva hacia la LM en IIFAS fue mayor en la evaluación postintervención; los deltas obtenidos de la evaluación pre- y postintervención en la Dimensión 1 fueron desde el 4.45 % hasta el 48.37 %; en la Dimensión 2, desde el 11.28 % hasta el 29.97 %, y en la Dimensión 3, desde el 11.58 % al 65.28 %.

La actitud positiva hacia LM llegó al 94.95 % ( $p < 0.0001$ ), el deseo de amamantar alcanzó el 100 % ( $p < 0.0001$ ) y el deseo de amamantar por 2 o más años el 89.6 % ( $p < 0.0001$ ), postintervención.

**Conclusión:** La intervención educativa tipo taller tiene impacto en mujeres embarazadas ya que incrementa la actitud positiva hacia la LM y el deseo de amamantar.

**Key words:**

*breastfeeding; pregnant women; breastfeeding behavior; education; attitude; child nutrition*

**ABSTRACT**

**Background:** Knowledge about breastfeeding (BF) can improve pregnant women's attitudes toward successfully initiating breastfeeding and help mothers and their newborns enjoy the benefits it provides.

**Methods:** An analytical, prospective, longitudinal, educational intervention study was conducted. Pregnant women aged 18 to 40 years who sought medical care were included. At baseline, sociodemographic and anthropometric variables, obstetric history, and data on breastfeeding were collected. The Iowa Infant Feeding Attitudes Scale (IIFAS) was administered. This scale assesses three dimensions: Dimension 1, Nutritional Benefits (items 1, 2, 4, 5, 9, 10, 12, 13, 14, 15); Dimension 2, Emotional Benefits (items 3, 7, 11); and Dimension 3, Social Benefits (items 6, 8, 16, 17). The educational intervention was conducted in a workshop-style format; the teaching tools used were audiovisual material with a slide presentation and printed brochures. During the workshop, topics related to the three dimensions were addressed. After the workshop, the final evaluation was carried out.

**Results:** A total of 337 pregnant women were included, with a median age of 27 (IQR 22-31) years, 127 of whom were primigravidae and 210 of whom were multigravida. The proportion of correct responses regarding positive attitudes toward breastfeeding on the IIFAS was higher at the post-intervention assessment; the deltas obtained from the pre- and post-intervention assessments in Dimension 1 ranged from 4.45 % to 48.37 %; in Dimension 2, from 11.28 % to 29.97 %, and in Dimension 3, from 11.58 % to 65.28 %. Positive attitude towards breastfeeding reached 94.95 % ( $p < 0.0001$ ), the desire to breastfeed reached 100 % ( $p < 0.0001$ ) and the desire to breastfeed for 2 or more years reached 89.6 % ( $p < 0.0001$ ) post-intervention.

**Conclusion:** The workshop-style educational intervention has an impact on pregnant women by increasing their positive attitude toward breastfeeding and their desire to breastfeed.

## 1. INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (LM) exclusiva beneficia a la madre, al recién nacido y a la sociedad (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS), dentro de las metas globales del 2025 para mejorar la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño, contempla aumentar la LM exclusiva en los primeros seis meses a por lo menos el 50 % de los casos (2). Actualmente, en México, solo el 33.6 % de niños y niñas menores de seis meses reciben LM exclusiva (3) y se ha observado que las mujeres embarazadas presentan disposición positiva hacia la LM conforme tienen mayor conocimiento sobre la misma, lo que ratifica la necesidad de asesoramiento adecuado sobre LM (4).

La LM es intrínseca al ser humano, no obstante, está directamente influenciada por aspectos políticos, económicos, sociales y culturales. Si la LM se fomenta, se acepta y se practica ampliamente, las actitudes positivas hacia la misma pueden prevalecer, como se demostró en una muestra de mujeres estudiantes de pregrado en Jordania (5).

En diferentes partes del mundo se ha comprobado que las intervenciones educativas favorecen la LM. Un estudio de intervención educativa realizado en Arabia Saudita en madres primigestas en el que se utilizó un recurso educativo digital centrado en la promoción de la LM en la mujer reportó incrementó de tres veces la tasa de LM (6). En Mumbai, se realizó una intervención educativa utilizando presentaciones en el programa PowerPoint, folletos, videos y sesiones de preguntas y respuestas, además de la consejería rutinaria, lo que llevó al aumento significativo en LM exclusiva en el grupo de intervención (93.5 %) comparado con el grupo de control (74.5 %) (7). En un estudio realizado en Irán, en el que se llevaron a cabo siete sesiones

de entrenamiento y se evaluaron los resultados obtenidos antes y 40 días después de la intervención, el grupo experimental mostró aumento significativo en el conocimiento, actitud, control conductual percibido, normas subjetivas, intención y comportamiento de LM (8).

Varios estudios realizados en México reportaron el efecto de diferentes intervenciones educativas; ya sea mediante la presentación de información audiovisual a embarazadas y luego a seis meses del nacimiento de su hijo (9); o a través de sesiones teóricas monográficas, talleres de lectura y sesiones prácticas, dirigidas a madres con hijos menores de 12 meses (10). Ambas estrategias mostraron incremento significativo en conocimientos, actitud y práctica adecuada de LM.

Si bien existe evidencia que muestra que diferentes intervenciones educativas tienen efecto en la LM, es relevante continuar realizando estrategias dirigidas a educar a las madres, ya que la falta de información puede causar abandono, ante la inseguridad o la generación de dudas respecto a la LM. Por ello, el objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de una intervención educativa, tipo taller, en mujeres embarazadas sobre la actitud materna frente a la lactancia.

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio analítico, prospectivo, longitudinal, de intervención educativa en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco Pediatría n.º 48, Centro Médico Nacional del Bajío del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de León, Guanajuato, México; unidad médica certificada por la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña de la OMS.

*Fase 1. Selección de participantes.* Se incluyeron mujeres embarazadas de 18 a 40 años, de cualquier edad gestacional, que acudieron a atención de control del embarazo, que aceptaron participar en el estudio. Se firmó consentimiento informado. Se consideró como criterio de exclusión aquellas pacientes que presentaran alguna complicación médica que no les permitiera terminar el estudio, así como pacientes que no completaran las encuestas.

*Fase 2. Diseño y validación de la estrategia educativa.* Se diseñó un taller en el que las herramientas didácticas utilizadas fueron material audiovisual con una presentación con diapositivas en el software Microsoft PowerPoint®. La intervención se llevó a cabo en grupos de una a tres embarazadas con duración de 90 minutos.

La intervención educativa se conformó de 3 dimensiones: Dimensión 1, Beneficios nutricionales de la LM; Dimensión 2, Beneficios económicos de la LM, y Dimensión 3, Beneficios sociales de la LM.

Además, se explicó a las madres, de manera práctica, cómo realizar la técnica de LM siguiendo las indicaciones de la OMS y se resolvieron dudas a las participantes (7).

Finalmente, se entregó un tríptico informativo con las recomendaciones de los puntos abordados durante la intervención educativa. Dicho tríptico fue revisado y autorizado por los evaluadores de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña de la OMS que acredita a la institución.

*Fase 3. Elección del instrumento de medición.* La escala utilizada fue «Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS)» adaptada a población mexicana, validada, con confiabilidad  $\alpha$  de Cronbach de 0.86. Consta de 17 ítems, ocho de los cuales están redactados de manera favorable a la LM (ítems 3, 5, 7, 9, 12, 13, 15, 16) y el resto hacia la lactancia con fórmula. La escala se evalúa con una graduación de respuesta tipo Likert de cinco puntos; los ítems favorables a LM, si se elige la opción totalmente en desacuerdo con el ítem se califica con 1 punto, hasta la opción de estar totalmente de acuerdo con el ítem que equivale a 5 puntos; la puntuación revierte en los ítems favorables a lactancia con fórmula. La puntuación total se suma y se clasifica en tres categorías: positivas hacia la lactancia artificial (17-48 puntos), actitud neutral (49-69 puntos) o positiva hacia la LM (70-85 puntos).

La escala evalúa las dimensiones de acuerdo con los ítems: Dimensión 1, Beneficios nutricionales de la LM (ítems 1, 2, 4, 5, 9, 10, 12, 13, 14, 15); Dimensión 2, Beneficios emocionales de la LM (ítems 3, 7, 11), y Dimensión 3, Beneficios sociales de la LM (ítems 6, 8, 16, 17).

La validación para población mexicana se realizó en el año 2016, en un estudio transversal con traducción inversa y adaptación cultural, así como consenso entre expertos para la redacción y la equivalencia conceptual de los ítems de la IIFAS al español, para determinar su validez y fiabilidad (11).

*Fase 4. Implementación de la escala.* Para implementar la IIFAS, una vez seleccionadas las mujeres participantes para el estudio, previa firma de consentimiento informado, se formaron los grupos y se realizó la evaluación pre-intervención; posteriormente, comenzó el taller programado y, una vez concluido, se realizó la evaluación postintervención.

*Tamaño de muestra.* Se calculó con fórmula de poblaciones finitas, considerando que durante 6 meses se atienden 1800 mujeres embarazadas en

consulta externa de la unidad médica, con margen de error del 5 % y nivel de confianza del 95 %, resultó un total de 337 pacientes.

*Variable independiente:* Intervención educativa.

*Variable dependiente:* Impacto sobre la actitud hacia la LM.

*Análisis estadístico.* Se reportó estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes de las variables analizadas. Se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnoff y las variables mostraron libre distribución. Se realizó la prueba U de Mann Whitney para establecer las diferencias entre las variables numéricas y la prueba chi cuadrado para comparar variables nominales. Para analizar los datos se utilizó el paquete estadístico NCSS 2023 y Epidat 3.1. Se consideró significancia estadística como valor de  $p < 0.05$ .

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética para la Investigación en Salud 10028 y Comité Local de Investigación en Salud 1002, con número de registro R-2022-1002-05. Se solicitó firma de carta de consentimiento informado a todas las mujeres embarazadas participantes.

### 3. RESULTADOS

Se analizaron 337 mujeres embarazadas, cuyas características sociodemográficas y antropométricas se muestran en la [Tabla 1](#).

**Tabla 1. Características sociodemográficas y antropométricas de las mujeres embarazadas incluidas en el estudio**

Variables	N = 337
Edad (años) <sup>a</sup>	27(22-31)
Peso (kilogramos) <sup>a</sup>	75 (67-85)
Talla (metros) <sup>a</sup>	1.59 (1.55-1.63)
IMC <sup>a</sup>	29.41 (26.84-33.7)
Estado civil <sup>b</sup>	
Casada	186 (55.20)
Divorciada	2 (0.59)
Soltera	30 (8.90)
Unión libre	119 (35.31)
Escolaridad <sup>b</sup>	
Analfabeta	1 (0.3)
Primaria	29 (8.61)
Secundaria	156 (46.30)
Preparatoria	110 (32.64)
Universidad	37 (10.98)
Postgrado	4 (1.19)
Ocupación <sup>b</sup>	
Ama de casa	184 (54.60)
Oficio	118 (35.01)
Profesión	35 (10.39)

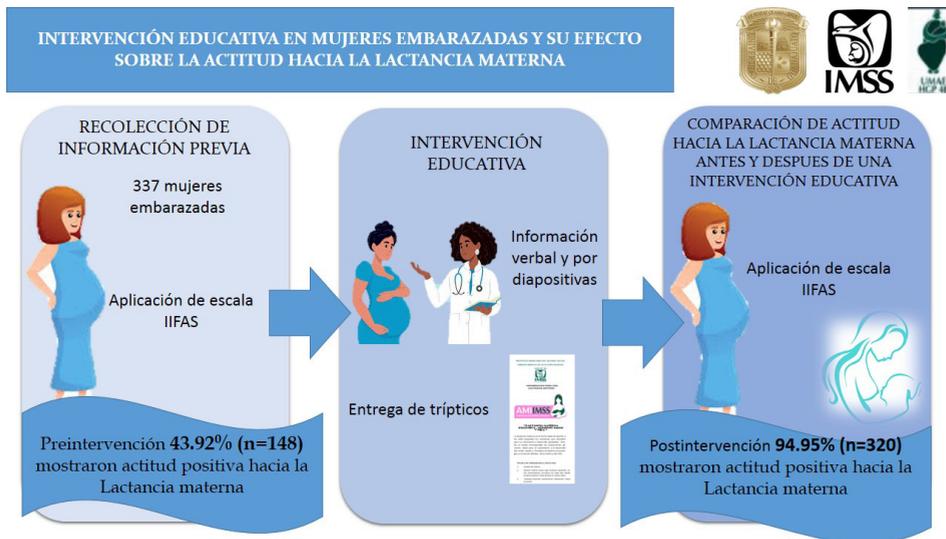
<sup>a</sup> Datos expresados en mediana y rangos intercuartílicos. <sup>b</sup> Datos expresados en número y porcentaje. IMC = índice de masa corporal.

Se comparó la actitud materna frente a la LM mediante la IIFAS, comprobando que, en las mujeres embarazadas, previo a la intervención educativa, había mayor proporción con actitud neutra hacia la LM y que tras la intervención educativa predominó de forma significativa la actitud positiva hacia la LM (94.95 % de las participantes) (Tabla 2 y Figura 1).

**Tabla 2. Comparación de la actitud materna frente a la LM de las mujeres embarazadas pre- y postintervención educativa**

IIFAS	Previa a la intervención educativa n = 337	Posterior a la intervención educativa n = 337	p
Actitud positiva hacia la lactancia artificial	19 (5.63)	1 (0.30)	<0.0001
Actitud neutra	170 (50.45)	16 (4.75)	
Actitud positiva hacia la LM	148 (43.92)	320 (94.95)	

Datos expresados en número y porcentaje. Prueba de chi cuadrado. IIFAS = Escala de Actitudes hacia la Alimentación Infantil de Iowa; LM = lactancia materna.



**Figura 1. Resumen gráfico del estudio**

Se realizó la comparación de las características sociodemográficas y antropométricas en las mujeres con actitud positiva hacia la lactancia artificial, actitud neutra y actitud positiva hacia la LM encontrando diferencia significativa entre los grupos en el estado civil, escolaridad, ocupación e IMC.

En relación con los antecedentes obstétricos y de LM, se observó diferencia significativa entre los grupos (según su actitud hacia la LM) en el tiempo máximo que amamantó a sus hijos, el deseo de amamantar y cuánto tiempo le gustaría amamantar (Tabla 3).

**Tabla 3. Características sociodemográficas, obstétricas y sobre LM previa, en las mujeres embarazadas, de acuerdo con su actitud hacia la LM, antes de la intervención educativa**

Variables	Actitud positiva hacia la lactancia artificial n = 19	Actitud neutra n = 170	Actitud positiva hacia la LM n = 148	p
<b>Estado civil</b>				
Casada	7 (36.84)	94 (55.29)	85 (57.43)	0.038
Unión libre	7 (36.84)	60 (35.29)	52 (35.13)	
Soltera	5 (26.31)	16 (9.42)	11 (7.43)	
<b>Escolaridad</b>				
Analfabeta	0 (00.00)	1 (0.59)	0 (00.00)	0.017
Primaria	2 (10.53)	18 (10.59)	9 (6.08)	
Secundaria	14 (73.68)	85 (50.00)	57 (38.51)	
Preparatoria	3 (15.79)	51 (30.00)	56 (37.84)	
Universidad	0 (00.00)	15 (8.82)	22 (14.87)	
Postgrado	0 (00.00)	0 (00.00)	4 (2.70)	
<b>Ocupación</b>				
Ama de casa	14 (73.68)	101 (59.41)	69 (46.62)	0.027
Oficio	5 (26.32)	56 (32.94)	57 (38.51)	
Profesión	0 (0.00)	13 (7.65)	22 (14.87)	
<b>Lugar de origen</b>				
Guanajuato	19 (100)	166 (97.64)	143 (96.62)	0.646
Otro estado	0 (0.00)	4 (2.36)	5 (3.38)	
<b>Calcificación de peso</b>				
Normopeso	6 (31.58)	76 (44.71)	64 (43.24)	0.023
Sobrepeso	1 (5.26)	65 (38.23)	64 (43.24)	
Obesidad	12 (63.16)	29 (17.06)	20 (13.52)	

Variables	Actitud positiva hacia la lactancia artificial n = 19	Actitud neutra n = 170	Actitud positiva hacia la LM n = 148	p
<b>Número de partos y cesárea</b>				
≤4	19(100)	169 (99.40)	147 (99.33)	0.54
>4	0 (0.00)	1 (0.60)	1 (0.67)	
<b>Lactancia en embarazos previos</b>				
Sí	4 (21.05)	84 (49.41)	82 (55.40)	0.08
No	3 (15.79)	24 (14.12)	13 (8.78)	
No aplica	12(63.16)	62 (36.47)	53 (35.82)	
<b>Tiempo máximo que amamantó a sus hijos</b>				
≤ 6 meses	5 (26.31)	62 (36.47)	31 (20.95)	0.01
6 a 12 meses	0 (0.00)	14 (8.23)	18 (12.16)	
1 a 2 años	2 (10.53)	19 (11.18)	27 (18.24)	
> 2 años	0 (0.00)	13 (7.65)	19 (12.84)	
No aplica	12(63.16)	62 (36.47)	53 (35.81)	
<b>Motivo de abandono</b>				
Trabajo materno	0 (0.00)	24 (14.12)	28 (18.92)	0.17
Percepción de no salida de leche	4 (21.05)	35 (20.59)	19 (12.84)	
Percepción de negativa del bebé	0 (0.00)	14 (8.23)	9 (6.08)	
Percepción de tiempo máximo de beneficio	3 (15.79)	25 (14.71)	33 (22.30)	
Cansancio	0 (0.00)	9 (5.29)	6 (4.05)	
No aplica	12(63.16)	63 (37.06)	53 (35.81)	
<b>Deseo de amamantar</b>				
Sí	12 (63.16)	138 (81.17)	129 (87.16)	0.04
No	4 (21.05)	11 (6.47)	8 (5.40)	
No sé	3 (15.79)	21 (12.36)	11 (7.44)	
<b>Cuánto tiempo le gustaría amamantar</b>				
6 meses	7 (36.84)	44 (25.88)	21 (14.19)	0.01
1 año	2 (10.53)	53 (31.18)	58 (39.19)	
2 años	3 (15.79)	30 (17.65)	37 (25.00)	
No sé	7 (36.84)	43 (25.29)	32 (21.62)	

Datos expresados en número y porcentaje. Prueba de chi cuadrado. LM = lactancia materna.

Posterior a la intervención, no se observó diferencia significativa en las características sociodemográficas, antropométricas, antecedentes obstétricos y datos sobre la LM previa, de acuerdo con la actitud ante la lactancia (Tabla 4).

**Tabla 4. Características sociodemográficas, obstétricas y sobre LM previa, en las mujeres embarazadas, de acuerdo con su actitud hacia la LM, posterior a la intervención educativa**

Variables	Actitud positiva hacia la lactancia artificial n=1	Actitud neutra n=16	Actitud positiva hacia la LM n=320	p
<b>Estado civil</b>				
Casada	0 (0.00)	7 (43.75)	179 (55.94)	0.81
Unión libre	1 (100)	7 (43.75)	111 (34.69)	
Soltera	0 (0.00)	2 (12.50)	30 (9.37)	
<b>Escolaridad</b>				
Analfabeta	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.31)	0.15
Primaria	1 (100)	2 (12.50)	26 (8.12)	
Secundaria	0 (0.00)	10 (62.50)	146 (45.63)	
Preparatoria	0 (0.00)	4 (25.00)	106 (33.13)	
Universidad	0 (0.00)	0 (0.00)	37 (11.56)	
Postgrado	0 (0.00)	0 (0.00)	4(1.25)	
<b>Ocupación</b>				
Ama de casa	1 (100)	10 (62.50)	173 (54.07)	0.84
Oficio	0 (0.00)	5 (31.25)	113 (35.31)	
Profesión	0 (0.00)	1 (6.25)	34 (10.62)	
<b>Lugar de origen</b>				
Guanajuato	1 (100)	15 (93.75)	312 (97.5)	0.65
Otro Estado	0 (0.00)	1(6.25)	8 (2.5)	
<b>Clasificación de peso</b>				
Normopeso	0 (0.00)	1 (6.25)	54 (16.87)	0.f03
Sobrepeso	1 (100)	2 (12.50)	127 (39.69)	
Obesidad	0 (0.00)	13 (81.25)	139 (43.44)	

Variables	Actitud positiva hacia la lactancia artificial n=1	Actitud neutra n=16	Actitud positiva hacia la LM n=320	p
<b>Número de partos y cesáreas</b>				
≤4	1 (100)	15(93.75)	319 (99.68)	0.06
>4	0 (0.00)	1 (6.25)	1 (0.31)	
<b>LM en embarazos previos</b>				
Si	0 (0.00)	11 (68.75)	159 (49.69)	0.11
No	1 (100)	2 (12.50)	37 (11.56)	
No aplica	0 (0.00)	3 (18.75)	124 (38.75)	
<b>Tiempo máximo que amamantó a sus hijos</b>				
≤ 6 meses	1 (100)	7 (43.75)	90 (28.13)	0.94
6 a 12 meses	0 (0.00)	2 (12.50)	30 (9.37)	
1 a 2 años	0 (0.00)	2 (12.50)	46 (14.38)	
> 2 años	0 (0.00)	2 (12.50)	30 (9.37)	
No aplica	0 (0.00)	3 (18.75)	124 (38.75)	
<b>Motivo de abandono de la LM</b>				
Trabajo	0 (0.00)	2 (12.50)	50 (15.62)	0.50
Percepción de no salida de leche	1 (100)	7 (43.75)	51 (15.94)	
Percepción de negativa del bebé	0 (0.00)	0 (0.00)	23 (7.19)	
Percepción de tiempo máximo de beneficio	0 (0.00)	4 (25.00)	57 (17.81)	
Cansancio	0 (0.00)	0 (0.00)	15 (4.69)	
No aplica	0 (0.00)	3 (18.75)	124 (38.75)	

Datos expresados en número y porcentaje. Prueba de chi cuadrado. LM = lactancia materna.

El deseo de amamantar y el tiempo deseado de duración de la LM aumentaron de forma significativa después de la intervención educativa (Tabla 5).

**Tabla 5. Comparación del deseo de amamantar y tiempo de amamantar, pre- y postintervención educativa**

Deseo de LM	Previo a la intervención educativa n = 337	Posterior a la intervención educativa n = 337-	p
Desea amamantar <sup>a</sup>	279 (82.7)	337 (100)	< 0.0001
No desea amamantar	58 (17.3)	0 (0)	
Desea amamantar ≥2 años <sup>b</sup>	70 (20.7)	302(89.6)	<0.0001
Desea amamantar <2 años	267 (79.3)	35 (10.4)	

Datos expresados en número y porcentaje. <sup>a</sup> Prueba exacta de Fisher. <sup>b</sup> Prueba de chi cuadrado. N = número. LM = lactancia materna.

Todas las repuestas a los ítems de actitud positiva hacia la LM, en las tres dimensiones de IIFAS, mostraron incremento significativo en la evaluación postintervención (Tabla 6).

**Tabla 6. Comparación de las respuestas correctas a los ítems de actitud positiva hacia la lactancia materna en IIFAS, pre- y postintervención educativa**

Dimensiones	Ítems	Respuestas correctas			
		Preintervención n (%)	Postintervención n (%)	Deltas %	Valor de p
Dimensión 1 Beneficios nutricionales de la LM	1. Los beneficios nutricionales de la leche materna (seno materno) duran solo hasta que se deja de dar.	179 (53.12)	323(95.85)	42.73	<0.0001
	2. Alimentar con leche de fórmula (de bote) es más adecuado que pecho.	283 (83.98)	322 (95.55)	11.57	<0.0001
	4. La lactancia materna es deficiente en hierro.	142 (42.14)	287 (85.16)	43.02	<0.0001

Dimensiones	Ítems	Respuestas correctas			
		Preintervención n (%)	Postintervención n (%)	Deltas %	Valor de p
<i>Dimensión 1</i> Beneficios nutricionales de la LM	5. Los bebés alimentados con fórmula son más propensos a ser sobrealimentados que los bebés alimentados con leche materna.	141 (41.84)	304 (90.21)	48.37	<0.0001
	9. Los bebés alimentados con leche materna son más sanos que aquellos alimentados por fórmula.	312 (92.58)	327 (97.03)	4.45	0.009
	10. Los bebés alimentados con leche materna son más propensos a ser sobrealimentados que los bebés alimentados con leche de bote.	197 (58.46)	308 (91.39)	32.93	<0.0001
	12. La leche materna es el alimento ideal para los bebés.	315 (93.47)	331 (98.22)	4.75	0.002
	13. La leche materna es mucho más fácil de digerir que la leche de formula.	292 (86.65)	331 (98.22)	11.57	<0.0001
	14. La leche de fórmula es igual de saludable para un bebé que la leche de pecho.	270 (80.12)	322 (95.55)	15.43	<0.0001
<i>Dimensión 2</i> Beneficios emocionales de la LM	15. La leche materna es más adecuada que la leche de fórmula.	279 (82.79)	331 (98.22)	15.43	<0.0001
	3. La lactancia materna (dar pecho) aumenta la unión madre-hijo. <sup>b</sup>	296 (87.83)	334 (99.11)	11.28	<0.0001
	7. Madres que alimentan con leche de fórmula a sus bebés pierden una de las más grandes alegrías de la maternidad.	214 (63.50)	315 (93.47)	29.97	<0.0001
	11. Los papás se sienten excluidos si la madre da pecho a su bebé.	253 (75.07)	308 (91.39)	16.32	<0.0001

Dimensiones	Ítems	Respuestas correctas			
		Preintervención n (%)	Postintervención n (%)	Deltas %	Valor de p
	6. La alimentación con leche de bote es la mejor elección si la madre planea trabajar fuera del hogar.	184 (54.60)	311 (92.28)	37.68	<0.0001
<i>Dimensión 3</i>	8. Las madres no deberían dar pecho en lugares públicos como restaurantes.	284 (84.27)	323 (95.85)	11.58	<0.0001
Beneficios sociales de la LM	16. La leche materna es más barata que la leche de fórmula.	284 (84.27)	328 (97.33)	13.06	<0.0001
	17. La mujer que ocasionalmente consume alcohol no debería dar pecho a su bebé.	58 (17.21)	278 (82.49)	65.28	<0.0001

Datos expresados en número y porcentaje y analizados con la prueba de chi cuadrado. N = número. LM = lactancia materna. IIFAS = «Iowa Infant Feeding Attitude Scale».

#### 4. DISCUSIÓN

La intervención educativa, tipo taller, sobre los beneficios y técnica de la LM, impartido a mujeres embarazadas, tiene impacto positivo sobre la actitud materna frente a la LM.

En el presente estudio, la «Iowa Infant Feeding Attitude Scale» (IIFAS), previa a la intervención educativa, mostró una actitud neutra hacia la LM exclusiva, en un 50.45 % de los casos y una actitud positiva en el 43.92 %, a diferencia de lo reportado por Aguayo *et al.* (9), quienes encontraron que las mujeres embarazadas primigestas, que acudieron a control prenatal, tuvieron una actitud neutra en el 94.1 % y actitud positiva solamente en el 5.9 % de los casos. Cabe mencionar que la edad de las mujeres de ambos casos fue diferente, siendo más jóvenes en el estudio reportado por Aguayo *et al.* (12), lo que puede contribuir a las diferencias en los resultados obtenidos. Autores como Dennis *et al.* (13) han constatado que las mujeres con menos probabilidades de amamantar son las más jóvenes, con bajos ingresos y pertenecientes a una minoría étnica.

En nuestro estudio se observó que la escolaridad puede determinar la actitud hacia la LM, ya que solamente el 31 % de las mujeres con educación

primaria tenían actitud positiva frente a la LM, contrastando con el 50 % de las participantes con educación preparatoria y el 100 % de las que tenían estudios de postgrado, similar al estudio de Méndez *et al.* (14), en el que se reportó asociación significativa entre el nivel de educación y la actitud hacia la LM.

La relación entre el nivel educativo y una mejor actitud frente a la LM también se ha demostrado en estudios realizados en otros países como el de Al Ali *et al.*, en Jordania (5), y Tarran *et al.*, (15) en Hon Kong, en estudiantes universitarios, que reportaron niveles altos de actitud positiva a la LM. En el presente estudio, solo el 12.16 % de las participantes tenían educación universitaria, lo que pudiera estar relacionado con la menor aceptación de la LM, apoyando, así, la necesidad de la intervención educativa en madres con bajo nivel de estudios. Téllez *et al.* (16) y Hernández *et al.* (17) también reportaron que las mujeres con mayor nivel educativo tuvieron mejor actitud y conocimiento sobre los beneficios de la LM.

En el estudio de Cotelo *et al.* (18) no se encontró diferencia significativa entre la actitud hacia la LM según el trabajo materno (trabajo fuera del hogar/amas de casa), lo que contrasta con la presente investigación, en la que las mujeres que trabajaban fuera del hogar presentaban con mayor frecuencia una actitud positiva hacia la LM. La Organización Panamericana de la Salud señala como una de las principales barreras para la LM la falta de espacios adecuados para extracción de leche durante la jornada laboral (19). En México, debido a la gran proporción de empresas que no contaban con lactarios, a partir del año 2021, se creó la Guía para la instalación y el funcionamiento de salas de lactancia (20).

No encontramos diferencias significativas en el motivo de abandono de la LM en el hijo previo, según la actitud ante la LM en el embarazo actual. Tampoco se observaron diferencias en la actitud ante la LM de acuerdo con el número de gestaciones de las mujeres participantes en el estudio. En un estudio previo realizado por Hackman *et al.* (21), las primigestas abandonaron la LM antes que las multíparas, con promedio de 6 meses para primíparas, comparado con 9 meses para multíparas.

El tiempo máximo que las madres amamantaron en embarazos previos, fue significativamente mayor en las gestantes que tenían una actitud positiva hacia la LM, lo que pudiera indicar que contar con mayor disposición a amamantar puede ayudar a superar los desafíos que la lactancia conlleva. Gómez *et al.* (22) refieren que las madres que previamente alimentaron a sus hijos únicamente con leche materna tienen 2 veces más posibilidad de tener una intención alta de volver hacerlo, a diferencia de las que lo alimentaron de forma mixta o solo con fórmula láctea.

Varios estudios han demostrado el beneficio de la intervención educativa en la LM. En el estado de Puebla, en México, se han realizado dos de ellos; el primero, de Cantorán *et al.* (23), demostró un aumento en la autoeficacia y la actitud positiva hacia la LM en el 50 % de las participantes, después de la intervención, independientemente de las características sociodemográficas de las mismas. El segundo estudio, realizado por Juárez *et al.* (24), constató que la intervención educativa fue eficaz al mejorar en las madres los conocimientos sobre los beneficios que ofrece la LM al binomio madre-hijo. En nuestro estudio también comprobamos que, después de la intervención educativa, la actitud positiva hacia la LM mejoró de forma significativa.

Para que la intervención educativa tenga impacto que perdure, se requiere que se realice de manera permanente y continua, siguiendo las recomendaciones nacionales e internacionales sobre LM.

En el presente estudio, antes de la intervención educativa, solamente el 20.7 % deseaban amamantar más de 2 años a sus bebés y el principal motivo de abandono fue la percepción de tiempo máximo de beneficio de la LM. Comprobamos que, al proporcionarles, mediante la intervención educativa, la información del tiempo adecuado de LM, el deseo de amamantar más de 2 años aumentó al 89.6 %.

En esta investigación, el principal motivo de abandono de la LM en embarazos previos, en las participantes con actitud neutra hacia la LM y las que tenían una actitud positiva a la lactancia artificial, fue la percepción de producción insuficiente de leche, lo que coincide con lo reportado en el estudio de Hackman *et al.* (21). En otros estudios se han encontrado resultados similares, como en el de Chávez *et al.* (25) y en el de Campiño *et al.* (26), en que la percepción de poca producción de leche fue el principal motivo de abandono de la LM.

Como fortalezas del estudio se puede destacar que la intervención educativa tipo taller logró aumentar la proporción de embarazadas que deseaban amamantar a sus bebés. Los resultados obtenidos fueron independientes de las características sociodemográficas, antropométricas y obstétricas de las participantes, demostrando que es posible alcanzar una actitud positiva frente a la LM sin que influyan estas características de las participantes.

Entre las limitaciones del presente estudio, se incluye la falta de seguimiento a más largo plazo. En futuras investigaciones, se podrían realizar evaluaciones a medio y largo plazo para contar con información sobre la eficacia de la intervención en el mantenimiento de la LM, ya que, cuando se lleva a la práctica, se pueden presentar ciertas dificultades que representan obstáculos a su progreso.

Es recomendable que el personal de salud considere de forma imperativa que, dentro del control prenatal, se adicione un plan de consultas para

asesoramiento personalizado y sistematizado sobre LM en mujeres embarazadas, que permita resolución de dudas, y a la vez promover conductas saludables de la madre y del recién nacido.

## 5. CONCLUSIONES

Este estudio demuestra que la intervención educativa llevada a cabo en mujeres embarazadas influye en la actitud positiva hacia la LM y el deseo de amamantar más de 6 meses, independientemente de las características sociodemográficas, antropométricas y antecedentes obstétricos.

Es importante destacar que no solo hace falta capacitar a la madre desde el embarazo, también es necesario que el conocimiento sea transversal, participando todas las áreas que atienden a las mujeres en esta etapa de la vida. Si bien una mujer con conocimientos es esencial para el éxito de la LM, también es importante el ambiente que rodea a esa familia, el apoyo y los conocimientos de los profesionales de la salud para la adecuada resolución de los problemas relacionados con la LM.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. Lactancia materna. Organización Mundial de la Salud [citado el 13 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding>
2. Organización Panamericana de la Salud. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado [Internet]. 2024 [citado el 13 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>
3. Secretaría de Salud. En México, lactancia materna exclusiva aumenta 19.6 % entre 2012 y 2022: Secretaría de Salud [Internet]. 2023 [citado el 13 de junio de 2024]. Disponible en <https://www.gob.mx/salud/galerias/en-mexico-lactancia-materna-exclusiva-aumenta-19-6-entre-2012-y-2022-secretaria-de-salud>
4. Radzysinski S, Callister LC. Mother's Beliefs, Attitudes, and Decision Making Related to Infant Feeding Choices. *J Perinat Educ.* 2016;25(1):18-28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1891/1058-1243.25.1.18>
5. Al-Ali N, Hatamleh R, Khader Y. Female public Jordanian university undergraduate students' intentions and attitudes toward breastfeeding: application of self-objectification theory. *Breastfeed Rev.* 2013;21(3):31-42.
6. Alahmed S, Frost S, Fernandez R, Win K, Mutair AA, Harthi MA, Meedya S. Evaluating a woman-centred web-based breastfeeding educational intervention in Saudi Arabia: A before-and-after quasi-experimental study.

- Women Birth. 2024;37(5):101635. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2024.101635>
7. Rai R, Khatun R, Inamdar P, Patil R. Impact of educational intervention on breastfeeding practices of mother undergoing institutional delivery. *Int J Contemp Pediatr.* 2023;10(10):1550-1557. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.18203/2349-3291.ijcp20232883>
  8. Jaihooni AK, Kashfi SM, Harsini PA. Impact of an educational intervention on breastfeeding behaviour among pregnant women. *Br J Midwifery* 2019;27(1):33-42. Disponible en <https://doi.org/10.12968/bjom.2019.27.1.33>
  9. García-Galicia A, Montiel-Jarquín AJ, Jiménez-Luna I, León-Medellín M, Vázquez-Cruz E, López-Bernal CA, Aréchiga-Santamaría A. Capacitación sobre lactancia materna en embarazadas: efecto a seis meses posteriores al nacimiento. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2022;60(4):388-94. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10396047/pdf/04435117-60-4-388.pdf>
  10. Bautista-Justo LC, Hernández-Morán OE, Gutiérrez-Gabriel I, Bonilla-Becerrí AS, Serrano-Campos FA, Saldaña-Barrientos S. Importancia de una intervención educativa: conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna [Importance of an educational intervention: Knowledge, attitudes and practices on breastfeeding]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2024;62(5):1-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.12668009>
  11. Aguilar Navarro HJ, Coronado Castilleja A, Gómez Hernández OJ, Cobos Aguilar H. Adaptación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale en población mexicana. *Acta Pediátrica de México.* 2016;37(3):149-58. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-23912016000300149](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912016000300149)
  12. Aguayo Esquivel EM, Dávila Hernández KA, Puga Montoya KL, Rodríguez Limón MR, Gómez Cardona JP. Actitud hacia la lactancia materna relacionada con la edad de mujeres primigestas en dos centros de salud. *Rev Enferm.* 2018;3(5):14-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.36789/sanus.vi5.82>
  13. Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2002;31(1):12-32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2002.tb00019.x>
  14. Méndez García JA, Rovira Diez IG, González-López MK, Alvarado-Martínez JA, Aguilar Muñoz E, De Larrea Farías J. Actitud y factores asociados a la lactancia materna en madres del Hospital de Alta Especialidad de Veracruz. *South Florida Journal of Development.* 2024;5(2):491-500. Disponible en: <https://ojs.southfloridapublishing.com/ojs/index.php/jdev/article/view/3522>
  15. Tarrant M, Dodgson JE. Knowledge, attitudes, exposure, and future intentions of Hong Kong university students toward infant feeding. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2007;36(3):243-54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00144.x>
  16. Téllez E, Romero G, Galván G. Conocimiento, experiencia y percepción sobre lactancia materna en puérperas. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2019;27(4):249-56. Disponible en <chrome-extension://efaidnbnmnbbpcjpcglclefindmkaj/https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2019/eim194c.pdf>

17. Hernández-Pérez JA, Hernández-Hernández MÁ, Ramírez-Trujillo MÁ. Conocimiento y actitudes sobre los beneficios de la lactancia materna en universitarios. *Ciencia UAT*. 2021;16(1):42-61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.29059/cienciauat.v16i1.1536>
18. Cotelo MDCS, Movilla-Fernández MJ, Pita-García P, Novío S. Infant Feeding Attitudes and Practices of Spanish Low-Risk Expectant Women Using the IIFAS (Iowa Infant Feeding Attitude Scale). *Nutrients*. 2018;22;10(4):520. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/nu10040520>
19. Organización Panamericana de la Salud. Lactancia Materna y Trabajo: Folleto para Madres [Internet]. 2015 [citado el 13 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2015/Lactancia-Materna-trabajo-folleto-Madres-2015.pdf>
20. Secretaría de Salud. Guía de Lactancia Materna en el Lugar de Trabajo [Internet]. 2021 [citado 13 de junio de 2024]. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/613760/Guia\\_de\\_Lactancia\\_Materna\\_en\\_el\\_Lugar\\_de\\_Trabajo.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/613760/Guia_de_Lactancia_Materna_en_el_Lugar_de_Trabajo.pdf)
21. Hackler NM, Schaefer EW, Beiler JS, Rose CM, Paul IM. Breastfeeding outcome comparison by parity. *Breastfeed Med*. 2015;10(3):156-62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1089/bfm.2014.0119>
22. Gómez-García JA, Rojas-Russell ME, Serrano-Alvarado K, Juárez-Castelán MA, Huerta-Ibáñez A, Ramírez-Aguilar M. Intención de lactar exclusivamente con leche materna: un estudio basado en la Teoría de la Conducta Planeada. *Clínica y Salud*. 2020;31(1):13-20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5093/clysa2019a20>
23. Cantorán Mora D. Nivel de autoeficacia en lactancia materna después de una intervención educativa en pacientes embarazadas. *Ocronos*. 2023;6(11):72-4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.58842/QBIO8136>
24. Juárez Juárez D, Reyes Pintor A, Reséndiz Dáttoly C, Contreras Gómez A, Sanjuana Alatríste A. Efectividad de una intervención educativa sobre lactancia materna exclusiva en el personal de salud en una unidad de primer nivel de atención. *Rev Sanitaria Investig*. 2023;12(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.34896/RSI.2023.59.34.001>
25. Chávez MA, Sánchez GR, Ortiz OHI *et al*. Causas de abandono de la lactancia materna. *Rev Fac Med UNAM*. 2002;45(2):53-55. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2002/un022b.pdf>
26. Campiño-Valderrama SM, Duque PM. Lactancia materna: factores que propician su abandono. *Arch Med (Manizales)*. 2019;19(2):331-41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.30554/archmed.19.2.3379.2019>