



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA

**Barreras y facilitadores de la lactancia materna en madres
trabajadoras: Un estudio fenomenológico**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

LIZETH VIANEY SOLIS OJEDA

DIRECTORA: DRA. KARINA SERRANO ALVARADO

COMITÉ: DR. MARIO ENRIQUE ROJAS RUSSELL

DR. ÁNGEL FRANCISCO GARCÍA PACHECO

DRA. CLAUDIA IVETH ASTUDILLO GARCÍA

MTRA. LILIA ALCANTÁRA CÁRDENAS



CIUDAD DE MÉXICO, 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos y dedicatorias

En un camino incierto, lleno de diferentes obstáculos y eventos afortunados y no tan afortunados, me encuentro escribiendo estas palabras para agradecer aquellas personas que formaron parte de esta etapa de mi vida, quienes no me abandonaron y alentaron a ser mejor, aquellos a quienes amo, admiro y dedicó uno de los logros más significativos de mi vida.

Para mi familia, mi núcleo, fueron y son parte fundamental de quien fui, soy y seré; mi fuente incondicional de apoyo, amor y protección en cada paso que doy, mi aliento en los días nublados y mis guías en un mar de angustia y miedo, este logro es gracias a ustedes.

Mamá, la mujer que ha velado por mi bienestar desde el primer momento que supo de mi existencia, una mujer sin precedente, admirable y maravillosa, una mujer que me ha formado con el ejemplo; te agradezco por darme lo mejor en esta vida, por orientarme cuando me encuentro perdida, por recibirme siempre con una sonrisa y un plato de comida, por escuchar mis historias aunque muchas veces no me entendías, por tratar de ser una mejor versión de ti misma para comprenderme y acompañarme en el camino que me he trazado, por tomarme de la mano y luchar junto conmigo contra mis inseguridades; gracias mamá, este logro es una pequeña muestra de que tus esfuerzos y dedicación han rendido frutos; gracias por ser el sol de mi amanecer.

Papá, el hombre que me ha formado, uno de mis pilares y grandes maestros de vida, quien desde pequeña me dijo que la educación me brindaría herramientas para enfrentar un mundo complicado, quien me inculcó la idea de ser una mujer independiente y fuerte para poder elegir mi camino y volar hacia mis sueños; gracias por quererme, cuidarme y protegerme; gracias por ser parte fundamental de la mujer que me he convertido; gracias acompañarme y aconsejarme en esta nueva e incierta etapa; gracias por ser un padre sobresaliente; gracias por ser la fuerza de mi corazón.

Eduardo (Siegman) y Rodrigo gracias por ser mis compañeros de vida, por ser unos hermanos excepcionales, por cada juego, discusión, consejo y palabra de aliento; les agradezco por ser mi fuerza, por darle color a mi vida y ser un ejemplo para mí, porque con su determinación por conseguir sus sueños, me inspiran para luchar por los míos; agradezco a Dios y a mis padres por darme unos hermanos como ustedes.

Manuel, como un hombre ejemplar y admirable, me has llenado de consejos para mejorar como persona e hija; te agradezco por los cuidados y tratos que has tenido conmigo; gracias por orientarme y escucharme con cariño y compartirme un poco de tu sabiduría, eres parte de mi familia y te agradezco porque en cada paso que doy estuviste apoyándome y dándome ánimos junto con mi mamá para terminar esta travesía.

Pooky, mi fiel compañero, mi rayo de esperanza en la oscuridad, llegaste a mí en un momento de dolor y alegraste mis días; me has acompañado durante casi ocho años en mis mejores y peores momentos, en mis desvelos y frustraciones, me regalaste a dos pedacitos de ti (*Mini y Edu*) quienes me llenan de amor como tú lo haces, gracias por darme aliento y motivación para continuar mi sendero, siempre serás mi más grande adoración, aunque seas un llorón.

Nero, una compañera que no me imaginaba que necesitaba tener, quien llegó a mi vida cuando me encontraba en una tormenta de ansiedad, quien vino aliviar mis noches de desvelo por la tesis, quien se acerca a mí para calmar mis temores y, junto con *Zeri*, me diste el empujón que necesitaba para terminar este reto.

Para mis amigos, otra de las fuentes de apoyo más significativas durante todo este proceso; les agradezco a mis incondicionales amigos y compañeros de equipo: Yessica, Marco y Daniel.

Yessica, gracias por cada frase y muestra de afecto en el momento indicado, eres y serás una psicóloga extraordinaria y empática, que impactará positivamente en cada persona con la que esté profesional o personalmente.

Marco, no solo has estado presente desde el inicio de la carrera, sino que has fungido como una parte crucial para este trabajo; gracias por acompañarme en mis tormentos, por aliviar mis pensamientos, en ayudarme y asesorarme con este trabajo, eres una de las personas y profesionales que más admiro; gracias por ser mi mejor amigo.

Daniel, te agradezco por cada día en que estuviste presente, fuiste un apoyo fundamental en esta fase; gracias por acompañarme y enseñarme que la felicidad puede ser encontrada incluso en los momentos más oscuros; gracias por ser esa luz, también por llamarme la atención para recordarme la persona que soy y la psicóloga que deseo ser.

Asimismo, agradezco a cada uno de mis *familiares, amigos y conocidos* que se acercaron a mí y me expresaron su orgullo y me alentaron a continuar persiguiendo mis metas.

También, le doy las gracias a los integrantes del *proyecto lactancia PAPIIT*. Les agradezco a los *doctores Mario Rojas, Karina Serrano y Ángel García* por las enseñanzas académicas y de vida, así como a sus aportaciones al presente estudio; gracias a ustedes tengo claridad en el tipo de psicóloga que deseo y debo ser; con una práctica profesional ética, basada en evidencia, viendo más allá de lo evidente.

Para los *becarios (Bren, Richie, Mit, Ale, Suemy y José)* sin lugar a duda, sin ustedes el proyecto no habría sido lo que fue; les agradezco la maravillosa oportunidad de conocer a personas tan talentosas y soñadoras, gracias por cada una de sus palabras de motivación y apoyo hacia mi trabajo; forman parte de los mejores recuerdos que he tenido del proyecto.

Igualmente, debo darle las gracias a la *Dra. Astudillo y la Mtra. Alcántara* por sus observaciones y asesorías hacia el trabajo, fueron fundamentales para la conclusión y éxito del mismo.

Y, con gran relevancia, les agradezco a las mujeres que me dieron la oportunidad de conocer sus experiencias; no solo me brindaron la oportunidad de crecer profesionalmente, también me hicieron recordar mi principal motivo para estudiar psicología; este trabajo es por y para *mujeres maravilla* como ustedes.

Finalmente, *me agradezco a mí misma* por luchar hasta el final y lograr concluir este capítulo en mi vida; esto es para mí yo de 12 años que decidió estudiar psicología para ayudar al prójimo; esto es para mí yo de CCH que reafirmó su pasión por comprender el comportamiento humano; esto es para mí yo de la carrera que estuvo estudiando arduamente para convertirse en una buena profesional; esto es para mí yo de 22-23 años por trabajar en ser mejor persona para los demás y para sí misma; y esto es para mí yo del futuro, anhelo que tú estés ejerciendo la psicología con amor y dedicación para ayudar al otro, con ética y respeto hacia el dolor ajeno, con entusiasmo por continuar aprendiendo; estoy segura que serás un orgullo para tu yo del pasado.

I'm half agony, half hope.

Jane Austen

Índice

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1. LACTANCIA MATERNA.....	4
TIPOS DE LECHE MATERNA	4
BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA.....	6
CAPÍTULO 2. PANORAMA INTERNACIONAL Y NACIONAL DE LA LACTANCIA MATERNA.....	12
EPIDEMIOLOGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA	12
LACTANCIA MATERNA EN MÉXICO.....	13
POLÍTICAS A FAVOR DE LA LACTANCIA MATERNA	14
CAPÍTULO 3. FACILITADORES Y BARRERAS DE LA LACTANCIA MATERNA.....	21
BARRERAS ASOCIADAS A LA LACTANCIA MATERNA	21
FACILITADORES ASOCIADOS A LA LACTANCIA MATERNA.....	29
CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA	34
JUSTIFICACIÓN	34
MÉTODO	35
CAPÍTULO 5. RESULTADOS	41
BARRERAS INTERNAS	46
BARRERAS EXTERNAS.....	49
FACILITADORES MATERNOS E INFANTILES	54
FACILITADORES EXTERNOS	57
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	61
FORTALEZAS Y LIMITACIONES.....	66
CONCLUSIONES.....	68
REFERENCIAS.....	70
ANEXOS.....	86
ANEXO 1	86
ANEXO 2	89
ANEXO 3	90

Resumen

En México, a pesar de que la lactancia materna (LM) es considerada como la mejor forma de alimentación para lactantes, continúa teniendo una prevalencia menor a lo recomendado internacionalmente, por ello, es necesario reconocer los factores que influyen en la práctica, especialmente en un sector que tiende a abandonarla de manera temprana. El objetivo del estudio fue identificar los factores personales, socioculturales y laborales que facilitaron u obstaculizaron la realización y el mantenimiento de la LM desde las experiencias de mujeres que se encontraban activas laboralmente en el primer año de su lactante. Se utilizó un diseño cualitativo fenomenológico, la muestra estuvo conformada por once mujeres que fueron seleccionadas tras un muestreo intencional y se llevó a cabo una entrevista semiestructurada individual para la recolección de datos. Se implementó el Análisis Fenomenológico Interpretativo (AFI) propuesto por Duque y Díaz-Granados (2019). Los resultados se enfocaron en cuatro categorías principales: 1) Barreras maternas e infantiles, 2) Barreras externas, 3) Facilitadores maternos e infantiles, 4) Facilitadores externos; la categoría 1 y 3 destacan los aspectos individuales, mientras que las categorías 2 y 4 señalan aspectos sociales, culturales, laborales y del servicio de salud que intervinieron desde la experiencia de las participantes. En conclusión, se destaca el papel de la planificación y la información como elementos maternos que actuaron a favor, así mismo, se destaca la necesidad de mejorar la atención materno-infantil y las condiciones laborales, especialmente para las trabajadoras informales.

Introducción

La leche materna es un líquido de gran complejidad biológica que se adapta a los requerimientos nutricionales y del desarrollo de un ser humano en sus primeros meses de vida (Lozano de la Torre, 2010). Dicho esto, grandes organizaciones a nivel internacional como la OMS (2021) y UNICEF (2021) han realizado diferentes acciones a favor de esta forma de alimentación infantil, recomendando su exclusividad durante los primeros seis meses de vida y, posteriormente, su prolongación hasta los 24 meses o más, con la intención de que el infante y la madre adquieran los beneficios que esta pueda otorgarles.

No obstante, acorde a los datos epidemiológicos sobre la Lactancia Materna (LM), solo el 44% de los nacimientos entre 2014-2020 fueron amamantados exclusivamente alrededor del mundo (UNICEF, 2021), mientras que, en nuestro país, se reportó que el 28.6% de los bebés entre 2012-2018 recibieron Lactancia Materna Exclusiva (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020), siendo cifras menores a las esperadas en el Plan Integral de Aplicación sobre Nutrición materna, del lactante y del niño pequeño (OMS, 2014).

Por ello, teniendo en cuenta que la LM es una conducta de salud, ya que conlleva una serie de hábitos y acciones que realiza la madre asociadas con su mantenimiento para el fortalecimiento de la salud de los involucrados en el proceso de lactar (Gómez-García et al., 2020), es relevante tener en cuenta los factores que pueden condicionar que esta práctica se realice, especialmente, en un sector de la población que se ha caracterizado por abandonar la LM como es el grupo de mujeres trabajadoras (Bonvecchio Arenas et al., 2016; Ejie et al., 2021; Jiang et al., 2021; Sámano et al., 2019; Serrano-Alvarado et al., 2022; Thepha et al., 2018). Por tal razón, el identificar las barreras y facilitadores de la LM desde la experiencia de las mujeres trabajadoras, permitirá reconocer sus

necesidades y significados con esta práctica, ayudando a comprender su realidad para poder generar acciones más empáticas, eficientes y con mayor alcance en sector de la población.

El trabajo se estructuro en seis capítulos para la comprensión del fenómeno abordado. El primer capítulo presenta los conceptos básicos sobre la LM, los tipos de leche materna acorde al crecimiento del bebé, así como los beneficios que esta otorga para el infante, la madre, a la familia, el trabajo y la sociedad. El segundo capítulo contiene datos epidemiológicos actuales sobre la LM a nivel mundial y nacional, además de las políticas establecidas para la protección de esta práctica.

El tercer capítulo señala los determinantes proximales y distales que pueden actuar como barreras y facilitadores durante la etapa de lactancia. El cuarto capítulo contiene la justificación del estudio y los aspectos metodológicos del mismo; el quinto capítulo muestra los resultados y el sexto incluye la discusión, limitaciones y conclusiones de esta investigación.

Capítulo 1. Lactancia materna

La lactancia materna (LM) se refiere a la alimentación del recién nacido y lactante a través del seno materno y es considerada como la mejor opción, ya que contiene los nutrientes necesarios para asegurar un óptimo crecimiento y un desarrollo infantil saludable, además de ejercer una inigualable influencia biológica y afectiva para la madre y el hijo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1989; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2013).

De esta manera, la OMS (2003, 2009) señaló los términos para referirse a las distintas prácticas que se llevan a cabo al alimentar al bebé con leche materna:

Inicio temprano de la lactancia materna: El recién nacido es amamantado dentro del plazo de dos horas después de su nacimiento.

Lactancia materna predominante (LM predominante): El bebé es amamantado, pero también ingiere cantidades pequeñas de otros líquidos como el agua o té.

Lactancia materna parcial: El lactante consume leche materna en algunas ocasiones y en otras se alimenta mediante sucedáneos u otro tipo de alimentos.

Lactancia materna exclusiva (LME): El bebé solo es alimentado con leche materna y no recibe ningún otro alimento o bebida, exceptuando medicamentos y vitaminas.

Esta última, es la práctica más recomendada, puesto que al realizarse durante los primeros seis meses de vida y mantenerla hasta los 24 meses, cubre las necesidades de los lactantes durante las diferentes etapas su crecimiento (OMS, 2003, 2021; UNICEF, 2013).

Tipos de leche materna

La leche materna es una sustancia de gran complejidad biológica, al ser un fluido vivo que posee propiedades ligadas a las necesidades del bebé (Lozano de la Torre, 2010). Rojas-Robles (2015) y Sabillón y Abdu (1997) sugirieron que la leche materna puede variar de acuerdo con la

edad del bebé, el horario, volumen, duración y composición. Se puede clasificar de la siguiente manera:

Precolostro o leche de prematuro: Esta sustancia aparece cuando el nacimiento ocurre antes de las 35 semanas de gestación y cubre las necesidades del prematuro. Es rica en proteínas, grasas, inmunoglobulinas, lactoferrina, magnesio, sodio y es baja en lactosa, puesto que el bebé tiene poca actividad de lactasa (García-López, 2011; Temboursy Molina, 2004).

Calostro: Es conocida como la primera leche, se produce a menudo entre el primer y cuarto día después del parto. Se caracteriza por un color amarillento y una alta densidad que lo hace espeso a causa de la presencia de beta-carotenos. Su volumen aumenta progresivamente hasta los 580 ml/día. También posee mayor contenido de proteína, vitaminas liposolubles, lactoferrina, factor de crecimiento, lactobacilos bifidus, sodio y zinc que cubren las necesidades del recién nacido, protegiéndolo contra infecciones y alergias al proporcionar inmunidad por la absorción intestinal de inmunoglobulinas. (García-López, 2011; Ortega-Ibarra et al., 2020).

Leche de transición: Se produce entre el cuarto-15° día postparto, su volumen es de 400 a 600 ml/día, tiene una coloración blanca debido al caseinato de calcio y emulsificación de grasas. Aumenta del contenido de lactosa, grasa, calorías y vitaminas hidrosolubles, asimismo, disminuye las proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles (Rojas-Robles, 2015; Sabillón y Abdu, 1997).

Leche madura: Producida a partir del 16°-20° días postparto y puede continuar por más de 15 meses. Tiene un contenido aproximado de 70 kcal/10ml y el volumen promedio es de 700 ml/día, disminuyendo a 500 ml/día en el segundo semestre. Sus principales componentes son agua, carbohidratos, lípidos, proteínas, vitaminas, minerales, hierro, enzimas, zinc, selenio, flúor, calcio y fósforo (García-López, 2011; Ortega-Ibarra et al., 2020; Sabillón y Abdu, 1997).

De esta manera, la leche materna es una sustancia que se modifica de acuerdo a las necesidades del bebé para que este tenga un desarrollo físico y cognitivo adecuado, proporcionando una serie de beneficios que no solo le ayudan al bebé, sino también a la madre, la familia y la sociedad.

Beneficios de la lactancia materna

Beneficios para el infante

Un superalimento es entendido como un producto con alto contenido nutrimental, capaz de proporcionar grandes cantidades de nutrientes que contribuyen a prevenir y tratar enfermedades a través del fortalecimiento del sistema inmunológico (Torres, 2016).

Acorde a lo anterior, Tinoco Marquina y Caswell Pérez (2013) han señalado en el libro *Lactancia y maternidad en México: retos ante la inequidad* que la leche materna tiene cualidades que la convierten en un superalimento, al conferir protección contra el hambre y las enfermedades, brindando energía y nutrimentos necesarios para un crecimiento ideal.

Brahm y Valdés (2017) y Ferrer (2015), con revisiones sobre los beneficios de la LM, indicaron que esta ayuda a la reducción de infecciones gastrointestinales y respiratorias, aparición de patologías alérgicas, severidad de bronquiolitis y otitis media aguda, además de contribuir en la disminución del riesgo de contraer enterocolitis necrotizante, enfermedad celiaca y leucemia.

Otro beneficio señalado por Lamberti et al. (2013), es la protección que otorga la leche materna a los recién nacidos y lactantes. Los resultados presentados en su investigación mostraron que, los infantes que no son alimentados por LME, tienen 15 veces mayor mortalidad por neumonía (RR: 14.97; 95% CI: 0.67-332.74), también, aquellos que no fueron amamantados entre los seis y veintitrés meses presentan el doble de prevalencia en mortalidad por neumonía (RR: 1.92; 95% CI: 0.79-4.68) que los que continuaron con la LM.

De manera similar, la LM disminuye la probabilidad de contraer enfermedades crónicas degenerativas como padecimientos cardiovasculares y diabetes tipo I y II durante la infancia, adolescencia y la adultez (Brahm y Valdés, 2017), esto porque la LM parece actuar como factor protector contra el sobrepeso y obesidad, especialmente si su duración es exclusiva durante los primeros seis meses y continua hasta los dos años (Cordero et al., 2015).

Adicionalmente, los bebés amamantados presentan menor probabilidad de tener disfunciones dentales como las maloclusiones y mordidas cruzadas a comparación de niños alimentados con biberón (Salone et al., 2013).

Respecto al neurodesarrollo infantil, la LM ofrece un efecto positivo en el desarrollo intelectual ya que se asocia con un mejor desarrollo cognitivo y visual, mayores puntajes en las pruebas de psicomotricidad, estado de alerta, memoria y verbales (Krol y Grossmann, 2018; Lechner y Vohr, 2017).

Asimismo, la LM impacta en el desarrollo social y emocional de los niños. Algunos estudios reportaron diferencias asociadas en el temperamento infantil, indicando que aquellos que no son amamantados presentan más rasgos negativos como la irritabilidad y agresividad (Merjonen et al., 2011; Shelton et al., 2011). Además, amamantar ayuda a que el lactante muestre mayor respuesta atencional hacia expresiones de emociones positivas (Krol et al., 2015), contribuyendo a la reducción de comportamientos antisociales y agresivos puesto que se segrega oxitocina tras el consumo de la leche materna y la interacción con la madre (Krol y Grossmann, 2018).

Beneficios para la madre

La LM otorga beneficios para la salud y bienestar de la madre. En primer lugar, el inicio temprano de la lactancia produce la liberación de oxitocina, hormona que genera contracciones en la matriz, cerrando capilares rotos al desprenderse la placenta y disminuyendo el sangrado

postparto, previniendo la anemia y ayuda a la recuperación temprana del tono y tamaño del útero (Ferrer L., 2015; Martínez Rubio, 2004).

Por otra parte, la producción de leche manifiesta un gasto energético para el organismo de la madre, provocando la pérdida de peso y, por consiguiente, la reducción del riesgo de diabetes tipo II, hipertensión y otras cardiopatías, así como una mayor satisfacción con la imagen corporal (Del Ciampo y Del Ciampo, 2018; Martínez Rubio, 2004).

Además, la LM reduce el riesgo de contraer cáncer de mama, cáncer de ovario y endometriosis, esto es sugerido por los cambios hormonales causados durante el proceso de lactar como la disminución de estrógenos, anovulación y la amenorrea (Babic et al., 2020; Unar-Munguía et al., 2017). También, amamantar disminuye la posibilidad de presentar artritis reumatoide y alzheimer, y, hacerlo de forma exclusiva, contribuye a reducir el riesgo de esclerosis múltiple (Del Ciampo y Del Ciampo, 2018; Lisboa et al., 2021).

En cuanto a los beneficios psicológicos, la LM disminuye la ansiedad, el estado de ánimo negativo y el estrés, a causa de la segregación de oxitocina que produce una sensación de placer y satisfacción durante el proceso de amamantar, reduciendo el cortisol y las respuestas fisiológicas como la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y presión arterial (Krol y Grossmann, 2018; Martínez Rubio, 2004).

Asimismo, con base en los resultados de un ensayo clínico aleatorizado sobre la duración de sueño de nuevos padres (Doan et al., 2007), se manifestó que los padres de hijos que se alimentaron con leche materna muestran patrones de sueño más prolongados (40-45 minutos), mejor calidad de sueño y menos trastornos del sueño, en comparación con padres cuyos hijos recibieron fórmula láctea.

Por otra parte, en el estudio de Gila-Díaz et al. (2020), aquellas mujeres que amamantaron de forma exclusiva durante los seis primeros meses tenían menores niveles de depresión en contraste con aquellas que no practicaban o abandonaban la lactancia. Similarmente, en un estudio en mujeres latinoamericanas (Lara-Cinisomo et al., 2017), se halló una asociación positiva significativa entre la depresión postparto y la interrupción de la lactancia materna entre la cuarta y octava semana después del parto. De esta manera, alimentar al bebé mediante el seno materno ayuda a facilitar, integrar y fortalecer la interacción física y afectiva con el bebé promoviendo un apego seguro entre madre e hijo (Krol y Grossmann, 2018).

Beneficios para la familia

La alimentación a través del seno materno no solo confiere beneficios para la salud de la madre e hijo, sino también un beneficio económico para toda la familia. La LM supone un importante ahorro económico al no consumir sustitutos de la leche materna y otros artículos relacionados como biberones y chupones, además de disminuir costos por enfermedad, hospitalización y medicamentos a causa de la condición protectora que otorga la LM al bebé (Martínez Rubio, 2004). Este ahorro podría oscilar entre \$1200-\$2700 dólares al año, aunque esto depende de múltiples factores como el país, el costo de las fórmulas lácteas, el apego de la familia a la LM, entre otros aspectos (Clark y Bungum, 2003).

De esta manera, la LM podría ayudar a que la familia tenga menos preocupaciones sobre la salud del bebé, los gastos referidos a su alimentación y otras cuestiones relacionadas con su crecimiento, permitiendo que el ahorro económico pueda destinarse a otras necesidades (UNICEF, 2013).

Beneficios para el trabajo

Acorde con dos revisiones sobre la influencia de las políticas en el trabajo sobre lactancia (Basrowi et al., 2018; Winegar y Johnson, 2017), las organizaciones que apoyan y protegen la LM obtienen diversos beneficios como disminución del ausentismo laboral por enfermedad, reducción de la rotación y pérdidas del personal, y un aumento en la productividad de las trabajadoras. Ambos reportes indicaron que los costos para establecer un espacio exclusivo para la lactancia, junto con el refrigerador y extractor mecánico, es menor en comparación a las pérdidas por no tener políticas inclusivas para las mujeres lactantes.

El IMSS y UNICEF (2016) manifestaron que las trabajadoras presentan mayor satisfacción laboral y compromiso con la organización que apoya su maternidad, puesto que favorecen la reincorporación del trabajo y facilitan continuar con la alimentación de sus hijos sin comprometer sus actividades y responsabilidades laborales.

Por lo tanto, mejora la imagen pública de la empresa, ya que el apoyo a la LM manifiesta la preocupación de las organizaciones por el bienestar de sus trabajadoras y sus familias, convirtiéndola en un referente de igualdad de género y responsabilidad social, para finalmente posicionarla como una empresa más atractiva para futuras trabajadoras y potenciales clientes de su negocio o servicio (IMSS y UNICEF, 2016; Secretaría de Salud et al., 2018).

Beneficios para la sociedad

Brahm y Valdés (2017), en una revisión, indicaron que en Estados Unidos se ha realizado estudios que señalaron que el ahorro del estado por la LM está relacionado a la disminución de costos por adquirir sucedáneos de leche, reducción costos por alimentos familiares y menores costos en el cuidado de la salud, por ende, se estimaba que para 1998, el ahorro pudo ser de \$3,6

mil millones de dólares si las tasas hubieran alcanzado el 75% de LM al alta hospitalaria y el 50% de LME en los primeros meses del bebé.

En Inglaterra se estimó que, si en 2013 se hubiera amamantado a todos los lactantes, el sistema de salud habría ahorrado de 46,7 millones de euros, y hubiesen sucedido menos de 238 de decesos por muerte súbita (Mahon et al., 2016).

Adicionalmente, la LM al ser un recurso natural renovable y amigable con el medioambiente es un apoyo significativo para combatir la contaminación ambiental, en contraste con la fórmula láctea, ya que esta genera el uso de contaminantes por su fabricación, empaquetamiento y transporte (Brahm y Valdés, 2017; UNICEF, 2013).

Reyes-Vázquez y Espejel-Huerta (2021) en una revisión sobre el impacto ambiental de la LM, señalaron que la huella de carbono de la leche materna, al no implicar productos para su preparación como envases, agua, jabones y otros objetos, así como hervir agua y medio de transporte relacionados a la alimentación por fórmula láctea, genera un ahorro aproximado de 95-153 kg de CO₂ por cada bebé durante seis meses, convirtiendo a la LM en una estrategia ideal para combatir el calentamiento global.

En conclusión, la leche materna es una sustancia con nutrientes ideales para la formación de niñas y niños sanos, inteligentes, seguros de sí mismo y una sociedad comprometida con el medioambiente y la salud de su población (UNICEF, 2013).

Capítulo 2. Panorama internacional y nacional de la lactancia materna

Epidemiología de la lactancia materna

A pesar del consenso universal sobre los beneficios que otorga la LM, en la 27ª Asamblea Mundial de la Salud de 1974 se señaló el descenso general en las tasas de lactancia en diversas regiones del mundo, se identificó que algunos factores socioculturales, comerciales y de otra naturaleza, como la promoción de sucedáneos de leche materna y el aumento de la fuerza laboral femenina, ejercen influencia sobre la alimentación infantil (OMS, 1981; Sánchez Pérez et al., 2019).

En un reporte realizado por la UNICEF (2016), se señaló que, a nivel mundial, menos de la mitad de los recién nacidos en 2015, fueron amamantados en las primeras horas de vida, destacando que, por región, en el Oriente y Sureste de África (59%) se obtuvo el mayor porcentaje en este indicador; respecto a la LME, el promedio mundial fue de 43%, es decir, aproximadamente 3 de cada 5 infantes recibieron los beneficios y protección de la LME, además, la mayoría de las regiones del mundo, exceptuando el Sur de Asia (59%) y el Oriente y Sureste de África (57%), alcanzaron porcentajes menores al 40%. En este mismo estudio, se indicó que, en la lactancia materna prolongada (LM prolongada), globalmente, el 74% recibieron algún tipo de lactancia entre los 12 a 15 meses y este porcentaje disminuye a 46% después de los 20 a 23 meses de edad.

Asimismo, acorde con los resultados de un meta-análisis realizado por Victora et al., (2016), entre 1995- 2013, África Subsahariana, el Sur de Asia y algunas partes de Latinoamérica (Guatemala, Salvador, Honduras, Nicaragua, Perú y Bolivia) tuvieron mayor prevalencia de LM durante los primeros 12 meses de vida de los infantes, mientras que los países con alto ingreso económico tuvieron una prevalencia menor al 20%, especialmente Reino Unido (<1%) y Estados Unidos (27%).

Recientemente, la UNICEF (2021) reportó que a nivel mundial, entre los años 2014-2020, el 48% de los recién nacidos fueron amamantados en la primera hora de vida, señalando que la prevalencia del inicio temprano de la LM fue mayor en Europa Oriental y Asia Central (70%), Oriente Medio y el Norte de África (64%), mientras que, en relación con la LME, menos de la mitad de los lactantes (44%) fueron amamantados exclusivamente alrededor del mundo, destacando el Sur de Asia (57%), y África Meridional y Oriental (55%) como las regiones con porcentajes más altos en este rubro, en contraste con las demás regiones que obtuvieron porcentajes menores al 50%, especialmente Norte América, pues esta fue la zona con menor prevalencia (26%) en este indicador. Por último, en este mismo estudio, la UNICEF enfatizó que los niños entre 0 a 5 meses que no fueron alimentados con LME recibieron agua u otros líquidos no lácteos, sucedáneos de leche materna o líquidos lácteos de origen animal, alimentos sólidos, semisólidos o blandos como cereales, arroz, etc.

Lactancia Materna en México

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, entre los nacimientos de 2009-2014, se reportó que el 40.5% de los recién nacidos iniciaron con la LM durante la primera hora de vida, teniendo mayor porcentaje en este indicador las localidades con menos de 15 mil habitantes (47.9% contra 25% de las regiones con más de 15 mil habitantes), asimismo, en promedio la duración de la LM es de 8.8 meses a nivel nacional, destacando Oaxaca (12.6 meses), Guerrero (11.9 meses) y Chiapas (11.6 meses) con mayor duración en este tipo de alimentación, en contraste con Aguascalientes (6.9 meses), Nuevo León (6.7 meses) y Baja California (6.6 meses), sin embargo, en todo el país, solo el 11% de los infantes fueron amamantados exclusivamente, de los cuales el 71.8% eran hijos de mujeres de 20 a 34 años (Sánchez Pérez et al., 2019).

Por otro lado, en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018 (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020) se observó un incremento en la prevalencia de lactar en todos indicadores de LM entre 2012 y 2018. Los resultados denotaron que, a nivel nacional, el 47.7% de los recién nacidos tuvieron un inicio temprano de lactancia, mientras que el 28.6% recibieron LME hasta los seis meses, el 46.9% llevaron una LM continua al año y el 29% hasta los dos años, también se reportó mayor prevalencia en zonas rurales en comparación con las urbanas.

De acuerdo con Colchero et al. (2015), se estimó que los costos por las prácticas inadecuadas de LM en México, oscilaron entre \$745.6-\$2416.5 millones de dólares, especialmente por las compras de fórmulas lácteas, las cuales representaron entre el 11 y 38% del gasto. Junto a esto, en el rubro sanitario, hubo un rango entre 1.1-3.8 millones de casos de enfermedad y 933 a 5796 muertes infantiles atribuidos a prácticas inadecuadas de alimentación, representando el 27% de la pérdida económica.

Políticas a favor de la lactancia materna

Políticas Internacionales

A partir del decremento de la LM, las preocupaciones por los costos del abandono de este tipo de alimentación generaron una serie de acciones alrededor del mundo para su promoción, apoyo y mantenimiento.

Ante el incremento en el consumo de sucedáneos de leche materna, en 1981 se decretó el Código Internacional de Comercialización de los Sucédáneos de la Leche Materna para combatir la promoción sin regularización de estos productos, ya que hasta ese momento se habían generado grandes cifras de desnutrición y de riesgo de muerte por su mal uso en recién nacidos y lactantes, por ello, este código tiene como objetivo proteger y promover la LM, asegurando el uso correcto

de los sucedáneos de la leche, a través de métodos apropiados de comercialización y distribución (OMS, 1981).

Posteriormente, la OMS y la UNICEF (1990) realizaron la Declaración de Innocenti, donde decretaron que toda mujer tiene derecho a practicar la LME y todo infante a ser alimentado mediante la misma desde su nacimiento hasta los seis meses de edad, proponiendo como meta mundial el establecimiento y fortalecimiento de una cultura de conciencia y apoyo a la LM, mediante movimientos sociales y gubernamentales, entre los cuales destaca los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural (Figura 1) y el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche materna.

En esta misma declaración, se especificó que los gobiernos tienen la obligación de diseñar estrategias para la protección, promoción y apoyo de esta forma de alimentación infantil, así como la constante vigilancia y evaluación de las políticas y programas implementadas en sus países (Hernández Aguilar y Aguayo Maldonado, 2005).

Figura 1

Diez pasos hacia una feliz lactancia natural

Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberán:
Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención a la salud.
Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto
Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.
Facilitar el alojamiento conjunto madre-hijo durante las 24 h del día.

Fomentar la lactancia materna a demanda.

No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes artificiales.

Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital.

Nota: La figura representa los lineamientos establecidos por la OMS sobre los servicios que deben de brindar los institutos de salud de maternidad e infantiles. Fuente: (OMS, 1989).

Como respuesta ante el llamado de acción de la Declaración de Innocenti, a principios de la década de los 90's, surge la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño (IHAMN), el cual regula y evalúa los centros y servicios maternos, contribuyendo a la humanización de la atención sanitaria, devolviendo el protagonismo a las mujeres, sus hijos recién nacidos y a sus familias, reduciendo prácticas que interfieren con el vínculo madre-hijo, brindando información sobre el control prenatal y postnatal, así como asesoría para una toma de decisiones informada para proteger, promover y apoyar la alimentación óptima del lactante y del niño pequeño, garantizando el apoyo del personal y del sistema de salud (OPS et al., 2009; Waisman, 2000).

Sin embargo, ante el contexto cambiante, se obligó a modificar y adaptar las acciones a las necesidades específicas de cada nación, considerando problemáticas de salud como el VIH/SIDA, y basándose en propuestas anteriores para crear la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño pequeño, con el propósito de mejorar el estado nutricional, el crecimiento, el desarrollo, la salud y la supervivencia de los infantes a través de prácticas óptimas de alimentación, aumentando el compromiso de los gobiernos, organizaciones internacionales y otras partes interesadas para la creación de un entorno propicio para llevarlas a cabo (OMS, 2003).

En la resolución de la 65ª Asamblea Mundial de Salud, la OMS (2012) respaldó el plan integral de aplicación sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño, el cual propone que los 103 estados miembros pongan en marcha la creación de un entorno para la aplicación de políticas integrales de alimentación y nutrición, incluyendo intervenciones sanitarias eficaces y

estimular la elaboración de políticas de nutrición que incluyan medidas sanitarias y de desarrollo general del país, estableciendo mecanismos que hagan énfasis en la estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, así como el implemento de una estrategia integral de creación de capacidad para el desarrollo del personal, proporcionando los recursos humanos y económicos suficientes para llevarlo a cabo. Además, en la misma asamblea se planteó la necesidad de fortalecer las medidas legislativas para el control de la venta de sucedáneos de la leche materna, así como el mantenimiento de un dialogo con partes nacionales e internacionales con la intención de crear acciones en materia de nutrición y mecanismos de protección contra conflictos de intereses, y efectuar un seguimiento y evaluación de las políticas y los programas establecidos (OMS, 2017).

De esta manera, los objetivos y metas mundiales para 2025 (OMS, 2014) son:

- Reducir en un 40% el número de infantes menores de cinco años que sufren retraso en el crecimiento.
- Disminuir la mitad de las tasas de anemia en mujeres en edad fecunda (15-49 años).
- Minimizar en un 30% la insuficiencia ponderal al nacer.
- Detener el aumento de los niveles de sobrepeso en la niñez.
- Incrementar las tasas de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida hasta un 50% como mínimo.
- Mantener debajo del 5% la emaciación en la niñez.

Políticas Nacionales

México es uno de los países que se han comprometido institucionalmente con el cumplimiento de los acuerdos de la OMS sobre la alimentación óptima del lactante y niño pequeño (Sánchez Pérez et al., 2019). La Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2021a), en el

artículo 4 de la *Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos*, declaró que “Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará”.

Referente al Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna, los fabricantes de fórmulas lácteas y la Secretaría de Salud concretaron un acuerdo para regular la promoción y distribución de sustitutos de leche materna al personal de la salud y a la población mexicana, este enfatiza que la publicidad debe recalcar que la LM es el mejor alimento para los infantes, así como puntualizar los casos en donde se recomiendan los sucedáneos e incluir información sobre su manejo, preparación y los cuidados que se deben tener antes de ofrecerlos a los lactantes (Pérez, 2016).

Estas condiciones han quedado estipuladas en el Artículo 25 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, así como el Artículo 26 al señalar que ante el incumplimiento de lo anterior, se suspenderá la publicidad y promoción de fórmulas para lactantes (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2014).

Por otra parte, entre 2000-2006, el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida fortaleció la estructura de los servicios de salud, acreditando 767 Hospitales Amigos del Niño y de la Madre, de los cuales 352 se recertificaron durante el mismo periodo, y se establecieron 12 sedes regionales de capacitación sobre lactancia materna (Secretaría de Salud, 2016).

En 2014, se realizó la reforma a la Ley General de Salud, estipulando en el Artículo 64, fracción II, la obligatoriedad de las organizaciones y operaciones de servicios de salud destinados a la atención materno-infantil a realizar acciones de orientación y vigilancia institucional para la capacitación y fomento de la LM (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2021b). En la misma sintonía, en el Artículo 94, fracción II, de la Ley del Seguro Social, y en el Artículo 39, fracción II, de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

(ISSSTE), se indicó que debe realizarse la capacitación y fomento para la lactancia en sus instituciones, ya que esto incentiva que la leche materna sea un alimento exclusivo durante los seis meses de vida y complementario hasta el segundo año en los infantes (Secretaría de Salud et al., 2018).

Lo anterior contribuyó a la creación de la Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018, cuyo objetivo era incrementar las cifras de LM, enfocando en sus acciones a la distribución de información, fortalecimiento de las competencias institucionales, fomentar la práctica en municipios de la Cruzada Nacional contra el hambre y a la capacitación del personal de salud, estudiantes universitarios de áreas afines y a la población en general (González et al., 2017; Secretaría de Salud, 2016).

De esta forma a partir de 2016, en la Ley General de Salud (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2021b), se estipuló que en cada entidad federativa tendría que haber al menos un banco de leche humana en alguno de los establecimientos de salud con servicios neonatales. También, se propuso la creación y expansión de la Red Nacional de Bancos de Leche Humana y se inició una estrategia de mercadeo social para promover la lactancia en medios masivos de comunicación y eventos como la semana mundial de LM (González et al., 2017).

En el ámbito laboral, se estableció una política institucional en apoyo a la LM que recomienda la instalación de una sala de lactancia en los entornos laborales de las mujeres (Secretaría de Salud et al., 2018). Esta sala de lactancia debe de ser un espacio digno, privado, higiénico, tranquilo y accesible para las mujeres en periodo de lactancia, con la intención de que puedan extraer su leche durante la jornada laboral y asegurar la adecuada conservación de la misma (IMSS y UNICEF, 2016; Secretaría de Salud et al., 2018).

Adicionalmente, el artículo 170 de la Ley Federal del Trabajo (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2015) manifiesta que las mujeres:

En el periodo de lactancia hasta por el término máximo de seis meses, tendrán dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos, en lugar adecuado e higiénico que designe la empresa, o bien, cuando esto no sea posible, previo acuerdo con el patrón se reducirá en una hora su jornada de trabajo durante el periodo señalado (p.44).

Como consecuencia de las medidas mencionadas, las tasas de lactancia materna incrementaron entre 2012 y 2018 (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020), no obstante, las cifras continúan siendo bajas para las metas mundiales, por lo que existe un rezago en la formación de recursos humanos con habilidades y conocimientos que permitan brindar atención adecuada para el fortalecimiento de la LM, y a pesar de las políticas establecidas, los esfuerzos en el cumplimiento de las normas continúan siendo escasos, haciendo evidente la necesidad de mejorar el monitoreo y evaluación de los programas y políticas en México (González et al., 2017).

Por ende, la LM sigue siendo un reto para nuestro país, haciendo necesario tener en cuenta las condiciones que determinan la decisión de las madres sobre la manera de alimentar a sus hijos (Tinoco Marquina y Caswell Pérez, 2013).

Capítulo 3. Facilitadores y barreras de la lactancia materna

Para la promoción y mantenimiento de la LM y la LME, es primordial considerar los factores sociales, culturales, políticos, individuales y económicos que pueden contribuir a su continuación o interrupción (García-Magdalenó y Laureano-Eugenio, 2019; Llorente-Pulido et al., 2021).

Barreras asociadas a la lactancia materna

Biofísicas

Los factores más próximos son aquellos relacionados directamente con la madre e hijo, entre ellos se destacan los factores biofísicos, los cuales hacen referencia a aspectos biológicos, fisiológicos y de la salud de los principales actores de la LM.

La hipogalactia, baja producción de leche materna, es un determinante de la suspensión de la LM (Ejie et al., 2021; González García et al., 2015; Sámano et al., 2019). Puede ser ocasionada por características físicas de la madre como la obesidad antes del parto (Harreiter et al., 2019), retención de peso postparto (Garay Romero et al., 2021), anomalías del pecho, problemas hormonales, cirugías o procedimientos médicos en la zona mamaria, o el consumo de algunos medicamentos o sustancias (alcohol y tabaco), así como algunas características infantiles como el nacimiento prematuro, anomalías mandibulares y/o en el paladar (Abascal y Romero, 2012).

Otro de los elementos que puede dificultar la continuación de la LM es la salud tanto del bebé como la de la madre. Se ha identificado que cuando se encuentran en situación de vulnerabilidad relacionados con tratamientos y/o procedimientos médicos es más frecuente el abandono de la lactancia (Froh y Spatz, 2016; Serrano-Alvarado et al., 2022).

Acorde a lo anterior, en un estudio transversal con 100 mujeres atendidas en un instituto de salud de Colombia (Giraldo Montoya et al., 2020), se reportó que el 79% de las madres que optaron por no amamantar fue a causa de la hospitalización de sus hijos y el 14% por hospitalización propia tras tener complicaciones posparto. De manera similar, González García et al. (2015), en su estudio con 255 madres con hijos menores de 6 meses, observaron que entre los motivos de abandono de la LM se presentaron la enfermedad materna (12.01%) y enfermedad del niño (5.2%).

En un estudio cualitativo en mujeres con y sin VIH, Samburu et al. (2021) describieron que las madres que consideran que al amamantar podían afectar a su hijo con la transmisión de alguna enfermedad o padecimiento, no percibían a la LM entre sus opciones para alimentar a sus bebés.

Psicológicas

En este apartado se identificaron las variables psicológicas, entendidas como criterios conductuales, emocionales, actitudinales y cognitivos (creencias, percepciones, etc.) que están asociados a la LM, las cuales pueden interferir en la realización de esta conducta de salud.

La falta de conocimientos sobre las técnicas de agarre y los beneficios que otorga esta forma de alimentación, constituyen un obstáculo para el éxito de la LM, ya que las madres que desconocen las técnicas suelen reportar un agarre inadecuado para la succión, lo que puede generar incomodidad, dolor o futuros padecimientos como el agrietamiento de pezones, seno congestionado y mastitis, incrementando la probabilidad de tener una actitud negativa y una baja autoeficacia para amamantar (Cardalda et al., 2012; Ceylan y Çetinkaya, 2020; Heidari et al., 2016).

De igual modo, la percepción de insuficiencia en la producción de leche materna es uno de los indicadores más frecuentes para el abandono de la lactancia. Múltiples estudios (Cardalda et al., 2012; Ceylan y Çetinkaya, 2020; Mgongo et al., 2019; Rosada Navarro et al., 2019) señalaron que

esta percepción produce creencias acerca de que la madre no es capaz de cubrir las necesidades alimentarias de sus bebés, propiciando que las mujeres usen fórmulas lácteas para complementar la alimentación de sus lactantes.

Por otra parte, la falta de descansos, sentimientos de dependencia que implica el cuidado del recién nacido, la sobrecarga de tareas domésticas, escolares, laborales y/o maternas, así como el estrés y la fatiga acumulada por estas causas, se han reportado por las mujeres como obstáculos para el seguimiento de la LM, ya que las madres en estas circunstancias consideran que se socava su confianza y capacidad para amamantar, optando por otras maneras de alimentar que les genera mayor comodidad y facilidad para compartir el cuidado de sus bebés con otras personas (Ejje et al., 2021; Heidari et al., 2016; Johnson et al., 2015).

Otro aspecto se relaciona con las creencias y emociones sobre los cambios en el aspecto físico de la madre tras amamantar. En una revisión sobre las barreras y facilitadores en mujeres de África Occidental (Apanga, 2014), las madres más jóvenes presentan más creencias sobre que la LM provocan cambios estéticos en sus senos y que esto puede generar menor atracción hacia sus parejas. Llorente-Pulido et al. (2021) señalaron que este tipo de creencias esta influidas por los canones de belleza impuestos por cada sociedad, ocasionando inseguridades para las mujeres y obstáculos para la lactancia.

Respecto al apoyo social, la familia puede actuar como una barrera en el inicio y mantenimiento de la LM, ya que contribuye a la transmisión de creencias culturales, malas experiencias con la LM y patrones de alimentación que se han realizado de generación en generación, conllevando prácticas erróneas y la inducción del consumo de otros alimentos y líquidos en los primeros meses de vida del infante, ocasionado, principalmente, por el padre del bebé y los miembros femeninos más longevos de la familia (Bonvecchio Arenas et al., 2016;

Ceylan y Çetinkaya, 2020; Ejie et al., 2021; Heidari et al., 2016; Llorente-Pulido et al., 2021; Sámano et al., 2019; Thepha et al., 2018).

Estructurales

En este apartado se mencionaron factores que hacen referencia a la estructura social, en el que se señaló aspectos culturales, características sociodemográficas, condiciones en las instituciones de la salud y en las organizaciones laborales, que actuaron como determinantes en la LM.

Culturales

Algunos factores socioculturales dificultan o facilitan la LM, ya que establecen normas sociales que, a menudo, favorecen creencias y prácticas sobre el cuidado del recién nacido y el lactante (Bonvecchio Arenas et al., 2016; Bookhart et al., 2021; Ejie et al., 2021).

Culturas que promueven prácticas, mitos y conceptos erróneos sobre la LM, por ejemplo, los mitos sobre que la leche materna es impura cuando hubo relaciones extramatrimoniales y miedos al mal del ojo (Ejie et al., 2021); el amamantar quita energía y desgasta a la madre; ciertas situaciones ambientales provocan que la descomposición de la leche (Bonvecchio Arenas et al., 2016); el consumo de ciertos alimentos o bebidas permite mejorar la producción de leche materna (Thepha et al., 2018), ocasionan que las mujeres opten por no alimentar a sus hijos con LM, bajo la premisa de que esta podría poner en riesgo la salud de su bebé.

Por otro lado, las mujeres que percibían una hipersexualización de sus senos sentían incomodidad por amamantar en zonas públicas a causa del rechazo social o al acoso callejero, ocasionando que ellas decidieran no mostrar su lactancia en público (Ejie et al., 2021; García-Magdaleno y Laureano-Eugenio, 2019; Llorente-Pulido et al., 2021).

Sociodemográficas

En un estudio longitudinal con una población española (Rius et al., 2014), encontraron que el nivel de estudios secundarios (OR = 0,63; IC 95%: 0,45-0,90) fue un factor sociodemográficos asociados con el abandono precoz de la LM. Asimismo, un estudio longitudinal brasileño (Campos Martins Machado et al., 2014), se señaló que la escolaridad menor a los 8 años estaba asociado al abandono de la LME (RR = 2,03; IC 95%: 1,26-3,28) antes de los 4 meses.

También, en otra investigación española (Oribe et al., 2015), con una muestra de 638 mujeres, se halló que la clase social obrera (OR = 1,57; IC 95%: 1,05-2,35) y la primiparidad de las mujeres (OR = 1,70; IC 95%: 1,09-2,64) estaba relacionado al riesgo de introducir lactancia artificial antes de los 4 meses de vida del infante.

En México, acorde a los resultados del estudio de Unar-Munguía et al (2021), las mujeres que tuvieron menor probabilidad de lactar exclusivamente fueron mujeres con un nivel educativo básico (OR = 0,5; IC 95%: 0,3–0,8), las mujeres mayores de 40 años tenían menor probabilidad de amamantar alguna vez (OR = 0,4; IC 95%: 0,3–0,6) e iniciar la LM de manera temprana (OR = 0,7; IC 95%: 0,5–0,8), aunque presentaron mayor probabilidad de mantener la LME (OR = 1,8; IC 95%: 1,5–2,8). Además, en el mismo estudio, se indicó que las mujeres divorciadas, viudas o separadas tuvieron 30% menos de probabilidad de amamantar de forma temprana (OR = 0,7; IC 95%: 0,6–0,9) y de tener una LM predominante (OR = 0,7; IC 95%: 0,5–1,0), asimismo, se reportó que las zonas urbanas mostraron 20% menor probabilidad para iniciar con la LM (OR = 0,8; IC 95%: 0,8–0,9).

Institucionales

Las instituciones que brindan servicios materno-infantiles, ya sean privados o públicos, son unos de los primeros espacios en el cual las mujeres interactúan con su hijo por primera vez y se

les brinda información sobre el cuidado del mismo, no obstante, estos pueden actuar como un obstáculo para el inicio y mantenimiento de la LM cuando hay una inadecuada atención y apoyo hacia la madre e hijo, una pobre o nula educación en materia de LME, no solucionar las dudas o necesidades de la madre ante esta forma de alimentación y/o cuando el personal de salud realiza prácticas en contra de la lactancia, al ofrecer alternativas alimentarias a los recién nacidos con o sin el consentimiento de la madre (Bonvecchio Arenas et al., 2016; Ejie et al., 2021; García-Magdaleno y Laureano-Eugenio, 2019; Heidari et al., 2016; Samburu et al., 2021; Thepha et al., 2018).

El lenguaje puede actuar como una barrera al interferir en la comunicación entre el personal de salud y la madre bajo situaciones donde ambas partes no compartan un idioma en común (Ceylan y Çetinkaya, 2020), por ejemplo, mujeres que no hablen el idioma materno de un país por ser migrantes o pertenecientes a un grupo étnico. También, la comunicación logra ser un obstáculo cuando el personal de salud da información con términos difíciles de comprender propios de su profesión (Bonvecchio Arenas et al., 2016), impidiendo una óptima asesoría y educación en la práctica de LM, así como la solución de los problemas que puedan emerger.

Laborales

Uno de los factores cruciales para la LM es el trabajo (Bonvecchio Arenas et al., 2016; Ejie et al., 2021; Jiang et al., 2021), en especial si este es fuera de casa (Cardalda et al., 2012; Thepha et al., 2018), ya que compromete diferentes circunstancias que pueden llevar a un conflicto de intereses entre el trabajo y la vida personal que dificultan la continuación de la LM, aumentando la posibilidad de que las madres decidan cambiar la dieta de sus hijos o modifiquen su actividad laboral (Llorente-Pulido et al., 2021).

En un estudio transversal con 998 mujeres trabajadoras del servicio de salud de Australia (Weber et al., 2011), donde el 49% eran enfermeras, 39% laboraban en el área clínica y el 12% de administración, la mayoría reportó haber regresado al trabajo entre los 6 y 12 meses (54%), indicando que, a pesar de que el 59% de las mujeres consideró continuar con la LM al regresar a su trabajo, el 60% de ellas no lo realizó y solo el 36% de las que si continuaron con esta práctica lo hicieron durante horas laborales, de los cuales el 57% de ellas lo llevaba a cabo en descansos designados para comer, seguido de descansos de lactancia remunerados (16%) y no remunerados (14%), por lo tanto, el 42% de las mujeres que continuaron con la lactancia percibía los descansos para amamantar inflexibles y solo el 20% lo extraía su leche en un espacio designado para ese propósito, además, más del 60% de las mujeres percibieron un nulo apoyo por parte de la organización y del departamento de recursos humanos.

En otro estudio (Lauer et al., 2019) en un grupo de 682 mujeres inglesas, los resultados indicaron que, por industria, las mujeres que laboraban en hostelería y comercio manifestaron, en mayor porcentaje, no tener licencias de maternidad (79.3% y 61.9%), espacios privados para la extracción y almacenamiento de leche materna (53.4% y 50%) y políticas sobre LM en el trabajo (49.4% y 28.8%), generando que sean grupos con menor prevalencia de la LM en su trabajo (20.4% y 16.1%), en comparación de las trabajadoras del área de la salud (26.3%).

Jiang et al. (2021), en una investigación cualitativa longitudinal con 25 mujeres quienes, en su mayoría, trabajaban tiempo completo (96%), reportó que los principales motivos para abandonar la LM fue la falta de un espacio privado para la extracción y almacenamiento de la leche materna, así como la falta de tiempo y los permisos otorgados por sus superiores para poder realizar esta práctica durante su jornada laboral.

En México, con base en los resultados de la investigación de Navarro-Estrella et al. (2003), con una muestra de 265 mujeres derechohabientes de Baja California, reportaron que el 42% abandonó la LM a los tres meses de edad de sus hijos, el 11.6% nunca dio LME, siendo la mediana para el inicio de la alimentación por fórmula láctea de 28.5 (1-91) días en mujeres que abandonaron totalmente esta práctica y 61 (1-226) días en aquellas que no llevaron una LME ni predominante; aproximadamente la mitad de las participantes tenían ocupaciones que demandaban un elevado rendimiento físico como maquiladora, obrera, cocinera y servicios de limpieza, también, la mayoría de ellas (80%) trabajaban en jornada de más de 8 horas y, en promedio, su reingreso laboral fue a los 45 días. En este estudio, los factores que se asociaron con el abandono de la LM fue la falta de información (RM 5.97, IC 95% 1.67-20.67), no tener experiencia previa (RM 2.98, IC 95% 1.66-5.36), plan de duración de la lactancia por 3 meses o menos (RM 16.24, IC 95% 5.37-49.12) y el no contar con las facilidades en el trabajo (RM 1.99, IC 95% 1.12-3.56).

Sámamo et al. (2019) reportaron, en su estudio sobre barreras y facilitadores de la LM en 500 mujeres de la Ciudad de México, entre un rango de edad de 19 a 45 años, los factores con mayor riesgo de abandono de la lactancia fueron tener una autopercepción negativa de LME (RM:7,48; IC95%:3,78-14,98), ser madre soltera (RM:1,92; IC95%:1,13-3,25), falta de información (RM:1,91; IC95%:1,01-2,98), percibir que no sale leche (RM:2,31; IC 95%:1,27-4,20) y ser la principal proveedora de ingreso económico de su hogar (RM:2,42; IC95%:1,25-4,68).

Serrano-Alvarado et al. (2022) hallaron que, en un grupo de 728 mexicanas, el trabajo es uno de los factores más relevantes relacionado con una baja intención para amamantar exclusivamente, ya que esta condición redujo la intención en un 40%. Además, en este mismo estudio, reportaron que una mujer no trabajadora tenía una mayor probabilidad de presentar una

intención alta para practicar la LM, con base en sus actitudes y autoeficacia, en comparación a una mujer que trabaja.

Chen et al. (2019) indicaron que las dificultades en el trabajo para continuar la lactancia son más complejas en trabajos informales al no haber un marco que regule las condiciones de los mismos; acorde con los resultados su estudio en 9725 mujeres chinas, las trabajadoras informales presentaron menor ocurrencia en practicar la LM (OR = 0,71; IC 95%: 0,54–0,94), y la LME (OR = 0,59; IC 95%: 0,38–0,90).

Facilitadores asociados a la lactancia materna

Psicológicos

Los facilitadores son aquellos que contribuyen al inicio y mantenimiento de la LM (García-Magdaleno y Laureano-Eugenio, 2019). Se ha reconocido que uno de ellos es la información. Esta ayuda a que las mujeres identifiquen los beneficios que le otorga la leche materna, apoyando el implemento de una correcta técnica de agarre y al reconocimiento de esta como la mejor forma de alimentación para los recién nacidos y lactantes (Cardalda et al., 2012; Ejie et al., 2021; Llorente-Pulido et al., 2021; Mgongo et al., 2019; Thepha et al., 2018).

Asimismo, la intención, motivación y autoeficacia (Heidari et al., 2016; Llorente-Pulido et al., 2021) para lactar se han identificado como facilitadores destacados para el inicio, exclusividad y mantenimiento de la LM, puesto que ayuda a las madres a permanecer en esta práctica, sin importar los inconvenientes que puedan suscitarse, generando que las mujeres busquen información y/o asesoría para la solución de problemas.

Serrano-Alvarado et al. (2022), en su estudio, indicaron que las mujeres que presentaron actitudes positivas hacia la LM, como percibirla confortable, satisfactoria y adecuada para sus bebés, presentaron hasta cuatro veces más probabilidades de tener una alta intención para

amamantar (OR = 4.19, 95% CI 2.39, 7.37); a su vez, las madres que tenían una alta autoeficacia (OR = 2.12, 95% CI 1.20, 3.72) mostraron hasta dos veces más una mayor probabilidad de lactar exclusivamente, asimismo, una alta intención de amamantar y una alta autoeficacia en mujeres trabajadoras, aumenta la probabilidad de lactar exclusivamente, a pesar de que este grupo de tiende abandonar la lactancia

Referente al apoyo social, múltiples estudios (Bonvecchio Arenas et al., 2016; Ejie et al., 2021; Sámano et al., 2019; Thepha et al., 2018) indican que la familia también promueve el inicio y continuidad de la LM cuando esta brinda soporte emocional a la madre y se presenten actitudes positivas hacia esta forma de alimentación, además de que colaboren en las tareas domésticas y la crianza de los hijos, así como al afrontamiento de los conflictos del posparto.

Simultáneamente, ante la era digital, otra fuente de apoyo social son las plataformas digitales, ya que estas incluyen un amplio espectro de herramientas de la comunicación que facilitan el acceso y difusión de la información, permitiendo a los usuarios interactuar con otros individuos, sin importar la distancia u otras características sociodemográficas, promoviendo la creación de grupos sociales con diversas finalidades (Korda y Itani, 2013).

Bridges et al. (2018), en un estudio etnográfico de 17 grupos de lactancia en Facebook, reportaron que los tópicos más comentados por las mujeres fueron referentes al manejo de la LM, la salud de sus hijos y la continuación de la lactancia tras el reingreso al trabajo, destacando que recibieron apoyo informativo y emocional por parte de asesoras de lactancia, entre pares capacitadas y otras mujeres con experiencia previa, lo cual contribuyó al afrontamiento de problemas, principalmente, durante las primeras 4 semanas posparto.

Asimismo, García-Magdaleno y Laureano-Eugenio (2019) y Thepha et al. (2018), ambas investigaciones cualitativas, reportaron que las mujeres perciben la plataforma Facebook como un

proveedor de información y de importantes fuentes de apoyo, al ilustrar las creencias y prácticas llevadas a cabo por mujeres que buscan respuesta a las problemáticas suscitadas durante la lactancia, convirtiendo este entorno digital como un medio apropiado para la difusión de contenido y establecimiento de redes de apoyo entorno a la LM.

Estructurales

Institucionales

Cuando el sistema de salud actúa a favor de la lactancia materna a través de ofrecer una óptima asesoría en la cual se le instruye a la madre el cómo conseguir un adecuado agarre, identificar señales de hambre, desmentir los mitos de la alimentación infantil, instruir en la extracción y almacenamiento de la leche materna, y solucionar problemas de lactancia, así como el facilitar el contacto piel a piel y mantenerlos cerca, se convierte en promotor de esta práctica alimentaria (Apanga, 2014; Ejie et al., 2021; García-Magdaleno y Laureano-Eugenio, 2019; Sámano et al., 2019; Samburu et al., 2021; Thepha et al., 2018).

Acorde a los resultados de una revisión sistemática sobre ensayos clínicos aleatorizados acerca de intervenciones educativas y de apoyo a la LM en Atención Primaria (Patnode et al., 2016), se reportó que este tipo de intervenciones en ese nivel de atención tiene un efecto positivo en el inicio de la lactancia (RR = 1,00; IC 95%: 0,99-1,02), antes de los 3 meses posparto (RR = 1,07; IC 95%: 1,03-1,11), entre 3-6 meses (RR = 1,11; IC 95%: 1,04-1,18) y 6 meses (RR = 1,07; IC 95%: 0,98-1,16). Igualmente, en esta misma revisión se destacó que las intervenciones educativas y de apoyo en la Atención Primaria contribuyeron a que la LME tuviera mayor probabilidad de acontecer antes de los 3 meses (RR = 1,21; IC 95%: 1,11-1,33), entre los 3-6 meses (RR = 1,20; IC 95%: 1,05-1,38) y 6 meses (RR = 1,16; IC 95%: 1,02-1,32), concluyendo que la

promoción de la LM y LME en este nivel de atención en los sistemas de salud incrementa las tasas de esta práctica.

Socioeconómicos

Con base en los resultados del análisis epidemiológico de Ramiro González et al. (2018), con una muestra de 2 627 mujeres que residen en España, los factores sociodemográficos asociados a la continuación de la LM fueron la edad de la madre mayor a los 35 años (OR = 2,76; IC 95%: 1,16-6,53) y el estatus económico familiar alto (OR = 1,49; IC 95%: 1,04-2,15). Mientras que un estudio colombiano (López-Sáleme et al., 2019) con 195 participantes, señaló que tener pareja (OR = 2,13; IC 95%: 1,08-4,20) y una familia nuclear (OR = 2,62; IC 95%: 1,38-4,95), y haber sido multigestante (OR = 1,84; IC 95%: 1,02-3,34) contribuye a que las mujeres tengan mayor probabilidad de éxito con la LM.

Igualmente, Cohen et al. (2018), en un metaanálisis de 228 estudios, destacaron que el no fumar durante la lactancia (RR = 1,91; IC 95%: 1,68-2,16), el parto vaginal (RR = 1,23; IC 95%: 1,15-1,32), la multiparidad (RR = 1,36; IC 95%: 1,24-1,50), el alto nivel educativo materno (RR = 1,68; IC 95%: 1,35-2,08) y la educación sobre la LM (RR = 1,37; IC 95%: 1,14-1,65), fueron factores relacionados a la continuación de esta práctica.

Llorente-Pulido et al. (2021) y Apanga, (2014) indicaron que un nivel socioeconómico y cultural alto contribuye a que las mujeres adquieran con mayor facilidad habilidades e información adecuada sobre la LM.

Laborales

Cervera-Gasch et al. (2020), en una investigación llevada a cabo en dos universidades públicas españolas, con una muestra de 777 trabajadoras, los resultados mostraron que las variables significativas asociadas a la continuación de la LM fueron la existencia de políticas institucionales

en apoyo a esta práctica, tener espacios adecuados para llevarla a cabo, participar en grupos de apoyo, la intención de continuar a amamantando, continuar amamantando después de regresar al trabajo, conocer la legislación laboral y tener una supervisora mujer.

Steurer (2017), en una revisión de 14 estudios sobre la influencia de las políticas laborales en la LM, reportó que la licencia de maternidad de un mínimo de 3 meses de duración, un cuarto habilitado únicamente para la lactancia con servicios básicos de agua y luz, junto con un refrigerador, mesa y silla, así como el apoyo de compañeros y empleadores, contribuyen a que aumente la probabilidad de mantener la lactancia por lo menos hasta los primeros seis meses.

A modo de síntesis, las mujeres trabajadoras se han caracterizado por ser un grupo que tiende abandonar precozmente la LM, esto es sugerido por la carencia de condiciones laborales amigables con la lactancia, aunado a las barreras individuales y sociales que las mujeres afrontan independientemente de su situación laboral.

En México, los estudios señalaron el trabajo como una característica sociodemográfica relevante para esta práctica, no obstante, hay poca evidencia sobre las vivencias y perspectivas del fenómeno en este grupo particular de mujeres.

Además, tras la pandemia COVID-19, la forma de convivencia y los aspectos laborales sufrieron modificaciones por la necesidad del distanciamiento social para evitar el aumento de los contagios por dicha enfermedad, abriendo oportunidades de interactuar con diferentes grupos sociales a través de reuniones virtuales y, las redes sociales al ser una fuente de consulta recurrente en la actualidad, permite hacer investigación desde la distancia.

Dicho esto, se evidencia la necesidad de explorar las experiencias de las mujeres trabajadoras, desde la virtualidad, con el objetivo de identificar de las barreras y facilitadores distales y proximales de la LM.

Capítulo 4. Metodología

Justificación

El trabajo es un derecho que posibilita la independencia económica y el desarrollo personal (Secretaría de Salud et al., 2018). Con base en los resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), la tasa de participación económica femenina fue de 41.7% (21,195,989), en el cual el 45.5% contaba con una ocupación formal, mientras que el 54.5% tuvo una ocupación informal (INEGI, 2021).

A pesar de representar un gran porcentaje de la fuerza laboral del país, Bonvecchio Arenas et al.(2016), en el libro *Lactancia Materna en México*, manifestó que las condiciones laborales en nuestro país están alejados de ser amigables con la LM, viéndose reflejado en estudios como el de Navarro-Estrella et al.(2003) y Serrano-Alvarado et al.(2022), los cuales indicaron que el trabajo era un factor que disminuía la probabilidad para amamantar.

De esta manera, comprendiendo que la LM es considerada una conducta de salud, al consistir en un patrón de comportamientos y hábitos asociados con el mantenimiento y mejoramiento de la salud (Gómez-García et al., 2020), la relevancia de este estudio radica en explorar las experiencias de LM en mujeres con alguna actividad laboral, ya sea formal e informal, con el motivo de identificar los factores personales, socioculturales y laborales que facilitan o dificultan el inicio, exclusividad y mantenimiento de esta práctica.

Al utilizar una perspectiva cualitativa fenomenológica, permite vislumbrar la manera en que las trabajadoras lactantes vivieron el fenómeno durante el primer año de vida de su bebé, ya que es el periodo en que la OMS sugiere continuar amamantando al lactante, facilitando la comprensión de sus interpretaciones, toma de decisiones, socializaciones y necesidades respecto a

la LM en los diferentes ámbitos de su vida, ayudando ampliar el conocimiento de este tema en este grupo específico de mujeres.

Asimismo, fungirá como un precedente para el reconocimiento de las diferencias entre tipos de trabajo, ya que, al contemplar las experiencias de trabajadoras formales e informales, posibilitará la contratación de sus vivencias, formas en que conciben la LM y las decisiones que tomaron al tener en cuenta sus condiciones laborales.

Método

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las barreras y facilitadores de la LM desde la experiencia de mujeres que trabajan y cómo afectan a la duración de esta práctica?

Objetivos

General

Identificar y describir, desde las experiencias de mujeres que se encontraban activas laboralmente los factores personales, sociales y laborales que obstaculizan o facilitan la LM, así como su mantenimiento en el tiempo durante el primer año de su lactante.

Específicos

- Explorar las experiencias y necesidades sobre la LM en mujeres trabajadoras.
- Describir las barreras y facilitadores individuales, sociales y laborales en el proceso de lactar.
- Conocer los significados que atribuyen las madres a la LM.
- Distinguir las diferencias de las barreras y facilitadores en las experiencias de las participantes.

Diseño de estudio

Se utilizó un diseño cualitativo fenomenológico, ya que el presente estudio busca reconocer los factores que ayudan u obstaculizan la realización de la LM desde la comprensión de la experiencia, representaciones, aprendizajes, socialización e interpretación de las realidades construidas por las mujeres que vivieron el fenómeno (Bautista, 2011; Korstjens y Moser, 2017).

Muestra

Para la selección de los participantes se usó un muestreo intencional, mientras que, para la definición del tamaño de la muestra, se implementó el criterio de suficiencia, caracterizado por la saturación de información al obtener respuestas repetitivas en las entrevistas u observaciones (Gill, 2020; Prieto Rodríguez y March Cerdá, 2002).

Se invitó a mujeres que cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Haber tenido experiencia directa con la LM en los últimos 7 años.
- Haber laborado en el primer año de vida de sus hijas (os).
- Usuarias de la red social (Facebook).
- Aceptar participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Mujeres que dejaron de amamantar por cuestiones médicas.
- Mujeres que no accedieran a ser grabadas en audio y video.
- Menores de edad.

Variables

Lactancia Materna (LM) : Alimentación del recién nacido y el lactante a través del seno materno (OMS, 2021).

Barreras: Factores que dificulten el inicio o la continuación de la LM.

Facilitadores: Factores que intervienen positivamente en el inicio y mantenimiento de la lactancia.

Trabajo informal: Aquellas ocupaciones y formas de producción, que son ejercidas por personas o empleados que reciben ingresos cuyas condiciones de trabajo no se encuentran reguladas por un marco legal.

Trabajo formal: Aquellas ocupaciones y formas de producción, que son ejercidas por personas o empleados que reciben ingresos cuyas condiciones de trabajo se encuentran reguladas por un marco legal.

Técnicas o instrumentos

Se usó la técnica de entrevista semiestructurada, definida como un procedimiento de conversación libre con el propósito de recolectar información por medio de preguntas abiertas, reflexivas y circulares que permiten la deliberación de categorías de interés para la investigación (Bautista, 2011).

Se elaboró una guía de entrevista orientada a la identificación de las barreras y facilitadores de la LM mediante la reconstrucción de la experiencia de las mujeres en diferentes momentos (Anexo 1): 1) *Historia prenatal*, en la cual se indagaron las experiencias y conocimientos previos a tener al hijo relacionados a la LM, así como la intención y planificación de la forma de alimentar del bebé; 2) *Puerperio inmediato*, situación del primer acercamiento madre-hijo, así como los actores o circunstancias que determinaron el primer alimento del lactante; 3) *Historia posnatal*, se señalaron los eventos posteriores al nacimiento del bebé, centrándose en la práctica de la LM, apoyo social recibido y la reincorporación al trabajo y condiciones laborales; 4) *Recomendaciones y/o comentarios finales*, en dicho apartado, las mujeres expresaron los consejos que otorgarían a

una mujer en similares condiciones referente a la alimentación de su lactante, además de mencionar temas no vistos en los anteriores apartados de la entrevista.

Procedimiento

Se realizó una entrevista semiestructurada como guía, contuvo preguntas relacionados con los objetivos de la investigación. También se realizó un cuestionario de datos sociodemográficos y laborales en Google Forms (Anexo 3), con la intención de asegurar que las participantes cumplieran con los criterios de inclusión, y un consentimiento informado donde se puntualizaron los criterios de confidencialidad y la solicitud de grabación en audio y video.

Posteriormente se invitó a participar a través de Facebook, mediante la publicación de la convocatoria en el perfil del investigador y, en dos grupos, uno sobre LM y otro sobre Bolsa de Trabajo Feminista. Se aplicó el cuestionario sociodemográfico-laboral y el consentimiento informado y se concretó una cita para llevar a cabo las entrevistas en la plataforma de videoconferencias Zoom, en la cual, solo estuvieron presentes el entrevistador y entrevistado, destacando que el entrevistador fue capacitado por la Dra. Karina Serrano Alvarado, investigadora y experta en el tema de la LM, para poder realizar la actividad y cumplir con los objetivos del estudio.

Una vez recolectada la información, se procedió a transcribir las grabaciones a un documento Word para su codificación y el análisis de los datos.

Consideraciones éticas

Las participantes otorgaron su permiso a través de un consentimiento informado (Anexo 2) en el que se señalaron los objetivos del estudio y se garantizó la confidencialidad de su información, así como el contenido audiovisual resultado de la entrevista que se realizó en la

plataforma Zoom, destacando que el contenido del mismo sería para fines académicos y de investigación.

Análisis de la información

Durante la realización de las entrevistas, se comenzó la transcripción de las entrevistas y, a través de técnicas de naturaleza inductiva, se elaboró una descripción minuciosa y a profundidad de la experiencia de las mujeres tal como acontecieron y comprendieron el fenómeno, centrándose en las barreras y facilitadores de la LM, hasta llegar a la saturación teórica. Se utilizó el Análisis Fenomenológico Interpretativo (AFI) propuesto por Duque y Díaz- Granados (2019), el cual permite identificar las percepciones, emociones, sentimientos, creencias y expectativas del sujeto en su actuar y en las situaciones que lo rodean durante el proceso de lactar. El análisis consistió en cuatro etapas principales:

- 1) Comentarios iniciales.
- 2) Identificación de temas emergentes.
- 3) Agrupamiento de los temas.
- 4) Análisis de los casos y construcción de la tabla temática.

La primera etapa para el análisis abarcó los primeros acercamientos con las transcripciones mediante una lectura iterativa con la intención de familiarizarse con el contenido y la elaboración anotaciones descriptivas de las unidades más significativas del discurso, considerando los factores maternos que pudieron actuar como barreras y facilitadores en el proceso de lactar de las participantes, así como los factores asociados al entorno sociocultural y laboral u otras circunstancias que intervinieron en el fenómeno, acorde a los objetivos y a la pregunta de investigación.

Posterior a eso, la etapa de identificación de temas emergentes, se asignó un término o frase a modo de síntesis de lo expresado en los comentarios iniciales, relacionando lo expresado por las participantes con la teoría revisada.

En la tercera etapa, se llevó a cabo el agrupamiento de los temas emergentes según las relaciones lógicas identificadas de cada tópico que hubiera surgido en los pasos anteriores, los cuales tuvieron como resultado la creación de categorías y subcategorías coherentes con la temática central.

Finalmente, en el último paso, se elaboró una tabla que engloba las categorías, subcategorías y temas emergentes, y esquemas con extractos del discurso representativos de cada entrevista que ejemplifican los temas señalados, con el objetivo de presentar las experiencias de las participantes con el fenómeno del estudio. Este análisis fue realizado mediante el programa Atlas.ti versión 9.

Capítulo 5. Resultados

La muestra estuvo conformada por 11 mujeres de entre 22 a 40 años, habitantes de zonas urbanas de la Ciudad de México y sus alrededores, quienes estuvieron activas laboralmente durante el primer año de vida de su hijo. La mayoría de ellas fueron mujeres casadas (6), con escolaridad de licenciatura (8), primíparas (7), cuya edad de su último hijo fue de más de 12 meses (8) al momento de la entrevista, usuarias de servicios de salud privados para la atención de su embarazo y parto (8), con un trabajo formal (7), con una jornada laboral de tiempo completo (8). En la Tabla 1 se muestran las características sociodemográficas y laborales de todas las participantes.

Tabla 1
Características Sociodemográficas

Variable	Frecuencias (n=11)
Estado civil	
Soltera	4
Casada	6
Unión libre	1
Último nivel de estudio alcanzado	
Preparatoria	2
Licenciatura	8
Posgrado (especialidad, maestría o doctorado)	1
Paridad	
Primípara	7
Multípara	4
Edad de su hijo	
≤ 6 meses	1
7-12 meses	2
>12 meses	8
Tipo de servicio de salud donde atendieron su embarazo y parto	
Público	3
Privado	8
Tipo de trabajo	
Informal	4
Formal	7
Tipo de jornada laboral durante la lactancia	
Tiempo completo	8
Medio tiempo	3

Respecto a la práctica de la LM (Tabla 2), seis de las participantes reportaron haber iniciado de manera temprana con la LM, siete emplearon LME y nueve manifestaron haber prolongado su lactancia más allá de los 12 meses. Al momento de la entrevista, cuatro participantes continuaban con la lactancia.

Tabla 2
Características de la Lactancia Materna en Mujeres Trabajadoras

Variable	Frecuencias (n=11)
Inicio de la Lactancia Materna	
Temprano ¹	6
Tardío ²	5
Tipo de alimentación los primeros 6 meses	
Lactancia Materna Exclusiva ^a	7
Lactancia Materna Predominante ^b	3
Lactancia Mixta ^c	1
Duración de la LM	
<6 meses	2
6-12 meses	3
>12 meses	6
Actualmente está amamantando	
Sí	4
No	7

Nota: ¹ Inicio de la LM durante las primeras dos horas posparto; ² Inicio de la LM después de 3 horas a 3 días del parto por motivo de la hospitalización del bebé o por acciones del servicio de salud; ^a Leche materna como único alimento del bebé, no se introducen otros líquidos o alimentos sólidos durante el periodo de exclusividad; ^b Leche materna como fuente principal de alimentación del lactante, uso de otros líquidos como agua o fórmula láctea en su dieta; ^c Leche materna y fórmula láctea como alimentos del bebé, ninguna predomina sobre la otra. Fuente: (OMS, 2009).

La duración promedio de las entrevistas fue de 51 minutos, estas fueron transcritas y analizadas en el programa Atlas.ti. El análisis cualitativo de datos consistió en la creación de códigos emergentes de los fragmentos más significativos referentes a las barreras y facilitadores que afrontaron las participantes en su proceso de lactar, posteriormente, se agruparon y relacionaron los códigos con características en común para el desarrollo de categorías que engloban aspectos individuales y sociales. Las categorías incluyen subcategorías que señalan particularidades de la misma.

A partir de los códigos emergentes, se crearon categorías que hacían alusión a las barreras, estas se clasificaron como barreras maternas e infantiles, aquellas relacionadas a la falta de conocimientos, dificultades con la técnica de agarre, percepciones negativas sobre la producción de leche materna y factores emocionales de la madre, así como al estado de salud de infante; y barreras externas que tienen que ver con dificultades con el servicio de salud, el entorno sociocultural y laboral como, por ejemplo, la prescripción injustificada de fórmula láctea, rechazo social al amamantar en público, mitos sobre la lactancia, falta de lactario en los centros de trabajo, etc.

Para identificar las barreras maternas e infantiles, se tomaron en cuenta elementos claves de agrupación como *no sabía, desconocía, no podía, no lo hacía bien, me dolía*, entre otros similares que denotaban falta de experiencia, información o malestares físicos, además de adjetivos como *difícil, complicado, doloroso, molesto, estresante* para referirse a la LM, estos haciendo referencia a actitudes negativas, mientras que, para reconocer las barreras externas, los indicadores principales de agrupación fueron narraciones en que se describían situaciones adversas para la LM que acontecieron en los servicios de salud, trabajo, con la familia o en lugares públicos.

Respecto a las categorías relacionadas con los facilitadores de la LM, estos se clasificaron en maternos infantiles, los cuales aluden a la planificación, conocimientos, experiencias previas, creencias positivas sobre las propias capacidades y estrategias para afrontar la lactancia que realizaron las mujeres, respecto al lactante, la preferencia del seno materno y la leche materna en contraposición de biberones y fórmulas lácteas.

En los facilitadores externos se incluyeron aspectos socioculturales, laborales y del servicio de salud que ayudaron a la exclusividad y mantenimiento de la lactancia, como el acceso o conocimiento de las campañas de promoción de la LM en los centros de salud, recibir asesorías

y/o acompañamiento profesional, el apoyo de la familia y pareja, y tener un espacio amigable e inclusivo para la lactancia en el trabajo, entre otros.

Los facilitadores maternos e infantiles fueron identificados mediante descriptores como *decidí, planeo, soy capaz, sabía cómo hacerlo, etc.*, alusivos a la toma de decisiones, planificación, organización y afrontamiento para realizar la lactancia, también por extractos que indicaran experiencias positivas con otros hijos y los beneficios que percibían con esta forma de alimentación, al igual que el uso de adjetivos positivos para hablar de la lactancia como *buena, saludable, agradable, beneficiosa*. Para los facilitadores externos, al igual que para barreras externas, se tomaron en cuenta fragmentos del discurso que señalaban vivencias asociadas a los servicios de salud, fuentes de apoyo y el trabajo, sin embargo, en esta categoría se tomó extractos donde se mencionaron acciones respecto a la promoción y protección de la lactancia materna en los espacios mencionados.

Durante el proceso de categorización se integraron las experiencias de las 11 participantes, por lo que no prima la singularidad de cada experiencia sino la totalidad de ellas, no obstante, se tomaron extractos particulares del discurso a modo de representación. La tabla 3 muestra los códigos, categorías y subcategorías que hacen alusión a las barreras y facilitadores de la experiencia con la LM de las participantes.

Tabla 3*Barreras y facilitadores en la experiencia con la LM*

CÓDIGOS EMERGENTES	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
Información sobre la lactancia. Técnica de agarre y postura del bebé Síntomas físicos asociados a la lactancia. Percepción de producción de la leche materna. Actitud negativa hacia la LM.	Barreras maternas e infantiles	<i>Relacionado con la madre.</i>
Enfermedad del lactante.		<i>Relacionado con el infante.</i>
Prescripción injustificada de la fórmula láctea. Violencia obstétrica. Falta de apoyo del personal de salud.	Barreras externas	<i>Servicio de salud.</i>
Mitos sobre la LM. Censura de la LM en público.		<i>Influencia de la cultura, hacia la LM.</i>
Reingreso laboral temprano. Falta de espacios para la LM.		<i>Condiciones laborales.</i>
Planificación de la lactancia. Experiencia previa positiva con la LM. Percepción de los beneficios. Actitud positiva hacia la LM. Estrategias de solución para los problemas emergentes. Confianza en las habilidades propias para la lactancia.	Facilitadores maternos e infantiles	<i>Relacionado con la madre.</i>
Rechazo hacia la fórmula láctea y el biberón		<i>Relacionado con el infante.</i>
Promoción de la LM en los centros de salud. Alojamiento conjunto durante el puerperio inmediato.	Facilitadores externos	<i>Servicio de salud promotor de la LM.</i>
Profesionales de la salud. Apoyo entre iguales. Apoyo de la familia. Corresponsabilidad paternal. Apoyo en el trabajo.		<i>Fuentes de apoyo social.</i>
Suspensión de la actividad laboral. Trabajo en casa. Flexibilidad de horario. Lactario en el trabajo.		<i>Relacionados al trabajo.</i>

Barreras internas

A través de esta categoría (Figura 2) se evidencia un conjunto de factores maternos e infantiles que permiten identificar las dificultades que tuvieron las participantes en su experiencia con la LM.

La mayoría de las participantes, independientemente de sus características sociodemográficas y laborales, señalaron al primer trimestre como un periodo en el que aparecieron mayores barreras para el inicio y establecimiento de la LM, ya que enfrentaron dificultades asociadas a la falta de conocimientos y habilidades o al malestar físico.

Las participantes mencionaron que el tener acceso a información proveniente en su mayoría de centros de salud e internet, les permitió resolver problemas relacionados con la planificación de su lactancia; sin embargo, la información se centraba en los beneficios de la leche materna y no en el desarrollo de habilidades para amamantar.

Como consecuencia de la falta de información surgieron problemas con la técnica de agarre, particularmente en mujeres primíparas o con experiencias negativas con la LM, las participantes reportaron la aparición de malestares físicos vinculados a afecciones como la mastitis, perlas de leche, grietas en los pezones, así como la percepción de producir leche insuficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del bebé.

Estas experiencias favorecieron actitudes negativas hacia la LM, ya que las mujeres reportaron haberla percibido como dolorosa, estresante e incómoda, lo que les generó dudas sobre su decisión de amamantar exclusivamente.

Dos de las participantes que no llevaron a cabo LME manifestaron los problemas con la técnica de agarre como motivo principal de la introducción de fórmula láctea, pues el no tener un adecuado agarre del pezón provocó malestares físicos y la percepción de insuficiencia de leche

materna. Solo una de ellas recurrió a la búsqueda de apoyo de un asesor de lactancia, el cual le otorgó información para la corrección de la técnica de agarre y la solución de otras necesidades para el mantenimiento de la LM después del ingreso laboral; en contraste, la participante que no recibió asesoría y no modificó su técnica de agarre, tuvo una actitud negativa hacia amamantar, decidiendo concluir su lactancia a los 4 meses.

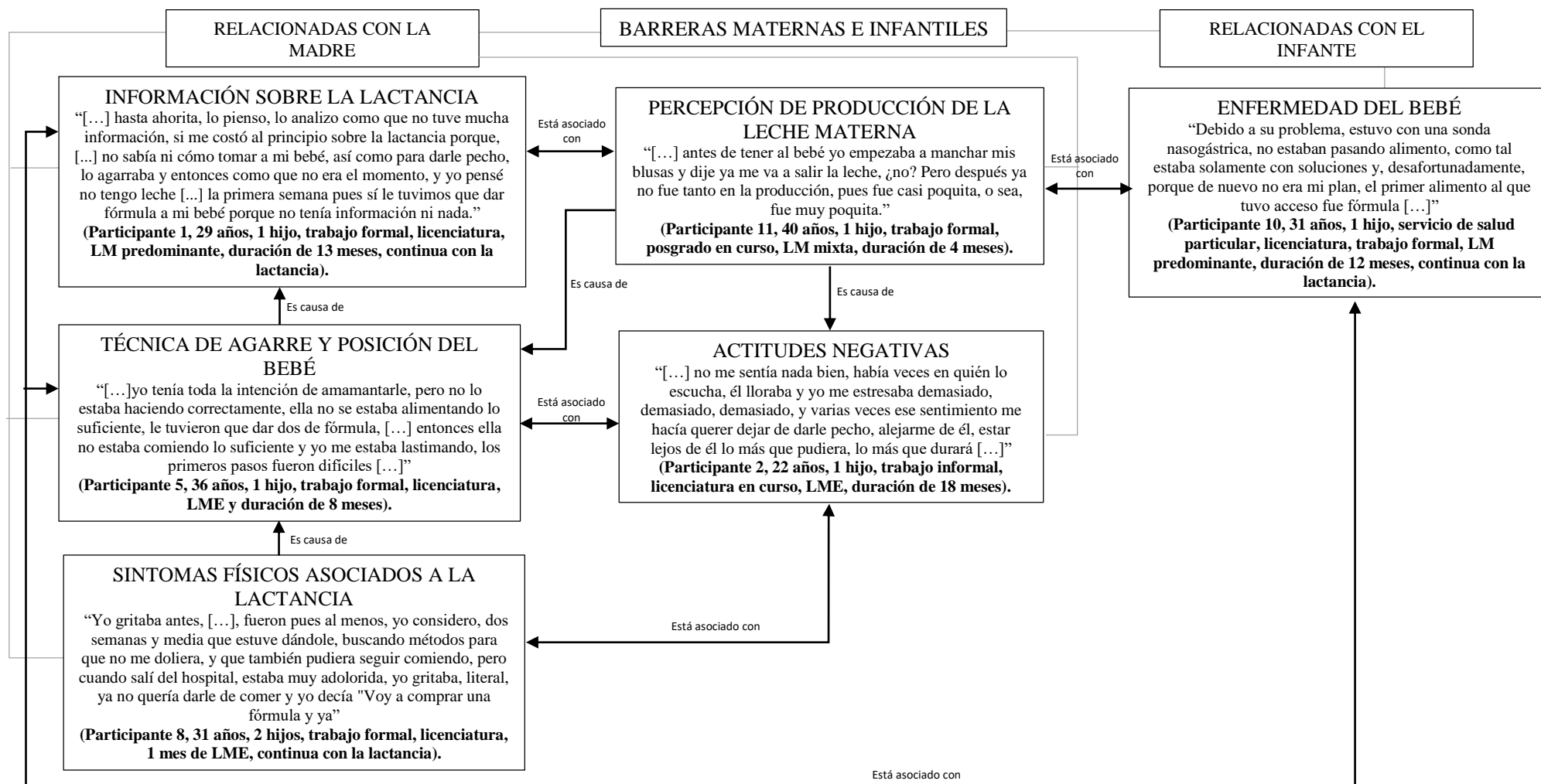
Por otra parte, respecto al infante, la separación a causa de la hospitalización del recién nacido fue señalado como un factor que impedía iniciar y continuar con la LM. Las mujeres que atravesaron esta situación reportaron desconocimiento sobre las maneras de amamantar a sus hijos durante el periodo de separación por enfermedad; además consideraron una disminución en su producción de leche materna por no haber amamantado durante los primeros días, generando dudas sobre sus propias capacidades para alimentar a sus hijos.

Otra circunstancia que generó problemas similares fue la presencia de frenillo corto en el bebé; una de las participantes señaló que durante las primeras semanas después del parto, el lactante mostraba dificultad para obtener un buen agarre del pezón, haciendo creer a la misma que la técnica que empleaba era la incorrecta, decidiendo acudir con un profesional que le enseñara como amamantar a su hijo, gracias a ello el menor fue diagnosticado y obtuvo el tratamiento pertinente para su situación, solucionando las dificultades al amamantar.

En otro caso, posterior a los primeros seis meses, la enfermedad del lactante, por la COVID-19, dio paso al uso de fórmula láctea para una de las mujeres de la muestra, puesto que percibió aceptación de este alimento por parte de su hijo y al haberlo amamantado exclusivamente durante los primeros seis meses, no consideró que los sucedáneos afectaran la salud de su bebé, facilitando usar lactancia mixta durante la alimentación complementaria.

Figura 2

Barreras maternas e infantiles en la lactancia materna



Nota: Representación esquemática de la categoría *Barreras maternas e infantiles*, junto a sus respectivos códigos emergentes. Se muestran fragmentos del discurso con el objetivo de ejemplificar los temas señalados. Elaboración propia.

Barreras externas

Dentro de la segunda categoría (Figura 3) se describen las interacciones de la madre con servicios de salud, centros de trabajo y aspectos del país sobre la LM, que determinaron un desafío para la LM.

Las participantes señalaron que, antes de tener a su hijo, consideraban los servicios de salud como espacios confiables para la LM. La mayoría indicaron haber sido usuarias del servicio de salud privado al opinar que en este recibirían una mejor atención médica; no obstante, una práctica común reportada por las participantes en este tipo de servicios fue la prescripción injustificada de fórmula láctea como primer alimento del recién nacido sin consentimiento previo de la madre y, en algunos casos, contradiciendo la voluntad de amamantar que las mujeres manifestaron antes del parto.

Otra práctica que dificultó la LM fue la falta de asesoría del personal médico y de enfermería. Las mujeres que mencionaron esta barrera, en su mayoría primíparas, señalaron haber percibido una actitud hostil y/o desinteresada por parte del personal de salud en el momento de su atención, dificultando que ellas tuvieran confianza de pedirles ayuda para modificar la técnica de agarre o solucionar sus dudas sobre el cuidado de su bebé.

Además, diferentes participantes describieron situaciones de violencia obstétrica durante la atención de su embarazo, parto y asesorías con la LM, las cuales se presentaron independientemente del tipo de servicio. Las mujeres que lo experimentaron mencionaron haber recibido comentarios agresivos y humillantes que cuestionaban su capacidad para ser madre, así como ser ignoradas antes y durante el parto, generando complicaciones con el mismo, como lo señaló la participante 9:

"[...]cuando estaba a punto de nacer mi bebé, no me querían ayudar a que me pasaran a otra sala porque me dicen que "Te tienes que cambiar de camilla para que te llevemos al quirófano", pero ni los camilleros, ni nadie me quería ayudar y mi bebé ya estaba prácticamente con la cabecita fuera [...] cuando me hicieron la

episiotomía y después les dio indicación a otras personas, que me parece que eran enfermeras, les dijo que me cosieran, y entonces ellas le respondieron que no de una manera burlona y le dijeron "Al fin que ahorita ya ni le duele" [...] también ya cuando estaba en el cuarto y tenía a mi bebé a un lado, en una cuna y como estábamos en las camas que estaban hasta el fondo, pues casi no nos iban a ver[...] por todos los demás lugares pasaban pero por ahí no, tuve como muy poquita atención, no dejaron pasar a familiares hasta que ya salí [...] fueron varias cosas de pequeñas negligencias o actitudes que tuvo el personal del hospital hacia mí. (Participante 9, 35 años, 2 hijos, servicio de salud público, trabajo informal, preparatoria, LME, duración de 18 meses).

Así como ser agredidas con gritos, burlas o comentarios irónicos durante el asesoramiento de LM, generando que las participantes optaran por no pedir apoyo del personal médico nuevamente. Un ejemplo de ello es lo reportado por la participante 2:

"[...] y me decía la enfermera "Le está dando de comer, ¿verdad?", y yo "Sí" dije, "Estoy bien intentándolo, pero pues no puedo", y ya me dijo "Es que ya vomito la leche, no le está dando de comer bien", y yo pues "Ayúdame, ¿no? ¿cómo lo hago?", y me bajó el camión, y me apretó mi pezón, y me dijo "Tienes que hacerle así", sí pero como de una manera muy grosera, y pues yo me puse a llorar, y dije "¿Que está pasando?", y ya, este, pues lo intentaba y me lastimé [...]" (Participante 2, 22 años, 1 hijo, servicio de salud particular, trabajo informal, licenciatura en curso, LME, duración de 18 meses).

Por otro lado, la influencia de la cultura estuvo presente mediante los mitos de lactancia, todas las participantes reportaron haber recibido por lo menos un comentario que hacía alusión a un mito, entre los más destacados se encuentran aquellos relacionados con las acciones que debe de realizar la madre para mejorar la calidad de su leche materna durante los primeros seis meses; por ejemplo, consumir grandes cantidades de agua o atole, evitar lapsos prolongados bajo el sol, el uso de vitaminas o la evasión de ciertos alimentos; así como, los mitos asociados a la exclusividad y duración de la LM, ya que algunas participantes indicaron haber sido objeto de críticas acerca de que leche materna no satisface el hambre de sus hijos y que esta pierde sus nutrimentos después de los seis meses. Gran parte de estos mitos eran realizados por familiares como la abuela, madre o suegra de la mujer lactante.

Una de las participantes que dio LM predominante señaló a los mitos como la principal razón del abandono de la exclusividad de la lactancia, en especial aquel que su leche no era suficiente para satisfacer el hambre de su hijo; esta participante contaba con un nivel académico de preparatoria y, a pesar de haber mencionado tener una experiencia previa

positiva y haber asistido a talleres sobre lactancia en los centros de salud, continuo replicando los mitos durante su practica con la lactancia.

En cuanto a la LM en público, algunas de las participantes mencionaron haber tenido experiencias negativas al amamantar en público como actitudes negativas de la gente, acoso callejero, reclamos de sus parejas o comentarios que le exigían cubrirse con un manta o ejercer su lactancia en un espacio privado, provocando que se sintieran inseguras, incomodas, avergonzadas y/o violentadas. Las participantes destacaron que su pareja y/o a su familia, eran quienes con mayor frecuencia censuraban su LM en público.

Referente al centro de trabajo, la mayoría de las mujeres señaló que su lugar de trabajo no contaba con las condiciones necesarias para realizar la LM. En primer lugar, se destacó el pronto reingreso laboral, este comprendido como la reincorporación a las actividades laborales antes de las seis semanas posparto con base en lo estipulado en el artículo 170 de la Ley Federal del Trabajo (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2015); dicha situación fue más recurrente en mujeres con trabajos informales y solteras, ya que manifestaron dificultades para suspender su trabajo al ser su principal fuente de ingresos, así mismo, sus empleadores no les otorgaron permisos por motivo de sus embarazos.

Una de las participantes indicó haber regresado a su empleo después de los seis días posparto, lo cual la obligó a llevar a su recién nacido a su empleo para poder continuar amamantándolo, mientras que otras dos participantes señalaron haber recibido acoso laboral por parte de sus empleadores para regresar antes del primer mes, generando que una se reincorporará a las tres semanas y otra optará por renunciar a su empleo.

Por otra parte, la mayoría de las mujeres reportó que la falta de lactarios y políticas inclusivas para las madres en los trabajos, conlleva a que afrontaran diversas circunstancias que les generaron agotamiento físico y mental, pues fueron obligadas a emprender diversas

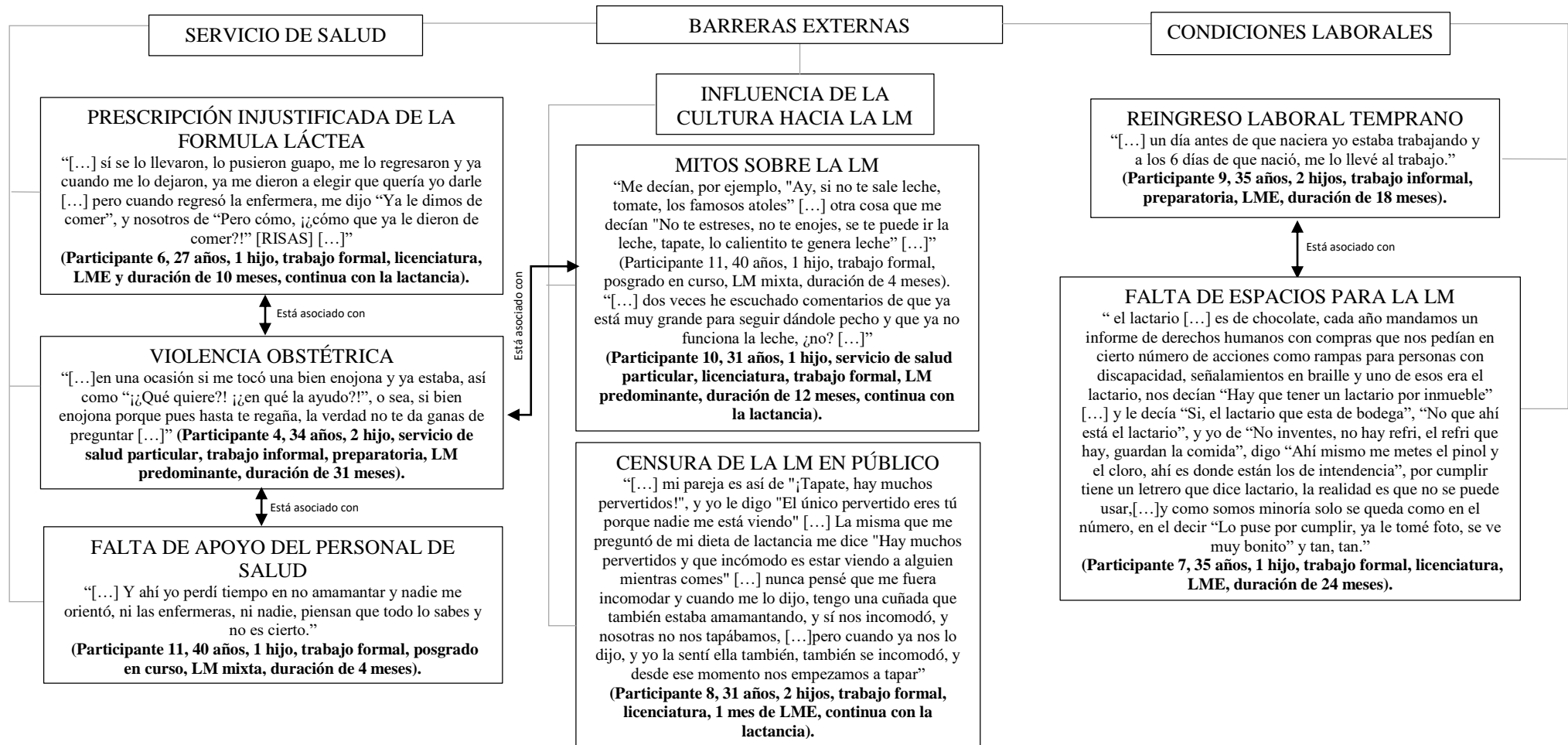
estrategias para continuar con su LM durante sus horarios de comida en el trabajo, así como disminuir sus horas de sueño y descanso en el hogar; además, algunas de ellas reportaron que al no extraerse la leche tuvieron dolor intenso en sus senos y/o llegaron a manchar su ropa con leche materna durante su jornada laboral. A causa de esta barrera, una de las participantes decidió introducir fórmula láctea en la alimentación de su lactante antes de los 6 meses.

Las mujeres con trabajos formales señalaron que esta clase de barreras en el trabajo son el reflejo de la inequidad de género, ya que las necesidades de atención a la salud femenina y las relacionadas con la maternidad, son ignoradas o desvalorizadas. Al respecto una de las participantes manifestó que, en su trabajo, a pesar de ser una dependencia de gobierno, se falsificó evidencia sobre la existencia de un lactario para no recibir multas por incumplimiento de la legislación laboral a pesar de haber trabajadoras que necesitaban de estos espacios para continuar con su lactancia.

En cambio, las trabajadoras informales señalaron que consideraban que el no tener contrato o prestaciones de ley, sus empleadores no tenían la obligación de mejorar las condiciones laborales para hacer espacios amigables con la maternidad y la lactancia.

Figura 3

Barreras externas en la experiencia de lactar



Nota: Representación esquemática de la categoría *Barreras externas*, junto a sus respectivas subcategorías y códigos emergentes. Se muestran fragmentos del discurso con el objetivo de ejemplificar los temas señalados. Elaboración propia.

Facilitadores maternos e infantiles

En esta categoría se exponen los factores maternos e infantiles (Figura 4) que facilitaron el inicio y seguimiento de la LM en este grupo de mujeres.

Todas las participantes reportaron haber decidido antes del parto alimentar a sus hijos con leche materna, esto asociado a la experiencia previa positiva con la lactancia y a la percepción de beneficios. En el primer aspecto, las mujeres con experiencias de lactancias exitosas mencionaron que afrontar con anterioridad barreras relacionadas a la inexperiencia como problemas con la técnica de agarre, malestares físicos y percepción de insuficiencia de leche materna, les ayudo para obtener mayores conocimientos y habilidades para solucionar los problemas con la LM y su maternidad.

En el segundo aspecto, todas las participantes señalaron que las principales razones para amamantar a sus hijos fueron los beneficios que brinda la lactancia para la salud y el vínculo afectivo madre e hijo, las participantes que llevaron a cabo LME identificaron también beneficios económicos como el ahorro de dinero al no comprar sucedáneos de leche materna y biberones para alimentar a su bebé, y ahorro de tiempo y esfuerzo, al ser una práctica en la que solo se necesita a la madre e hijo.

Entre las estrategias de afrontamiento para la lactancia, las más empleadas durante el primer mes de vida del infante fueron la búsqueda de información y el asesoramiento para la corrección de la técnica de agarre y posicionamiento del bebé, siendo las redes sociales como Instagram y Facebook los espacios donde consultaban con mayor regularidad temas de lactancia, al contener recursos didácticos, breves y entretenidos para las mujeres y facilitarles el contacto con asesores de lactancia.

Tras el reingreso laboral, las participantes que practicaron LME y LM predominante indicaron que crearon su propio banco de leche para continuar con su lactancia a libre

demanda durante su jornada laboral, la mayoría de ellas señaló que extraían su leche en casa durante la noche y fines de semana, algunas mencionaron que también lo hacían en el trabajo a pesar de no tener un lactario, teniendo que recurrir al uso de una oficina propia o del empleador para extraerse su leche y usar una hielera para almacenarla.

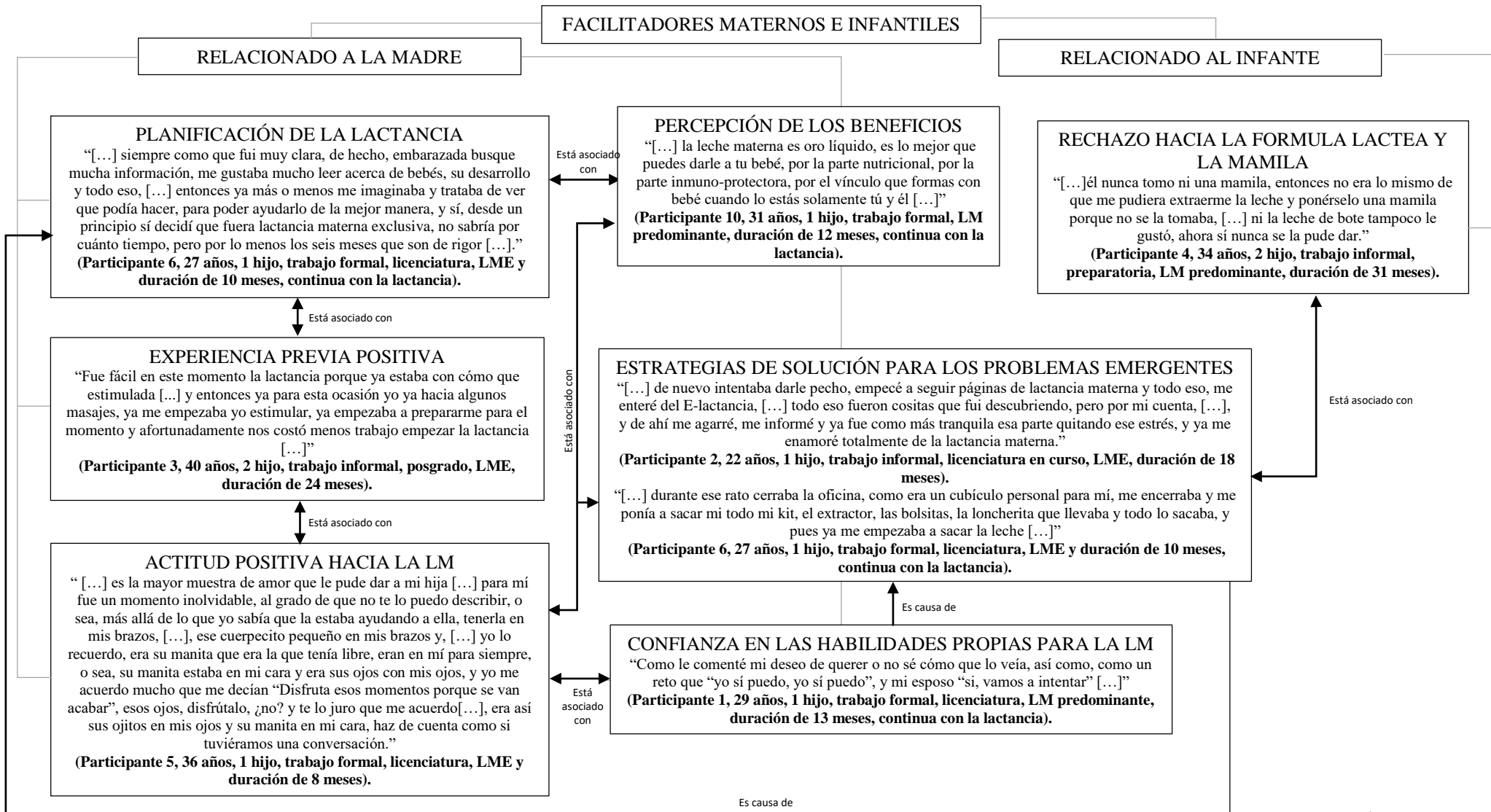
Además, algunas de las mujeres mencionaron haber llevado un proceso psicoterapéutico para el manejo emocional de los problemas relacionados a su maternidad, así como problemas de autoestima o con la pareja que influyeron en su desempeño en los cuidados de su lactante. La búsqueda de apoyo psicológico fue más común en mujeres que tenían trabajos o estudios relacionados con el área de la salud.

Las mujeres que consideraban las dificultades con la lactancia como retos, reportaron percibir mayor confianza en sus habilidades para amamantar y una actitud positiva hacia la LM, especialmente si habían logrado amamantar sin dolor. Las mujeres que lactaron exclusivamente, consideraban que amamantar era una forma de expresar amor y protección a sus bebés, mostrando disposición para ejercer su lactancia sin importar las dificultades.

Otro de los incentivos más reportados para el mantenimiento de la LM fue la preferencia del seno materno y de la leche materna sobre la fórmula láctea y los biberones. La mayoría de las participantes indicaron que su lactante rechazaba otra forma de alimentación durante los primeros seis meses, aunque ellas tuvieran la intención de usar sucedáneos después del reingreso laboral, motivándolas a seguir con su lactancia de forma exclusiva y a libre demanda.

Figura 4

Facilitadores maternos e infantiles en la experiencia de lactar



Nota: Representación esquemática de la categoría *Facilitadores internos*, junto a sus respectivas subcategorías y códigos emergentes. Se muestran fragmentos del discurso con el objetivo de ejemplificar los temas señalados. Elaboración propia.

Facilitadores externos

En esta categoría (Figura 5) se exponen los factores sociales, institucionales y laborales que actuaron a favor de la LM. En cuanto a lo institucional, dos de las participantes que fueron usuarias de servicios de salud públicos destacaron que en los lugares donde atendieron a su embarazo y parto eran hospitales amigos de la madre y el niño, por lo cual promocionaban la LM a través de pláticas, talleres o carteles informativos sobre como amamantar a los lactantes; las madres señalaron que este tipo de acciones les ayudó a mejorar sus habilidades y percibir la LM como la mejor opción para alimentar a su bebé. Asimismo, la mayoría de las mujeres, exceptuando los casos de separación por hospitalización, indicaron que, después del parto, se les permitió no separarse de su hijo durante el tiempo en que permanecieron en el hospital, ayudando a que la madre lo amamantará a libre demanda, no obstante, solo en los hospitales públicos el alojamiento conjunto fue inmediato.

Otra de las acciones importantes que las mujeres señalaron fue el apoyo informativo e instrumental de los médicos y enfermeras para obtener un buen agarre del pezón y posición del bebé; las participantes añadieron que el trato empático del personal las hizo sentir comprendidas, mejorando la comunicación y confianza de la madre para exponer sus dudas sobre los cuidados de su recién nacido.

En esa misma línea, las participantes señalaron que sus principales fuentes de apoyo fueron su familia, pareja, colegas o empleadores y otras mujeres. La ayuda de su familia y pareja consistieron en atender los cuidados del lactante mientras la madre estaba en su trabajo y brindarle apoyo emocional cuando se sentían agotadas por la lactancia, las participantes primíparas señalaron que la figura materna fue la más significativa durante el proceso.

De manera similar, el apoyo de otras mujeres fue reportado como relevante durante las primeras semanas de la lactancia, puesto que las aconsejaban con base en su experiencia

o conocimientos por su profesión para solucionar y prevenir las barreras de la lactancia, especialmente para el reingreso al trabajo, también las participantes mencionaron que al compartir sus experiencias se sintieron acompañadas e identificadas con otras mujeres que atravesaron por lo mismo, esta fuente de apoyo fue común en grupos creados en plataformas digitales, centrados en temas de lactancia y maternidad, así como talleres donde promocionan la LM y lugares donde las madres podían tener contacto con otras mujeres con hijos, como las guarderías, escuelas y el trabajo.

Referente al trabajo, las participantes señalaron que la suspensión de sus labores durante los primeros meses tras el parto, ayudó a dedicarse únicamente a los cuidados y alimentación de su lactante. Las mujeres con trabajos formales mencionaron haber tenido licencias por maternidad hasta tres meses, este tiempo les ayudo planificar su lactancia tras la reincorporación laboral, mientras que, las mujeres con trabajos informales, tuvieron que elegir entre regresar pronto a sus actividades o renunciar. Las participantes que decidieron dejar de trabajar contaban con apoyo de sus esposos quienes solventaron los gastos del hogar.

Después de terminada la licencia de maternidad, algunas de las mujeres reportaron que por motivo de la pandemia por COVID-19 tuvieron que trabajar en casa hasta después de los seis meses de sus hijos, permitiéndoles amamantar a libre demanda. Los trabajos que se realizaron vía remota fueron administrativos y de docencia, las mujeres que lograron un equilibrio entre el trabajo en casa y mantener la LM, indicaron que sus parejas trabajaban en similares condiciones y se repartían equitativamente los cuidados del bebé.

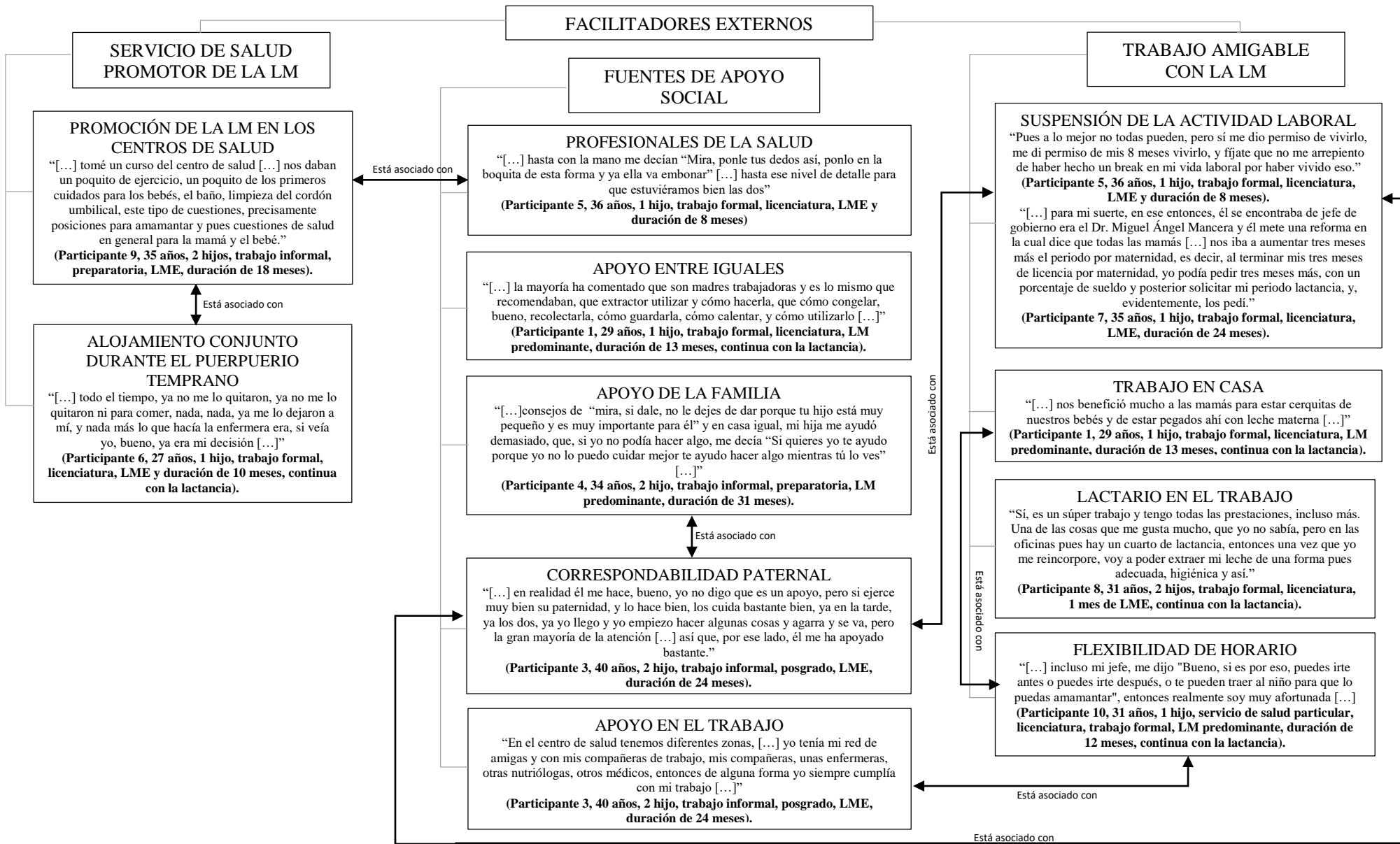
También, las trabajadoras que percibieron apoyo en el trabajo, particularmente de los jefes, coincidieron en que sus empleadores eran empáticos con su situación como madres, permitiéndoles modificar su horario laboral para poder atender a sus hijos sin afectar su trabajo y, en ocasiones, accediendo a que las mujeres terminaran su jornada en modalidad de

teletrabajo. Los permisos otorgados por los jefes fueron más recurrentes en trabajos de medio tiempo.

Finalmente, la presencia del lactario, reportado con mayor regularidad en trabajos formales, ayudó a las mujeres a planificar y mantener su LM con la seguridad de que su leche iba estar segura para añadirla a su banco de leche. Las madres que señalaron tener espacios exclusivos para su lactancia, consideraron que fue a causa de que su trabajo tenía políticas internas empáticas con las necesidades de sus trabajadoras.

Figura 5

Facilitadores externos en la experiencia de lactar de mujeres trabajadoras



Nota: Representación esquemática de la categoría *Facilitadores externos*, junto a sus respectivas subcategorías y códigos emergentes. Se muestran fragmentos del discurso con el objetivo de ejemplificar los temas señalados. Elaboración propia.

Capítulo 6. Discusión y conclusiones

La LM, como una conducta de salud, está sujeta a múltiples circunstancias del contexto sociocultural, laboral y personal de las mujeres que decidieron llevarla a cabo, exigiendo un abordaje integral para su comprensión. El presente estudio constituyó una aproximación a las experiencias de las mujeres trabajadoras sobre la LM, logrando identificar los factores en cada ámbito de su vida que facilitaron u obstruyeron el inicio, exclusividad y mantenimiento de la LM, a través de un Análisis Fenomenológico Interpretativo.

En el transcurso de la investigación se exploraron y describieron las barreras y facilitadores de la LM de 11 mujeres trabajadoras, se conocieron los significados que le otorgaban a esta práctica y las diferencias entre las vivencias de cada una.

Los hallazgos más relevantes señalaron que, a nivel individual, el tener o carecer de información sobre la LM, especialmente durante el inicio de esta práctica, puede intervenir positiva o negativamente en su mantenimiento, pues la información contribuye a que las mujeres adquieran conocimientos que les ayude a reconocer los beneficios y a considerar la lactancia como la mejor forma de alimentar a sus bebés (Cardalda et al., 2012; Ejie et al., 2021; Llorente-Pulido et al., 2021; Mgongo et al., 2019; Thepha et al., 2018), así como a combatir los mitos u otras creencias que dificultan su exclusividad (Bonvecchio Arenas et al., 2016), además apoya a la obtención de habilidades para lograr una buen agarre del pezón, evitando malestares físicos que modifican la actitud de la madre (Ceylan y Çetinkaya, 2020; Heidari et al., 2016), y la creación de un banco de leche en casa o en el trabajo, para seguir con esta práctica.

Por esos motivos, gran parte de las participantes, recurrieron a la búsqueda de información a través de internet (Bridges et al., 2018; Korda y Itani, 2013) o profesionales de la salud (Ejje

et al., 2021; García-Magdaleno y Laureano-Eugenio, 2019) para afrontar las barreras de su lactancia.

Otro aspecto relevante fue la planificación de la lactancia, todas las participantes decidieron amamantar a sus hijos antes de tenerlos, a causa de ello emprendieron diversas acciones para superar las barreras que se les presentaron en el proceso de amamantar y así conservar la exclusividad y mantenimiento de la LM, generando que las mujeres que lograron afrontar con éxito las dificultades tuvieran mayor confianza en sí mismas y sus habilidades para lactar.

Esto coincide con lo reportado por Gómez-García et al. (2020), pues las participantes que percibieron tener control conductual sobre su lactancia mantuvieron su intención de amamantar exclusivamente hasta los seis meses de su hijo.

Asimismo, la mayoría de las participantes del estudio mostraron actitudes positivas y una buena percepción de sus capacidades para la solución de problemas con la LM, concordando con Serrano-Alvarado et al.(2022), quienes reportaron que las actitudes positivas y una alta autoeficacia para amamantar aumenta la probabilidad de lactar exclusivamente, aunque sea en un grupo con una condición social que se ha asociado al abandono precoz de esta práctica.

En cuestión del infante, el factor más destacado fue su estado de salud, ya que la enfermedad del bebé puede conllevar a la separación con su madre, dificultando que esta pueda continuar amamantándolo (Froh y Spatz, 2016). Además, algunas anomalías físicas del infante en la mandíbula o en el paladar, como el frenillo corto, suponen problemas para el agarre del pezón, contribuyendo a que la madre crea que tiene baja producción de leche y pueda tener malestares físicos (Abascal y Romero, 2012).

Referente al aspecto social, la familia y la pareja fueron las fuentes principales de apoyo para las participantes (Bonvecchio Arenas et al., 2016; Ejie et al., 2021; Sámano et al., 2019;

Thepha et al., 2018), al brindarles apoyo emocional e informativo para su lactancia y maternidad, siendo la abuela y el padre del bebé los más involucrados en el proceso, al ser responsables del cuidado del lactante durante la jornada laboral de la madre. No obstante, también fueron los principales actores que transmitían información errónea sobre la LM, los cuales pusieron en riesgo la exclusividad de la LM al promover prácticas y conceptos erróneos sobre amamantar (Bonvecchio Arenas et al., 2016; Ejie et al., 2021; Thepha et al., 2018), además de incentivar que las mujeres no amamantaran en público al mostrar rechazo a causa de la hipersexualización de los senos (Llorente-Pulido et al., 2021), ocasionando que las participantes se cubrieran con una manta, a pesar de sentir incomodidad, o no amamantaran en lugares públicos.

Por otro lado, respecto servicio de salud, se encontraron diferencias entre las mujeres que asistieron a servicios de salud públicos y privados; los resultados indicaron que los servicios públicos, en su mayoría, fueron Hospitales Amigos del Niño y de la Madre, los cuales emprendieron acciones para promocionar y proteger la LM antes y después del parto, ayudando a que las necesidades e inquietudes de las mujeres sobre la práctica fueran resueltas por el personal médico y de enfermería, influyendo positivamente en el mantenimiento de su lactancia (Apanga, 2014; Ejie et al., 2021; García-Magdaleno y Laureano-Eugenio, 2019; Sámano et al., 2019; Samburu et al., 2021; Thepha et al., 2018), en contraste, en el servicio privado se identificó la problemática de prescribir sucedáneos de leche materna de forma injustificada, ocasionando un inicio tardío de la LM.

Cabe destacar que gran parte de las participantes optó por acudir a un servicio privado al considerar que en este se le brindaría una mejor atención materna-infantil, sin embargo, en algunas participantes se presentaron casos de violencia obstétrica independientemente del tipo de salud al que acudieron. La violencia obstétrica no solo obstaculizó la comunicación entre el personal de

salud con las mujeres, sino también complicaron las primeras experiencias de lactancia entre madre y recién nacido, haciendo visible que el trato que recibe la madre en el servicio al que acude.

Ante esto, Bonvecchio Arenas et al. (2016) destacaron que la falta de apoyo a nivel hospitalario y del sistema de salud hacia cualquier tipo de LM coincide con el incumplimiento de las políticas o programas nacionales para la promoción y la protección de la LM, así como la falta de regulación de las prácticas en los hospitales, haciendo evidente la necesidad de fortalecer la evaluación del cumplimiento de las políticas públicas y la implantación de acciones que aseguren el respeto a los derechos de las usuarias en los diferentes servicios de salud.

Con respecto al trabajo, a pesar de que algunas participantes gozaron de apoyos y políticas inclusivas en su empleo que facilitaron continuar con lactancia sin comprometer su actividad laboral, la mayoría de ellas afrontó barreras referidas a la falta de espacios amigables para la LM, motivando a la introducción de fórmula láctea antes de los seis meses.

En este ámbito, se encontraron diferencias entre trabajadoras formales e informales. Las trabajadoras con una condición de informalidad están expuesta a mayores barreras en su trabajo; en primer lugar, el no contar con una licencia de maternidad les exigía tomar una decisión sobre reingresar a su trabajo de manera apresurada o renunciar y perder una fuente de ingreso económico (Llorente-Pulido et al., 2021), además la informalidad laboral les hacía percibir mayor inseguridad en sus trabajos, ya que las hizo vulnerables a acoso laboral o amenazas de despido por faltar al trabajo por motivo del embarazo.

En segundo lugar, en trabajos informales que no tenían acceso a un lactario en sus lugares de trabajo, y, aunque esto también acontecía en trabajos formales, este tipo de trabajo al no estar bajo el marco de regularización de la legislación laboral, el lactario no era una opción a considerar (Chen et al., 2019).

En consonancia con otras investigaciones (Cervera-Gasch et al., 2020; Jiang et al., 2021; Lauer et al., 2019; Navarro-Estrella et al., 2003; Weber et al., 2011), la importancia de un lactario no solo radica en que las mujeres puedan tener un espacio digno y seguro para extraer y almacenar su leche materna, las participantes de estudio mencionaron que el lactario es uno de los principales facilitadores de la LM porque les ayudó a continuar con su plan de alimentar a su hijo exclusivamente con leche materna y contribuyó a que no tuvieran malestares físicos asociados a la no extracción de la leche en un tiempo prolongado; de tal forma que podían estar trabajando fuera de casa sin preocupaciones acerca de la alimentación de su hijo y sin dolor

También, concordando con lo reportado por Basrowi et al. (2018) y Winegar y Johnson (2017), las participantes manifestaron que tener un ambiente laboral amigable con la LM les hacía percibir a su empleo como empático y comprometido con sus empleadas, motivándolas a mantener su trabajo.

Además del lactario, entre los facilitadores laborales más relevantes que señalaron las participantes en su experiencia, fueron la flexibilidad de horario y el teletrabajo. La flexibilidad de horario facilitó que las mujeres que trabajaban fuera de casa pudieran terminar antes su jornada laboral sin afectar su rendimiento, mientras que el teletrabajo, tras la pandemia, fue mencionado como una modalidad cómoda y empática para las mujeres para ejercer su maternidad. Estos hallazgos sugieren que las organizaciones tomen en cuenta otras modalidades de trabajo para poder modificar las condiciones laborales y lograr un equilibrio entre trabajo-familia.

En general las experiencias de las mujeres de esta muestra fueron favorables para la LM, ya que todas llevaron a cabo un tipo de lactancia y, la mayoría amamantaron exclusivamente. Si bien, gran parte de las participantes afrontaron problemas asociados a la primiparidad (Oribe et al., 2015), fueron mujeres con niveles académicos altos que, en coincidencia con otros autores

(Apanga, 2014; Cohen et al., 2018; Llorente-Pulido et al., 2021), su formación académica les permitió tener mayores conocimientos sobre LM y habilidades para afrontar las barreras emergentes, además de ser mujeres casadas o en unión libre, lo cual facilitaba tener el apoyo de la pareja en el cuidado y crianza de los hijos, y tener ingresos económicos más estables (López-Sáleme et al., 2019), dándoles oportunidad de vivir su lactancia y maternidad sin presiones económicas por ser la principal proveedora de su hogar (Sámano et al., 2019).

Cabe señalar que, las mujeres con educación preparatoria tenían empleos informales, sugiriendo que el nivel educativo también permite a las mujeres acceder a tener un empleo formal, con seguridad social y prestaciones de ley como la licencia por maternidad, no obstante, es un hecho que en México, el tener una situación de formalidad laboral no asegura que se cumpla la legislación laboral, ya que las mujeres con este tipo de empleos señalaron estar constantemente enfrentando problemas sobre inequidad de género y machismo en sus trabajos.

En general, el estudio evidencio aspectos individuales como la intención, las actitudes positivas y la autoeficacia son elementos esenciales para que las mujeres emprendan acciones para afrontar con éxito las barreras proximales o distales de la LM, además de destacar temas relevantes para mejorar las condiciones laborales e institucionales, para asegurar el cumplimiento de sus derechos laborales y de salud.

Fortalezas y limitaciones

Las fortalezas principales del estudio radican en el método cualitativo implementado. El análisis fenomenológico permitió la reconstrucción de la experiencia de las mujeres con la LM, con el propósito de explorar, describir y comprender sus vivencias cotidianas, permitiendo identificar elementos en común en cada momento del proceso y ámbito personal, social o laboral que apoyaron u obstaculizaron su lactancia.

Otra fortaleza de la investigación radica en que las mujeres pudieron señalar elementos específicos de los centros de trabajo y la atención materno-infantil en los hospitales, visibilizando la necesidad de mejorar la regulación del cumplimiento de las políticas de protección a la LM.

A pesar de los hallazgos reportados, es necesario indicar que una de las principales limitaciones del estudio es la variabilidad entre la edad del último hijo, ya que algunas de las participantes continúan con la LM, mientras que otras la finalizaron hace más de 3 años con respecto al momento de la entrevista, siendo un problema por el sesgo de recordatorio de las mujeres que tienen más tiempo de haber concluido esa etapa de sus vidas.

El sesgo de memoria se caracteriza por la existencia de posibilidad de olvido en lo reportado por los participantes, tiene mayor recurrencia en estudios de carácter retrospectivo, los cuales exigen de la memoria de los participantes para informar sobre el fenómeno, aumentando la probabilidad de falsos recuerdos u omisión de datos relevantes cuando el fenómeno ha acontecido en un lapso considerable de tiempo (Manterola y Otzen, 2015). Por lo tanto, se recomienda en futuras investigaciones tener una muestra con una experiencia reciente con la LM.

Otra limitación es que las entrevistas se hicieron a través de una plataforma digital, haciendo este medio propenso a fallos técnicos de audio y sonido, obstruyendo la fluidez en la conversación, ya sea por el investigador o el participante, de tal forma que es importante asegurar previamente, tanto por el investigador como por el participante, tener el equipo adecuado para evitar las interrupciones o, en su defecto, realizar la entrevista de manera presencial.

Asimismo, estuvo presente el sesgo de selección al no incluir a mujeres de todas las edades y, por la forma en que se seleccionó la muestra, no se accedió a las experiencias de mujeres que no pudieron amamantar a sus hijos.

Conclusiones

La LM como conducta de salud requiere una visión integral para su comprensión; la experiencia con la LM implica comprender los retos que enfrenta la madre para darle leche materna a su hijo, en especial si es perteneciente a un grupo que es susceptible al abandono precoz de esta forma de alimentación infantil.

Los resultados de la investigación señalan que las barreras y facilitadores de la LM en mujeres trabajadoras acontecen en diferentes ámbitos: individual, sociocultural, institucional y laboral. Esto permite vislumbrar las necesidades de las mujeres durante el proceso de lactar en cada área de su vida, posibilitando la creación de propuestas e intervenciones multidisciplinarias más empáticas y solidarias, con el fin de aumentar la probabilidad de éxito en la exclusividad y prolongación de la LM, así como que la experiencia con la lactancia sea placentera y beneficiosa para la madre e hijo.

Con relación a ello, se presentan algunas propuestas para la disminución de barreras en la LM rescatadas desde la experiencia de las mujeres trabajadoras:

- Implementación de intervenciones educativas que favorezcan el desarrollo de habilidades para la LM como la técnica de agarre adecuada, el uso del banco de leche y el manejo de contingencias.
- Las plataformas digitales, al ser medios masivos y de mayor acceso para la población, lo vuelve un espacio ideal para la creación y difusión de contenido.
- Poner en marcha la capacitación constante del personal de la salud en temas relacionados a la LM, desde el pregrado hasta en su labor en el hospital.
- Diseño de políticas que aborden factores de riesgo psicosocial en el trabajo y mayor regulación para el cumplimiento de las normas de la legislación laboral a favor de

la LM. Además de generar campañas que informen a las mujeres que, independientemente de su tipo de trabajo, están protegidas por la Ley Federal del Trabajo.

- Proporcionar mayor facilidad al acceso a diferentes servicios y apoyos sociales que faciliten que la madre continúe sus actividades laborales, mientras su hijo es cuidado por instituciones o personas capacitadas en pro de la LM y un desarrollo saludable para el lactante.
- Creación de campañas de sensibilización en diferentes espacios para que individuos ajenos a la LM conozca su relevancia y la normalicen en lugares públicos.
- Mejorar la regulación de las acciones ejecutadas en hospitales, centros de trabajo y otros espacios que pongan en riesgo la LM, así como la integridad y bienestar de la madre e hijo.

Finalmente, se recomienda para futuras líneas de investigación indagar en mujeres con diferentes características a las ya presentadas en este estudio, así como la realización de estudios comparativos entre las experiencias de las mujeres, ya sea bajo este mismo paradigma cualitativo o desde una perspectiva cuantitativa o mixta.

Referencias

- Abascal, V., y Romero, C. (2012). Hipogalactia: causas y orientación de manejo. *Medicina general y de familia*, 1(3), 143–147.
- Apanga, A. A. (2014). A review on facilitators and barriers to exclusive breastfeeding in West Africa. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*, 4(24), 9–15.
- Babic, A., Sasamoto, N., Rosner, B. A., Tworoger, S. S., Jordan, S. J., Risch, H. A., Harris, H. R., Rossing, M. A., Doherty, J. A., Fortner, R. T., Chang-Claude, J., Goodman, M. T., Thompson, P. J., Moysich, K. B., Ness, R. B., Kjaer, S. K., Jensen, A., Schildkraut, J. M., Titus, L. J., ... Terry, K. L. (2020). Association between Breastfeeding and Ovarian Cancer Risk. *JAMA Oncology*, 6(6), 1–8. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2020.0421>
- Basrowi, R. W., Sastroasmoro, S., Sulistomo, A. W., Bardosono, S., Hendarto, A., Soemarko, D. S., Sungkar, A., Khoe, L. C., y Vandenplas, Y. (2018). Challenges and supports of breastfeeding at workplace in Indonesia. *Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*, 21(4), 248–256. <https://doi.org/10.5223/pghn.2018.21.4.248>
- Bautista, N. P. (2011). *Proceso de investigación cualitativa*. Manual Moderno.
- Bonvecchio Arenas, A., Florence, T. R., González, W., Lozada Tequeanes, A. L., Alvarado Casas, R., y Blanco García, I. (2016). Barreras de la lactancia materna en México. En T. González de Cosío y S. Hernández (Eds.), *Lactancia materna en México* (Primera ed, pp. 77–82). Intersistemas. <https://doi.org/10.21149/8800>
- Bookhart, L. H., Joyner, A. B., Lee, K., Worrell, N., Jamieson, D. J., y Young, M. F. (2021). Moving Beyond Breastfeeding Initiation: A Qualitative Study Unpacking Factors That Influence Infant Feeding at Hospital Discharge Among Urban, Socioeconomically Disadvantaged Women. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 121(9), 1704–

1720. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2021.02.005>

Brahm, P., y Valdés, V. (2017). Benefits of breastfeeding and risks associated with not breastfeeding. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(1), 15–21.

Bridges, N., Howell, G., y Schmied, V. (2018). Exploring breastfeeding support on social media. *International Breastfeeding Journal*, 13(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0166-9>

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2014). Reglamento De La Ley General De Salud En Materia De Publicidad. En *Diario Oficial de la Federación*.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2015). *Ley Federal Del Trabajo*. Diario Oficial de la Federación. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/156203/1044_Ley_Federal_del_Trabajo.pdf

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2021a). Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos. En *Diario oficial de la Federación*. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2021b). *Ley General de Salud*. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf

Campos Martins Machado, M., Franklin Assis, K., de Cássia Carvalho Oliveira, F., Queiroz Ribeiro, A., Amaral Araújo, R. M., Faisal Cury, A., Priore, S. E., y do Carmo Castro Franceschini, S. (2014). Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment: Psychosocial factors. *Revista de Saude Publica*, 48(6), 985–994. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005340>

Cardalda, E., Martínez, J., Alcalá, A., Talavera, J., Hernández, S., Dávila, M., y Gomila, R. (2012). Factores facilitadores y dificultades para una lactancia exitosa en diferentes grupos

ocupacionales de madres puertorriqueñas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23(1), 91–108.

Cervera-Gasch, Á., Mena-Tudela, D., Leon-Larios, F., Felip-Galvan, N., Rochdi-Lahniche, S., Andreu-Pejó, L., y González-Chordá, V. M. (2020). Female employees' perception of breastfeeding support in the workplace, public universities in Spain: A multicentric comparative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176402>

Ceylan, S. S., y Çetinkaya, B. (2020). Views of Maternity Nurses Relating to Barriers in Early Initiation of Breastfeeding: A Qualitative Study. *The Journal of Pediatric Research*, 7(3), 199–206. <https://doi.org/10.4274/jpr.galenos.2019.72692>

Chen, J., Xin, T., Gaoshan, J., Li, Q., Zou, K., Tan, S., Cheng, Y., Liu, Y., Chen, J., Wang, H., Mu, Y., Jiang, L., y Tang, K. (2019). The association between work related factors and breastfeeding practices among Chinese working mothers: A mixed-method approach. *International Breastfeeding Journal*, 14(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0223-z>

Clark, S. G. J., y Bungum, T. J. (2003). The benefits of breastfeeding: An introduction for Health educators. *Nutrition in clinical care : an official publication of Tufts University*, 6(3), 125–131. <https://doi.org/10.32398/cjhp.v1i3.527>

Cohen, S. S., Alexander, D. D., Krebs, N. F., Young, B. E., Cabana, M. D., Erdmann, P., Hays, N. P., Bezold, C. P., Levin-Sparenberg, E., Turini, M., y Saavedra, J. M. (2018). Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Continuation: A Meta-Analysis. *Journal of Pediatrics*, 203, 190–196. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.08.008>

Colchero, M. A., Contreras-Loya, D., Lopez-Gatell, H., y De Cosío, T. G. (2015). The costs of

- inadequate breastfeeding of infants in Mexico. *American Journal of Clinical Nutrition*, 101(3), 579–586. <https://doi.org/10.3945/ajcn.114.092775>
- Cordero, M. J. A., Sánchez Lòpez, A. M., Madrid Baños, N., Mur Villar, N., Expòsito Ruiz, M., y Hermoso Rodrìguez, E. (2015). Lactancia materna como prevenci3n del sobrepeso y la obesidad en el ni1o y el adolescente; revisi3n sistemática. *Nutrici3n Hospitalaria*, 31(2), 606–620. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.2.8458>
- Del Ciampo, L. A., y Del Ciampo, I. R. L. (2018). Breastfeeding and the benefits of lactation for women’s health. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 40(6), 354–359. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1657766>
- Doan, T., Gardiner, A., Gay, C. L., y Lee, K. A. (2007). Breast-feeding increases sleep duration of new parents. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 21(3), 200–206. <https://doi.org/10.1097/01.JPN.0000285809.36398.1b>
- Duque, H., y DÍaz- Granados, E. (2019). Análisis fenomenol3gico interpretativo. Una guiá metodol3gica para su uso en la investigaci3n cualitativo en psicología. *Pensando Psicología*, 15(25), 1–24. <https://lens.org/059-652-480-463-869%0Ahttps://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/download/2956/2771%0Ahttp://198.46.134.239/index.php/pe/article/download/2956/2771%0Ahttps://core.ac.uk/download/pdf/270179892.pdf>
- Ejie, I. L., Eleje, G. U., Chibuzor, M. T., Anetoh, M. U., Nduka, I. J., Umeh, I. B., Ogbonna, B. O., y Ekwunife, O. I. (2021). A systematic review of qualitative research on barriers and facilitators to exclusive breastfeeding practice in sub-Saharan African countries. *International Breastfeeding Journal*, 16(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00380-6>

- Ferrer L. (2015). Lactancia materna: Ventajas, técnica y problemas. *Pediatría Integral*, 19(4), 1–9. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-05/lactancia-materna-ventajas-tecnica-y-problemas/>
- Froh, E. B., y Spatz, D. L. (2016). Navigating Return to Work and Breastfeeding in a Hospital with a Comprehensive Employee Lactation Program. *Journal of Human Lactation*, 32(4), 689–694. <https://doi.org/10.1177/0890334416663475>
- Garay Romero, A. D., Pinzón-Espitia, O. L., y Murcia, L. (2021). Estado nutricional de la madre lactante y la cantidad de leche producida en una población que asiste a una sala amiga de la lactancia en Bogotá, Colombia Nutritional. *Nutricion Clinica y Dietetica Hospitalaria*, 41(1), 21–30. <https://doi.org/10.12873/411garay>
- García-López, R. (2011). Composición e inmunología de la leche humana. *Acta Pediátrica de México*, 32(4), 223–230. www.nietoeditore.com.mx
- García-Magdaleno, V. G., y Laureano-Eugenio, J. (2019). Representaciones sociales frente a la lactancia materna en mujeres rurales y urbanas de Jalisco, México: Estudio cualitativo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 70(2), 83–93. <https://doi.org/10.18597/rcog.3303>
- Gila-Díaz, A., Carrillo, G. H., López de Pablo, Á. L., Arribas, S. M., y Ramiro-Cortijo, D. (2020). Association between maternal postpartum depression, stress, optimism, and breastfeeding pattern in the first six months. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197153>
- Gill, S. L. (2020). Qualitative Sampling Methods. *Journal of Human Lactation*, 00(0), 1–3. <https://doi.org/10.1177/0890334420949218>
- Giraldo Montoya, D. I., López Herrera, F. E., Quirós Jaramillo, A. M., Agudelo Gómez, A., Sierra

- Cano, S. M., y Agudelo Restrepo, D. (2020). Causas de abandono de la lactancia materna y factores de éxito para la relactación. *Aquichan*, 20(3), 1–10. <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.3.6>
- Gómez-García, J. A., Rojas-Russell, M. E., Serrano-Alvarado, K., Juárez-Castelán, M., Huerta-Ibáñez, A., y Ramírez-Aguilar, M. (2020). Intención de lactar exclusivamente con leche materna: un estudio basado en la teoría de la conducta planeada. *Clinica y Salud*, 31(1), 13–20. <https://doi.org/https://doi.org/10.5093/clysa2019a20>
- González García, I., Hoyos Mesa, A. J., Torres Cancino, I. I., González García, I., Romeo Almanza, D., y de León Fernández, M. C. (2015). Abandono de la lactancia materna exclusiva, causas y consecuencias. Policlínico José L. Dubrocq. Año 2015. *Rev. Médica Electrón*, 39(5). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1684-18242017000500005yln=esytln=es.
- González, T., Hernández, S., Rivera, J., y Hernández, M. (2017). Recomendaciones para una Política Nacional de Promoción de la Lactancia Materna en México: postura de la Academia Nacional de Medicina. *Salud Pública de México*, 59(1), 106. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0036-36342017000100106ylang=pt
- Harreiter, J., Vila, G., Leitner, K., Wattar, L., Leutner, M., Worda, C., Bancher-Todesca, D., y Kautzky-Willer, A. (2019). Decreased beta-cell function in breastfeeding obese and non-obese women: A prospective observational study. *Clinical Nutrition*, 38, 2790–2798.
- Heidari, Z., Keshvari, M., y Kohan, S. (2016). Breastfeeding promotion, challenges and barriers: A qualitative research. *International Journal of Pediatrics*, 4(5), 1687–1695. <https://doi.org/10.22038/ijp.2016.6733>

- Hernández Aguilar, M. T., y Aguayo Maldonado, J. (2005). La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *Anales de Pediatría*, 63(4), 340–356. <https://doi.org/10.1157/13079817>
- IMSS, y UNICEF. (2016). *Guía Práctica Lactancia materna en el lugar de trabajo para Empresas e Instituciones Medianas y Grandes*. http://www.cobaev.edu.mx/unidaddegenero/descargas/guia_lactancia_materna.pdf
- INEGI. (2021). *Resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/enoe_ie/enoe_ie2021_05.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados Nacionales*. Secretaria de Salud. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/informes.php>
- Jiang, Q., Hatton-bowers, H., Tippens, J. A., y Kohel, K. (2021). The Determinants of Breastfeeding Initiation and Continuation Among Working Women in the Midwest U. S. *Journal of Human Sciences and Extension*, 9(3), 52–67.
- Johnson, A. M., Kirk, R., y Muzik, M. (2015). Overcoming workplace barriers: A focus group study exploring African American mothers' needs for workplace breastfeeding support. *Journal of Human Lactation*, 31(3), 425–433. <https://doi.org/10.1177/0890334415573001>
- Korda, H., y Itani, Z. (2013). Harnessing Social Media for Health Promotion and Behavior Change. *Health Promotion Practice*, 14(1), 15–23. <https://doi.org/10.1177/1524839911405850>
- Korstjens, I., y Moser, A. (2017). Series: Practical guidance to qualitative research. part 2: Context, research questions and designs. *European Journal of General Practice*, 23(1), 274–279. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375090>

- Krol, K. M., y Grossmann, T. (2018). Psychological effects of breastfeeding on children and mothers. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 61(8), 977–985. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2769-0>
- Krol, K. M., Rajhans, P., Missana, M., y Grossmann, T. (2015). Duration of exclusive breastfeeding is associated with differences in infants' brain responses to emotional body expressions. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8, 1–11. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00459>
- Lamberti, L. M., Zakarija-Grković, I., Fischer Walker, C. L., Theodoratou, E., Nair, H., Campbell, H., y Black, R. E. (2013). Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: A systematic literature review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 13(3), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-S3-S18>
- Lara-Cinisomo, S., McKenney, K., Di Florio, A., y Meltzer-Brody, S. (2017). Associations between Postpartum Depression, Breastfeeding, and Oxytocin Levels in Latina Mothers. *Breastfeeding Medicine*, 12(7), 436–442. <https://doi.org/10.1089/bfm.2016.0213>
- Lauer, E. A., Armenti, K., Henning, M., y Sirois, L. (2019). Identifying barriers and supports to breastfeeding in the workplace experienced by mothers in the New Hampshire special supplemental nutrition program for women, infants, and children utilizing the total worker health framework. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(4), 8–10. <https://doi.org/10.3390/ijerph16040529>
- Lechner, B. E., y Vohr, B. R. (2017). Neurodevelopmental Outcomes of Preterm Infants Fed Human Milk: A Systematic Review. *Clinics in Perinatology*, 44(1), 69–83. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2016.11.004>
- Lisboa, P. C., Miranda, R. A., Souza, L. L., y Moura, E. G. (2021). Can breastfeeding affect the

rest of our life? *Neuropharmacology*, 200.
<https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2021.108821>

Llorente-Pulido, S., Custodio, E., López-Giménez, M. R., Sanz-Barbero, B., y Otero-García, L. (2021). Barriers and facilitators for exclusive breastfeeding in women's biopsychosocial spheres according to primary care midwives in tenerife (Canary islands, Spain). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7).
<https://doi.org/10.3390/ijerph18073819>

López-Sáleme, R., Covilla-Pedrozo, M. K., Morelo-Castro, N. I., y Morelos-Gaviria, L. P. (2019). Factores culturales y sociales asociados a la lactancia materna exclusiva en San Basilio de Palenque. *Duazary*, 16(2), 293–306. <https://doi.org/10.21676/2389783X.2961>

Lozano de la Torre, M. J. (2010). Lactancia Materna. En *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP* (Segunda ed, pp. 279–286). Asociación Española de Pediatría.

Mahon, J., Claxton, L., y Wood, H. (2016). Modelling the cost-effectiveness of human milk and breastfeeding in preterm infants in the United Kingdom. *Health Economics Review*, 6(1).
<https://doi.org/10.1186/s13561-016-0136-0>

Manterola, C., y Otzen, T. (2015). Los sesgos en investigación clínica. *International Journal of Morphology*, 33(3), 1156–1164. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022015000300056>

Martínez Rubio, A. (2004). Ventajas de la lactancia materna para la madre. En Comité de Lactancia Materna de la AEP (Ed.), *Lactancia Materna: guía para profesionales* (pp. 119–124). Ergon.

Merjonen, P., Jokela, M., Pulkki-Råback, L., Hintsanen, M., Raitakari, O. T., Viikari, J., y Keltikangas-Järvinen, L. (2011). Breastfeeding and offspring hostility in adulthood.

- Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 371–373. <https://doi.org/10.1159/000324748>
- Mgongo, M., Hussein, T. H., Stray-Pedersen, B., Vangen, S., Msuya, S. E., y Wandel, M. (2019). Facilitators and Barriers to Breastfeeding and Exclusive Breastfeeding in Kilimanjaro Region, Tanzania: A Qualitative Study. *International Journal of Pediatrics (United Kingdom)*, 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/8651010>
- Navarro-Estrella, M., Duque-López, M., y Trejo Pérez, J. A. (2003). Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. *Salud Publica de Mexico*, 45(4), 276–284. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000400006
- OMS. (1981). *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*. <https://doi.org/10.1159/000155433>
- OMS. (1989). *Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41246/9243561308_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OMS. (2003). *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. <https://doi.org/10.1157/13043548>
- OMS. (2009). *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: Parte I definiciones*. <https://www.slan.org.ve/libros/Lactancia-OMS.pdf>
- OMS. (2012). 65a. *Asamblea Mundial de la Salud*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65-REC1/A65_REC1-sp.pdf
- OMS. (2014). *Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño*. https://apps.who.int/nutrition/publications/CIP_document/es/index.html
- OMS. (2017). *Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre lactancia materna*.

<https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.7>

OMS. (2021). *Alimentación del lactante y del niño pequeño*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

OMS, y UNICEF. (1990). *Declaración de Innocenti*. https://www.aeped.es/sites/default/files/1-declaracion_innocenti_1990.pdf

OPS, OMS, y UNICEF. (2009). *La Iniciativa Hospital Amigo del Niño: Revisada, Actualizada y Ampliada para la Atención Integral*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=952&Itemid=270&lang=es

Oribe, M., Lertxundi, A., Basterrechea, M., Begiristain, H., Santa Marina, L., Villar, M., Dorronsoro, M., Amiano, P., y Ibarluzea, J. (2015). Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 4–9. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.08.002>

Ortega-Ibarra, I., Ortega-Ibarra, E., Martínez-Landa, R., y Ruiz-Santiago, R. (2020). Lactancia Materna: Beneficios, tipos de leche y composición. *Entorno UDLAP*, 10, 4–15. <https://entorno.udlap.mx/lactancia-materna-beneficios-tipos-de-leche-y-composicion/>

Patnode, C. D., Henninger, M. L., Senger, C. A., Perdue, L. A., y Whitlock, E. P. (2016). Primary care interventions to support breastfeeding: Updated evidence report and systematic review for the US preventive services task force. *Journal of the American Medical Association*, 316(16), 1694–1705. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.8882>

Pérez, R. (2016). Políticas públicas entorno a la lactancia en México: Modelo de engranaje para un sistema exitoso de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. En T. González de Cosío y S. Hernández (Eds.), *Lactancia materna en México* (Primera ed, pp. 107–148).

Intersistemas.

- Prieto Rodríguez, M. A., y March Cerdá, J. C. (2002). Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Atencion primaria*, 29(6), 366–373. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)70585-4](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)70585-4)
- Ramiro González, M. D., Ortiz Marrón, H., Arana Cañedo-Argüelles, C., Esparza Olcina, M. J., Cortés Rico, O., Terol Claramonte, M., y Ordobás Gavín, M. (2018). Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *Anales de Pediatría*, 89(1), 32–43. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.09.002>
- Reyes-Vázquez, H., y Espejel-Huerta, D. (2021). Lactancia materna y su impacto en el medio ambiente. *Boletín clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 38(1), 22–27.
- Rius, J. M., Ortuño, J., Rivas, C., Maravall, M., Calzado, M. A., López, A., Aguar, M., y Vento, M. (2014). Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. *Anales de Pediatría*, 80(1), 6–15. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.05.011>
- Rojas-Robles, R. (2015). *Composición de la leche materna*. http://www.yakult.mx/uploads_yakult/pdf/Composición de la leche materna_313.pdf
- Rosada Navarro, Y., Delgado Medina, W., Meireles Ochoa, M. Y., Figueredo González, L. I., y Barrios García, A. (2019). Factores de riesgo que influyen en el abandono de la Lactancia Materna. *Multimed*, 23(6), 1278–1293. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextypid=S1028-48182019000601278
- Sabillón, F., y Abdu, B. (1997). Composición de la Leche Materna. *HONDURAS PEDIÁTRICA*, 18(4), 120–124.

- Salone, L. R., Vann, W. F., y Dee, D. L. (2013). Breastfeeding: An overview of oral and general health benefits. *Journal of the American Dental Association*, 144(2), 143–151. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2013.0093>
- Sámamo, R., Chico Barba, G., Armenteros Martínez, T., Escamilla Fonseca, N., Piélago Álvarez, C., Aguilar Álvarez, J., Méndez Celayo, S., Cortés-Rúa, L., Díaz-Grávalos, G. J., Bonvecchio Arenas, A., Florence, T. R., González, W., Lozada Tequeanes, A. L., Alvarado Casas, R., Blanco García, I., García-Magdaleno, V. G., y Laureano-Eugenio, J. (2019). Barreras y facilitadores para la práctica de la lactancia materna exclusiva en un grupo de madres de la Ciudad de México. *Lactancia materna en México*, 68(4), 346–347. <https://doi.org/10.21149/8800>
- Samburu, B. M., Kimiywe, J., Young, S. L., Wekesah, F. M., Wanjohi, M. N., Muriuki, P., Madise, N. J., Griffiths, P. L., y Kimani-Murage, E. W. (2021). Realities and challenges of breastfeeding policy in the context of HIV: a qualitative study on community perspectives on facilitators and barriers related to breastfeeding among HIV positive mothers in Baringo County, Kenya. *International Breastfeeding Journal*, 16(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00385-1>
- Sánchez Pérez, A., Velázquez Lerma, R., Díaz Vargas, P., y Molina Nava, M. del C. D. (2019). Práctica de la lactancia materna en México. Análisis con datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014. *Revista Internacional de Estadística y Geografía*, 10(1), 4–17.
- Secretaría de Salud. (2016). *Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018*. http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/ENLM_2014-2018.pdf
- Secretaría de Salud, IMSS, UNICEF, y Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2018). Fomento

de una cultura de lactancia materna en centros de trabajo: Instalación y funcionamiento de salas de lactancia. En *Fomento de una cultura de lactancia materna en los centros de trabajo*.

<https://www.unicef.org/mexico/media/1911/file/Guia de Lactancia 2018.pdf>

Serrano-Alvarado, K., Castro-Porras, L. V., Astudillo-García, C. I., y Rojas-Russell, M. E. (2022).

Sociodemographic and Personal Predictors of Exclusive Breastfeeding in Pregnant Mexican Women Using Public Health Services. *Healthcare (Switzerland)*, 10(8).

<https://doi.org/10.3390/healthcare10081432>

Shelton, K. H., Collishaw, S., Rice, F. J., Harold, G. T., y Thapar, A. (2011). Using a genetically

informative design to examine the relationship between breastfeeding and childhood conduct problems. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20, 571–579.

<https://doi.org/10.1007/s00787-011-0224-y>

Steurer, L. M. (2017). Maternity Leave Length and Workplace Policies' Impact on the Sustainment

of Breastfeeding: Global Perspectives. *Public Health Nursing*, 34(3), 286–294.

<https://doi.org/10.1111/phn.12321>

Temboury Molina, M. . (2004). Composición de la leche humana. En Comité de Lactancia Materna

de la AEP (Ed.), *Lactancia Materna: Guía para Profesionales* (pp. 59–76). Ergon.

<https://doi.org/10.1177/089033440502100323>

Thepha, T., Marais, D., Bell, J., y Muangpin, S. (2018). Perceptions of northeast Thai

breastfeeding mothers regarding facilitators and barriers to six-month exclusive breastfeeding: Focus group discussions. *International Breastfeeding Journal*, 13(1), 1–10.

<https://doi.org/10.1186/s13006-018-0148-y>

Tinoco Marquina, A., y Caswell Pérez, A. (2013). *Lactancia y maternidad en México: Retos ante*

la inequidad (Segunda ed). Save the Children.

[https://www.savethechildren.mx/sites/savethechildren.mx/files/resources/Lactancia Materna en Mexico Retos Ante la Inequidad.pdf](https://www.savethechildren.mx/sites/savethechildren.mx/files/resources/Lactancia%20Materna%20en%20Mexico%20Retos%20Ante%20la%20Inequidad.pdf)

Torres, M. (2016). Superalimentos de siempre, tendencia de hoy. *Bioeco actual*, 34, 2–3.

Unar-Munguía, M., Lozada-Tequeanes, A. L., González-Castell, D., Cervantes-Armenta, M. A., y

Bonvecchio, A. (2021). Breastfeeding practices in Mexico: Results from the National Demographic Dynamic Survey 2006–2018. *Maternal and Child Nutrition*, 17(2), 1–16.

<https://doi.org/10.1111/mcn.13119>

Unar-Munguía, M., Torres-Mejía, G., Colchero, M. A., y Cosío, T. G. de. (2017). Breastfeeding

Mode and Risk of Breast Cancer. *Journal of Human Lactation*, 1–13.

<https://doi.org/10.1177/0890334416683676>

UNICEF. (2013). *Lactancia materna*. UNICEF.

[https://www.unicef.org/ecuador/media/2611/file/Lactancia materna.pdf](https://www.unicef.org/ecuador/media/2611/file/Lactancia%20materna.pdf)

UNICEF. (2016). *From the First hour life: Making the case for improved infant and young child*

feeding everywhere. <https://data.unicef.org/resources/first-hour-life-new-report-breastfeeding-practices/>

UNICEF. (2021). *Breastfeeding*. [https://data.unicef.org/topic/nutrition/breastfeeding/#more--](https://data.unicef.org/topic/nutrition/breastfeeding/#more--13629)

13629

Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S.,

Sankar, M. J., Walker, N., Rollins, N. C., Allen, K., Dharmage, S., Lodge, C., Peres, K. G.,

Bhandari, N., Chowdhury, R., Sinha, B., Taneja, S., Giugliani, E., ... Richter, L. (2016).

Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The*

Lancet, 387(10017), 475–490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)

Waisman, M. (2000). La iniciativa hospital amigo de la madre y el niño como una estrategia de

humanizacion: aprender de la experiencia. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 19(4), 157–160. <https://www.redalyc.org/pdf/912/91219404.pdf>

Weber, D., Janson, A., Nolan, M., Wen, L. M., y Rissel, C. (2011). Female employees' perceptions of organisational support for breastfeeding at work: Findings from an Australian health service workplace. *International Breastfeeding Journal*, 6, 1–7. <https://doi.org/10.1186/1746-4358-6-19>

Winegar, R., y Johnson, A. (2017). Do workplace policies influence a woman's decision to breastfeed? *The Nurse Practitioner*, 42(4), 34–39. <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000513338.92438.65>

Anexos

Anexo 1

GUÍA DE ENTREVISTA

Nombre del entrevistado:	Fecha:
Lugar:	Hora:

PROCEDIMIENTO

Fase inicial

- **Presentación**
 - Saludo y presentación:
 - Agradecer la participación:
 - Verificar los datos previos que se obtuvieron en el Google Forms.
- **Apertura**
 - Presentar el propósito del estudio.
 - Dinámica (normas/reglas, solución de dudas).
 - Consentimiento.
- **Inicio de la entrevista**
 - Preguntas.

Módulo 1. Historia prenatal

- **Primípara-** Cuéntame, ¿cómo fue tu embarazo? /**Múltipara-** Cuéntame, ¿cómo fue tu último embarazo?
 - ¿Tuviste complicaciones durante el embarazo? ¿qué sucedió?
- Durante ese periodo, ¿cómo planeabas alimentar a tu hijo una vez que naciera?
 - ¿Tenías la intención de amamantar? ¿Por qué?
 - **Múltipara:** Cuéntame, ¿cómo fueron las experiencias que tuviste con la LM con tus demás hijos?
- Antes de tener a tu bebé ¿qué sabías/pensabas sobre la LM? ¿y LME?
 - ¿Cómo obtuviste esa información sobre la LM?
- ¿En qué servicio de salud llevaste el seguimiento de tu embarazo?
 - ¿Cómo fue tu experiencia con el servicio?
 - ¿Qué asesoría recibiste sobre el cuidado de tu bebé antes de que este naciera?
- ¿Cuándo estabas embarazada a que te dedicabas?
- Descríbeme, ¿cómo era un día habitual de tu trabajo antes de tener a tu bebé?

Trabajo formal

- ¿Tuviste algún permiso por maternidad?
 - ¿En qué momento tomaste el permiso? ¿cuánto tiempo duro?
 - ¿Hubo alguna situación que te dificultara suspender tu trabajo? ¿qué sucedió?
 - ¿Qué tan importante crees que fue el permiso por maternidad?

Trabajo informal

- ¿En algún momento suspendiste tu trabajo antes de que naciera tu hijo?
 - ¿Cuándo y cómo fue el tiempo en que dejaste de trabajar?
 - ¿Hubo alguna situación que te dificultara suspender tu trabajo? ¿qué sucedió?

- ¿Qué tan importante crees que fueron esos momentos en el que dejaste de trabajar?

Módulo 2. Puerperio inmediato

- ¿Cómo fue el parto de tu bebé?
 - ¿Hubo algo que impidió el acercamiento con tu bebé durante las primeras horas después del parto? ¿qué fue?
 - ¿Qué sucedió?
- ¿Cuál fue su alimento inicial?
 - ¿Cómo fue la primera vez que lo amamantaste?
- ¿Qué paso durante las horas posteriores al parto?
 - ¿Los dejaron quedarse juntos?
 - ¿Cómo fue su alimentación?
- ¿Cómo fue tu experiencia con el servicio de salud después del parto de tu hijo?
 - ¿Te dieron alguna información o indicación sobre cómo alimentar y cuidar a tu bebé?
 - ¿Cómo te ayudo?

Módulo 3. Historia posnatal: Experiencia con la LM

- Pláticame, ¿cómo fueron los primeros días después de regresar a casa con tu bebé?
 - ¿Cómo fue la alimentación de tu bebé?
 - Cuéntame, ¿cómo sabías cuando era hora de alimentar a tu hijo?
 - ¿Cómo te organizabas para alimentar a tu bebé?
 - ¿Qué tipo de emociones experimentaste cuando alimentabas a tu bebé?
 - ¿En algún momento percibiste la LM de forma negativa? ¿qué sucedió y cuando fue?
- Después del primer mes, ¿cómo llevaste la alimentación de tu bebé?
 - ¿Qué hacías cada vez que te sentías frustrada, cansada o enojada? ¿Continuabas dándole pecho a tu bebé?
 - ¿Cómo cuidabas de ti misma en el periodo en que amamantaste?
 - ¿Qué hacías para relajarte?
 - ¿Cómo le hacías para continuar con tus actividades personales (sueño, alimentación, cuidado personal, vida social, etc.)?
 - Durante este periodo, ¿cómo llevaste tu situación económica?
- **Múltipara:** Con tu último bebé, ¿cómo te facilitó o dificultó tener más hijos a la hora de amamantarlo?
- ¿Cómo fue el apoyo que recibiste en relación a la alimentación de tu hijo?
 - ¿Buscaste ayuda en alguna red social (Facebook, Instagram, etc.)?
 - En el centro de salud al que asistió para la atención posnatal, ¿cómo fue la asesoría que recibiste en relación a la alimentación de su hijo? ¿consideras que le ayudo? ¿por qué?
- ¿Qué pensaba la gente a tu alrededor sobre darle leche materna a tu bebé?
 - ¿Las personas cercanas a ti te daban algún consejo sobre cómo amamantar? ¿cuáles?
- ¿Cómo fue tu experiencia amamantando en público?
 - ¿Qué opinaba las personas cercanas a ti sobre amamantar en público?
 - ¿Qué consejos recibiste sobre amamantar en público?
- Dime, ¿cómo fue tu reincorporación al trabajo?
 - ¿Cómo era un día de trabajo después de tener a tu bebé?
- ¿Cómo fue el cuidado de tu bebé después de que regresaste a trabajar?
 - ¿Tuviste acceso a guarderías?
 - ¿Cómo te dificultó seguir amamantando tu trabajo?
 - ¿Contabas con espacios para seguir con la LM en tu trabajo?
 - ¿Qué tipo de apoyo recibiste de tus compañeros y superiores?
- ¿Consideras que tu tipo de trabajo (formal/informal) te ayudo amamantar o te lo hizo complicado?
- ¿En qué momento sentiste que:

- ya dominabas la lactancia?
 - no podías seguir amamantando?
- ¿Sabías que hay algo que se llama crisis de lactancia (descripción)? ¿algo así te paso?
- ¿Cómo fue el dejar de amamantar a tu hijo?
- ¿Cómo crees que fue el desarrollo y la salud de tu bebé?

Módulo 4. Cierre de la entrevista

Experiencia no agradable: Para finalizar, dime, ¿qué consejo te hubiera gustado recibir respecto a la alimentación de tu bebé durante los primeros meses?

Experiencia agradable con la LM:

Para finalizar, dime, ¿qué consejo le darías a una mamá primeriza respecto a la alimentación de su bebé durante los primeros meses?

Fase final

- Realizar un resumen de lo que se ha tratado durante la entrevista.
- Preguntar si la participante agregar algún comentario final.
- Agradecer la participación.
- Despedirse y finalizar la sesión.

Anexo 2



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Yo, _____ acepto participar en el estudio de investigación: “**Barreras y facilitadores en la experiencia de la lactancia materna y lactancia materna exclusiva en madres trabajadoras: Un estudio cualitativo**” realizado en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, cuyo responsable es la Psic. Lizeth Vianey Solis Ojeda, bajo la supervisión de la Mtra. Karina Serrano Alvarado.

El presente estudio tiene como **objetivo**:

1. **Explorar las experiencias y necesidades sobre la Lactancia Materna en mujeres trabajadoras.**
2. **Conocer la percepción de las madres respecto a la Lactancia Materna.**
3. **Describir las barreras y facilitadores individuales, sociales y laborales en el proceso de lactar.**
4. **Identificar las diferencias de las barreras y facilitadores entre trabajadoras informales y formales que reportan las mujeres.**

Se me ha informado que mi **participación en la investigación** consiste en:

- **Responder un formato de datos sociodemográficos y laborales.**
- **Colaborar en una entrevista sobre mi experiencia con la Lactancia Materna.**
- **Acceder a que la entrevista sea grabada en audio y video.**
- **Proporcionar información veraz.**

De la misma forma, manifiesto que se me informó que:

- **Mi participación es voluntaria, puedo retirarme del estudio en el momento que lo decida.**
- **El presente estudio no me generará repercusiones a mi integridad física o psicológica, ni a mi actividad laboral.**
- **No recibiré ninguna gratificación económica por mi participación en esta investigación.**
- **Los datos obtenidos serán confidenciales y anónimos, solo podrán ser publicados y difundidos con fines académicos y científicos, conservando el anonimato de mi persona y confidencialidad en el que nunca se divulgará mi nombre.**

Los datos personales serán confidenciales y protegidos por la “**Ley de protección de los datos personales**” para el Distrito Federal y la “**Ley de Transparencia y acceso a la información pública del Distrito Federal**”. De la misma forma, se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo a las excepciones previstas en la ley.

Declaro que he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Acepto participar en este estudio de investigación; recibiré una copia firmada y fechada de este documento.

Firma del participante

DD /MM /AA
Fecha

He explicado a la Sra. _____ la naturaleza y los propósitos del estudio; le he explicado los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de los posible. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Firma del investigador

Formulario de Google



Barreras y facilitadores de la Lactancia Materna en mujeres trabajadoras

El presente estudio es realizado en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, con el propósito de obtener información relacionada con la experiencia de mujeres trabajadoras acerca de la Lactancia Materna. El equipo de investigadores será el único que tendrá acceso a la información del presente cuestionario.
Psic. Lizeth Vianey Solis Ojeda
lizethvianey@comunidad.unam.mx
Supervisora:
Mtra. Karina Serrano
karina.serrano@zaragoza.unam.mx

 lizethsolis121@gmail.com (no compartidos) 
[Cambiar de cuenta](#)

Consentimiento informado

Próposito del estudio

El presente estudio tiene como objetivo:

1. Explorar las experiencias y necesidades sobre la Lactancia Materna en mujeres trabajadoras
2. Conocer la percepción de las madres respecto a la Lactancia Materna.
3. Describir las barreras y facilitadores en el proceso de lactar.
4. Identificar las diferencias de las barreras y facilitadores entre trabajadoras informales y formales que reportan las mujeres.

Participación

Mi participación en la investigación consiste en:

- Responder un formato de datos sociodemográficos y laborales.
- En caso de ser seleccionada, colaborar en una entrevista sobre mi experiencia con la Lactancia Materna.
- Acceder a que la entrevista sea grabada en audio y video.
- Proporcionar información veraz.

Información relevante sobre su participación

- La participación es voluntaria, es decir, se puede retirar del estudio en el momento que lo decida.
- El presente estudio no me generará repercusiones a su integridad física o psicológica, ni a su actividad laboral.
- No recibirá ninguna gratificación económica por mi participación en esta investigación.

Confidencialidad

Los datos obtenidos serán confidenciales y anónimos, solo podrán ser publicados y difundidos con fines académicos y científicos, conservando el anonimato de la persona y nunca se divulgará algún dato que revele su identidad. Serán protegidos por la "Ley de protección de los datos personales" para el Distrito Federal y la "Ley de Transparencia y acceso a la información pública del Distrito Federal".

Declaro que he leído y comprendido la información anterior. *

- Sí, acepto participar en este estudio de investigación

Datos sociodemográficos y laborales

Nombre y apellido *

Tu respuesta _____

Edad *

Tu respuesta _____

Nacionalidad *

Tu respuesta _____

Estado civil *

- Soltera
- Casada
- Unión libre
- Divorciada
- Viuda

¿Cuál es el nivel escolar más alto que ha alcanzado hasta el momento? *

- Primaria
- Secundaria
- Preparatoria
- Carrera técnica
- Licenciatura
- Posgrado (maestría o doctorado)
- Sin estudios

¿Cuántos hijos/as tiene? *

Tu respuesta _____

¿Cuál es la edad del último hijo que tuvo? *

Tu respuesta _____

¿Actualmente, se encuentra trabajando? *

- Sí
- No

Si la respuesta es "Sí", ¿en qué trabaja? *

Tu respuesta _____

¿Era activa laboralmente antes de su último embarazo? *

- Sí, trabajé durante menos de 1 año
- Sí, trabajé durante más de 1 año
- No

¿Trabajó durante el primer año de vida de su último hijo/a? *

- Sí
- No

Atrás

Siguiente

Borrar formulario

Lactancia materna

¿Alimento alguna vez a su último bebé con leche materna? *

- Sí
- No

¿Ha presentado problemas médicos que le han impedido amamantar? *

- No
- Sí

¿Durante cuanto tiempo le dio lactancia materna a su último hijo/a? *

Tu respuesta _____

¿Alimento a su hijo/a con Lactancia Materna Exclusiva (únicamente leche materna) durante los primeros 6 meses? *

- Sí
- No

Atrás

Siguiente

Borrar formulario

Entrevista

¡Deseamos conocer su experiencia!

¿Le gustaría participar en un entrevista para platicarnos más acerca de su experiencia con la lactancia materna? *

- Sí
- No

En caso de querer participar, mencione su número de celular/ whatsapp o email para poder comunicarnos con usted. *

Tu respuesta _____

Atrás

Siguiente

Borrar formulario