



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

---

---

**FACTORES ASOCIADOS AL ÉXITO O ABANDONO DE  
LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN SEVILLA, ESPAÑA.**

**TESIS GRUPAL**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA**

**AYALA GARCÍA ILIANA XIMENA  
SERRANO OLIVAR ROSA AURORA**

**DIRECTORA DE TESIS  
Dra. RAMÍREZ ELÍAS ANGÉLICA  
UNAM**

**ASESOR EXTERNO  
Dra. LEÓN LARIOS FÁTIMA  
UNIVERSIDAD DE SEVILLA**

**CIUDAD DE MÉXICO, DEL 2020**





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

<b>ÍNDICE.</b>	
<b>RESUMEN</b> .....	1
<b>INTRODUCCIÓN.</b> .....	2
<b>CAPÍTULO I. ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN.</b> .....	5
<b>1. Planteamiento del problema.</b> .....	5
<b>2. Justificación.</b> .....	8
<b>General.</b> .....	9
<b>Específicos:</b> .....	9
<b>CAPÍTULO II REVISIÓN DE LA LITERATURA.</b> .....	10
<b>CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO.</b> .....	15
<b>GLÁNDULA MAMARIA.</b> .....	15
<b>Regulación de secreción de prolactina.</b> .....	17
<b>Composición y Transición de la Leche Materna.</b> .....	18
<b>Factores asociados al éxito o abandono de la lactancia materna.</b> .....	25
<b>Factores asociados de origen materno.</b> .....	26
<b>Factores asociados a la atención sanitaria.</b> .....	28
<b>Factores sociales.</b> .....	30
<b>Recomendaciones para el mantenimiento de la LM</b> .....	34
<b>CAPÍTULO IV METODOLOGÍA.</b> .....	42
<b>4.1 Tipo de estudio y diseño.</b> .....	42
<b>4.2. Universo y muestra.</b> .....	42
<b>4.3. Criterios de selección de la muestra.</b> .....	42
<b>4.3.1 Criterios de inclusión.</b> .....	42
<b>4.3.2. Criterios de exclusión.</b> .....	43
<b>4.4. Hipótesis principal.</b> .....	43
<b>4.4.1 Hipótesis de investigación.</b> .....	43
<b>4.4.2 Hipótesis estadísticas.</b> .....	43
<b>4.5 Variables</b> .....	44
<b>4.5.1 Variable dependiente</b> .....	44
<b>4.6 Recolección de la información.</b> .....	49
<b>4.6.1 Instrumento de recolección.</b> .....	49
<b>4.7 Validez y confiabilidad.</b> .....	50
<b>4.8 Análisis estadístico.</b> .....	50
<b>4.9 Lineamientos éticos.</b> .....	51
<b>CAPÍTULO V RESULTADOS.</b> .....	53

5.2 Resultados Inferenciales.....	69
CAPÍTULO VI DISCUSIÓN.....	73
CAPÍTULO VII CONCLUSIONES.....	75
CAPÍTULO VIII SUGERENCIAS E IMPACTO DEL ESTUDIO, LIMITACIONES.....	76
CAPITULO IX REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
CAPÍTULO X ANEXOS.....	82

## ÍNDICE DE CONTENIDO

Imagen 1 Corte sagital de la mama femenina y de la pared torácica anterior.....	15
Imagen 2 Succión correcta (A) Succión incorrecta (B) .....	36
Imagen 3 Posición estirado .....	37
Imagen 4 Posición acostada .....	37
Imagen 5 Posición crianza biológica .....	38
Imagen 6 Posición balón de rugby .....	38
Imagen 7 Posición cruzada .....	39
Imagen 8 Posición mixta .....	39
Imagen 9 Posición caballito .....	40
Tabla 1 Hormonas reguladoras de la secreción de prolactina.....	17
Tabla 2 Composición de la leche humana diaria, calostro y leche de vaca entera.....	20
Tabla 3. Beneficios de la Lactancia Materna.....	23
Tabla 4 Reconocimiento de Factores asociados al éxito y abandono de LME.....	25
Tabla 5 Algunas medidas de apoyo en relación al tiempo de trabajo.....	33
Tabla 6 Diez pasos hacia una feliz Lactancia Natural.....	41
Cuadro 1 Edad y ocupación de mujeres en Sevilla, España.....	53
Cuadro 2 Estado civil de mujeres en Sevilla, España.....	55
Cuadro 3 Escolaridad de mujeres en Sevilla, España.....	57
Cuadro 4 Número de embarazos y vía de nacimiento del lactante en mujeres en Sevilla, España.....	59
Cuadro 5 Ingreso económico mensual en mujeres en Sevilla, España.....	61
Cuadro 6 Control, inicio y número de consultas prenatales en mujeres en Sevilla, España.....	63
Cuadro 7 Información de lactancia materna en mujeres en Sevilla, España.....	66
Cuadro 8 Anticoncepción postevento obstétrico en mujeres en Sevilla, España.....	67
Cuadro 9 Factores asociados al éxito o abandono de la lactancia materna en mujeres en Sevilla, España.....	69
Cuadro 10 Factores asociados al éxito o abandono de la lactancia materna en mujeres en Sevilla, España.....	70
Gráfica 1 Edad y ocupación de mujeres en Sevilla, España.....	53
<b>Gráfica 2 Estado civil de mujeres en Sevilla, España.....</b>	<b>55</b>
Gráfica 3 Escolaridad de mujeres en Sevilla, España.....	57
Gráfica 4 Número de embarazos en mujeres en Sevilla, España.....	59
Gráfica 5 Vía de nacimiento de lactantes en Sevilla, España.....	60
Gráfica 6. Ingreso económico mensual en mujeres en Sevilla, España.....	61
<b>Gráfica 7 Control prenatal en mujeres en Sevilla, España.....</b>	<b>63</b>
Gráfica 8 Inicio de control prenatal en mujeres en Sevilla, España.....	64
Gráfica 9 Consultas de control prenatal en mujeres en Sevilla, España.....	64
Gráfica 10 Información de lactancia materna en mujeres en Sevilla, España.....	66
Gráfica 11 Anticoncepción postevento obstétrico en mujeres en Sevilla, España.....	67
<b>Gráfica 12 Tipo de APEO en mujeres en Sevilla, España.....</b>	<b>68</b>

## RESUMEN

### Factores asociados al éxito o abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en Sevilla, España.

**Autores:** Ayala García Iliana Ximena  
Serrano Olivar Rosa Aurora  
**Tutores:** Dra. Ramírez Elías Angélica  
Dra. León Larios Fátima  
**Fecha:** 2020

Se realizó un estudio observacional y transversal en 179 mujeres con lactantes del séptimo al doceavo mes de edad en septiembre 2019, asistentes al grupo de apoyo de lactancia materna en el centro de salud “Mercedes Navarro” en Sevilla, España, con el objetivo de identificar los factores asociados al éxito o abandono de la lactancia materna exclusiva.

Se aplicó un cuestionario autoadministrado como método de recolección de datos, previo consentimiento informado de las madres quienes apoyaron la realización de este trabajo. El análisis de datos comprendió estadísticas de tendencia central y estadísticas no paramétricas.

Se concluye que las mujeres entre 34 a 37 años, sueldo de 1000 a 1500€, trabajadora por cuenta ajena e inicio de control prenatal durante el primer trimestre fueron las que lograron una mayor efectividad en la lactancia materna exclusiva. Entre causas de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva se encontró el nivel de estudios y ser madre primípara. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto al estado civil, tipo de parto, unidad de atención del parto y apego inmediato a la lactancia materna.

**Palabras clave:** Lactancia materna exclusiva, factores de éxito, factores de abandono, alimentación artificial.

## INTRODUCCIÓN.

El trabajo de investigación que presentamos se desarrolló con el apoyo de la beca de programa de titulación para egresados de la UNAM a través de estancia académica en el extranjero (TEE), con el objetivo de impulsar el proceso de titulación de egresados de nivel licenciatura, mediante el desarrollo de estancias académicas en instituciones extranjeras para contribuir al desarrollo profesional con duración de seis meses en la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla, Los compromisos adquiridos se ven cristalizados en el siguiente trabajo recepcional.

La principal razón que tenemos para amamantar es porque somos mamíferos, nuestro organismo tanto físico como mentalmente, está diseñado desde que existimos sobre la faz de la tierra para adquirir nuestro alimento y consuelo del pecho y para ofrecerlo tras haber parido; tras nueve meses el bebé está necesitado de seguir manteniendo esta unión; además de comida, el bebé busca y encuentra cariño, consuelo, calor, seguridad y atención de la madre. El principal objetivo de la elaboración de la tesis es identificar, aplicando método cuantitativo, las principales variables asociadas al éxito o abandono de la lactancia materna exclusiva (LME) en la provincia de Sevilla, España.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la lactancia materna exclusiva como “la alimentación del lactante con leche materna de la madre o de la mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye el agua”<sup>1</sup>. La Lactancia materna (LM) aporta beneficios para la salud de la madre y el lactante a corto - largo plazo y es la opción más adecuada para la alimentación de los lactantes. La Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan que la lactancia materna sea exclusiva dentro de los primeros seis meses de vida y lactancia materna continuada durante dos años o más, junto con una alimentación complementaria segura, adecuada desde el punto de vista nutritivo y apropiada para la edad a partir del sexto mes<sup>2</sup>.

La práctica de la LM produce beneficios tanto para la madre como para el lactante; los efectos benéficos comprenden la salud física y psicológica.

La LM es una fuente de alimentación ecológica y económica<sup>3</sup>, sin embargo, a pesar de estas evidencias, los datos proporcionados por la OMS ponen de manifiesto un panorama en el cual bajas tasas de LM y abandono temprano como constante, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. Conforme datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2017, en España a los 6 meses casi el 40% de las mujeres continúa con lactancia materna exclusiva, supone un incremento de 10% entre 2011 y 2017<sup>4</sup>.

Es importante reconocer los elementos influyentes a mantener una lactancia materna exclusiva exitosa, así como al abandono, las madres primíparas tienden a sufrir más cambios por ser su primer hijo, desconocimiento de la situación, influencia de las redes de apoyo, asistencia a control prenatal, empoderamiento de la mujer, relación estrecha con un personal sanitario capacitado.

Este trabajo de investigación está conformado por diez capítulos, en el capítulo I se establece el planteamiento del problema considerando la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad del abandono de la lactancia materna exclusiva. De igual manera, en este primer capítulo se expone la justificación a manera de dar a conocer los sustentos que respaldan el estudio del éxito o abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres españolas.

El capítulo II corresponde a la revisión de la literatura, se muestran los factores que otros autores anteriormente han encontrado con relación al abandono o al mantenimiento de la lactancia materna, refiriéndose principalmente a la edad, ocupación, estado civil, orientación sobre LM, primiparidad y lugar de atención del parto.

En el Capítulo III se presenta el marco teórico, en él se desarrolla los aspectos fisiológicos correspondientes a la lactancia materna, anatomía de la glándula mamaria, fisiología de la lactogénesis, se plantea la función e importancia que tiene en la producción de leche humana, seguido de la estructura interna y externa así como la aportación de hormonas en este proceso de producción láctea, como elementos importantes sobre beneficios de la LME para el binomio, transición de la leche materna y el desarrollo de los factores relacionados al origen materno, atención sanitaria y asociados a la sociedad.

En el capítulo IV, expresamos la metodología, se realizó un diseño observacional, descriptivo, cuantitativo. La muestra fue conformada por 179 mujeres con hijos



lactantes cursando entre el séptimo mes al año de vida de Sevilla, España, para la recolección se diseñó un instrumento autoadministrado anónimo, conformado por 34 ítems, en el cual evalúan las variables de factores maternos para el éxito o abandono de la lactancia materna. El análisis comprende estadísticas de tendencia central y no paramétricas, con el uso de statistical package for the social sciences (SPSS).

En el capítulo V expresamos la interpretación de resultados, se destaca que el 93% de las mujeres encuestadas son madres adultas, cuya edad oscila entre 25 a 41 años, ocupación principal es trabajadora por cuenta ajena, ingreso económico mensual de 1,001-1,500€ (42%), conforme al estado civil son casadas (59%). El 47% su escolaridad es de estudios de universidad completa. En cuanto al número de embarazos, el 68% de las mujeres destaca que es su primer hijo, respecto a la vía de nacimiento el 53% nacieron mediante parto natural.

En el capítulo VI se puede observar la discusión sobre los resultados que muestran semejanza con estudios realizados a nivel nacional e internacional, como la edad de las mujeres estudiadas, nivel educativo, nivel socioeconómico, número de embarazos, tipo de parto, e información prenatal de lactancia materna.

Así como el capítulo VII describimos las conclusiones, los factores con asociación al éxito de la lactancia materna exclusiva directamente son la edad, ocupación, ingreso económico materno y anticoncepción postevento obstétrico versus la asociación al abandono responde la escolaridad y numero de gestas.

En el capítulo VIII se encuentran las limitaciones en el desarrollo durante la realización de la presente investigación, lo cual permitirá mejorar futuras propuestas referentes al tema

El desarrollo del capítulo IX corresponde a referencias bibliográficas en apoyo a la elaboración de la presente tesis, citando en formato Vancouver libros, artículos científicos, resúmenes, Normas Oficiales, Guías de Práctica Clínica publicados los últimos 10 años. Por último, el capítulo X se encuentra los anexos que están conformados por el instrumento de valoración y consentimiento informado.

# CAPÍTULO I. ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN.

## 1. Planteamiento del problema.

La lactancia materna exclusiva, es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; también es parte del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres, la lactancia materna exclusiva durante 6 meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes. La lactancia materna, se clasifica en exclusiva por ser alimentado con leche materna o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido lo que incluye agua, predominante cuando la alimentación es con leche materna o de otra mujer, así como líquidos, infusiones, vitaminas y complementaria al ser alimentado con leche materna, incluidos sólidos, semisólidos y leche no humana<sup>5</sup>, la lactancia parcial los niños reciben leche materna y otros alimentos, incluyendo otros tipos de leche. La LM cubre todas las necesidades nutricionales, calóricas, inmunológicas para el ser humano, sea el recién nacido prematuro o a término.

La UNICEF publicó en 2016 que, 77 millones de bebés no reciben leche materna en la primera hora de vida, en el mundo sólo el 43% de los bebés menores de seis meses son amamantados de manera exclusiva. La alimentación de los bebés con otros líquidos o alimentos es otro motivo por el que se retrasa la lactancia temprana. En muchos países es costumbre alimentar al bebé con fórmula para lactantes, leche de vaca o agua con azúcar en los tres primeros días de vida<sup>6</sup>.

La Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) se conforma con estimaciones de los países de la Unión Europea (UE) y la OMS. En España no hay un sistema oficial de monitorización y seguimiento de la lactancia adecuado. Los datos existentes hasta el momento proceden mayoritariamente de encuestas realizadas por profesionales sanitarios a nivel regional y de forma puntual, lo que no permite una correcta valoración nacional ni un seguimiento temporal. Teniendo en cuenta estas limitaciones, según los datos extraídos de las ENSE, la tasa de LM en España (incluyendo LME y parcial) a las seis semanas se ha mantenido bastante estable con cifras globales alrededor del 71%, mientras se observa, en los últimos quince años, un aumento progresivo de las cifras de LM a los tres (66,5% en el año 2012) y seis meses de vida (46,9%)<sup>7</sup>, tanto en la última ENSE como en una encuesta sobre hábitos de lactancia en España se recoge

una duración media de la LM de seis meses<sup>8</sup>. Por otro lado, el porcentaje de LME a los seis meses en el año 2012 se situaba en torno al 28,5% cifras similares a las globales europeas pero lejanas a las recomendaciones de la OMS-UNICEF.

Conforme los Indicadores de Salud 2017<sup>9</sup> en España, las madres con un mejor nivel de educación tienden a tener asociación positiva entre la lactancia materna y la salud o el desarrollo intelectual. La actitud positiva, el nivel de sensibilización y el conocimiento de los aspectos técnicos por parte de la madre que amamanta, pueden servir de ayuda y ser decisivos para el éxito de la LM<sup>10</sup>. En relación con los motivos de continuar la LM, existen estudios que indican ser por falta de conocimiento<sup>11</sup>, otra variable importante en relación con la duración de la LME es la situación laboral de la madre. Para las trabajadoras, la falta de apoyo en el trabajo es la barrera más importante para no continuar con la LME, el Estado sugiere a las empresas garantizar la seguridad y salud de sus trabajadores, mediante responsabilidad social comprometida, con la que no debe olvidar el apoyo para un continuo desarrollo de sus competencias profesionales en un entorno que promueva la igualdad de oportunidades y la conciliación de la vida personal con la laboral, asumiendo la lactancia un periodo crítico para todos estos temas<sup>12</sup>.

Como meta internacional, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, promueven la lactancia materna exclusiva por los múltiples beneficios para el desarrollo sano del niño pequeño, así como los beneficios a la madre, como son la disminución de incidencia de cáncer de mama y cáncer de ovario. Los beneficios de la LME para el niño consisten en la inmediata salud y supervivencia del lactante. Las tasas de morbilidad por diarrea, enfermedades de vías respiratorias, otitis media y otras infecciones, así como las defunciones causadas por estas enfermedades, son menores en niños amamantados que en los que no lo son. Se ha demostrado que una mayor duración de lactancia materna se asocia a una disminución del riesgo de obesidad, con una reducción de un 4% por cada mes de lactancia materna<sup>13</sup>, favorece la estabilidad fisiológica, dado que produce menos alteraciones de la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, oxigenación, menos episodios de apnea y bradicardia<sup>14</sup>.

La LM de manera conjunta brinda beneficios a la madre, le ofrece restablecimiento general de los órganos reproductores femeninos, mediante liberación de oxitocina,

genera contracción uterina previniendo hemorragia puerperal y formación de quistes mamarios, conforme a los mecanismos del retraso en el restablecimiento de la función ovárica y disminución en los niveles séricos de estrógenos<sup>15</sup>. La LME no genera ningún tipo de costo, promoviendo de esta forma una mejor distribución del presupuesto familiar y con ello se reducen los costos por concepto de consultas médicas y medicamentos<sup>16</sup>.

La LM también es aprovechada por la sociedad, los niños alimentados con leche materna tienen un riesgo de muerte entre 10 y 15 veces menor que el resto durante los 3-4 primeros meses de vida. La disminución de las enfermedades en la infancia disminuye a su vez el gasto sanitario; así como el menor uso de recursos para el almacenamiento y conservación de los sucedáneos de la leche o del caucho para las tetinas permitiendo proteger y conservar los recursos naturales.

La LM es la estrategia de menor costo en la disminución de la mortalidad infantil, por lo tanto, contar con información de base que apoye la formulación de políticas y estrategias de promoción es relevante para mejorar la salud integral de los niños o niñas del país.

Las dificultades al inicio de la lactancia suelen ser por impedimentos técnicos que podrían minimizarse con una atención sanitaria correcta y una adecuada información a la madre<sup>17</sup>, razón añadida la percepción de no tener leche suficiente (hipogalactia), se estima que sólo en un 5% de los casos tal percepción corresponde con la realidad<sup>18</sup>. La labor de los profesionales con las mujeres que optan por la LM es tratar de recuperar la confianza de la mujer en el amamantamiento con ello la inseguridad materna que es una de las causas que más se asocia con la disminución del tiempo de lactancia natural<sup>19</sup>. Este último motivo, junto con la concepción prenatal sobre la LME (el interés y la confianza de la madre, entre otros), podrían llegar a tener más impacto que las variables sociodemográficas. Durante el embarazo, se debe educar a la futura madre en todo lo relativo a las bondades del apego de la LM. En el puerperio inmediato, lo ideal es no separar a la madre de su hijo, permitir el alojamiento conjunto y realizar colecho, donde sea posible mantener un contacto visual y táctil constante. Los profesionales de la salud serán responsables de supervisar un correcto inicio del apego y de lactancia<sup>11</sup>.

Bajo estas circunstancias, surge el interés de investigar los factores que han determinado el éxito o abandono de la lactancia materna en una población de mujeres de Sevilla, España, concluimos por lo tanto con la siguiente pregunta de investigación:

## **¿Cuáles son los factores asociados al éxito o abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en Sevilla, España?**

### **2. Justificación.**

En el contexto mundial, diferentes organismos como la OMS y la UNICEF reconocen y recomiendan la práctica de la LME como uno de los factores que mejor contribuyen con la salud y adecuada alimentación de los niños, especialmente cuando se ofrece en forma exclusiva hasta el sexto mes de vida con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años. Las prácticas de alimentación óptima en la infancia son fundamentales para la supervivencia, el crecimiento, el desarrollo, la salud y la nutrición de los lactantes y niños en cualquier lugar del mundo.

Entre los factores que protegen la lactancia materna exclusiva (LME) se encuentran: el apoyo de la familia, el acompañamiento de la pareja, haber tenido una experiencia previa positiva con otros hijos y el conocimiento sobre la lactancia materna.

Sin embargo, hay factores que influyen negativamente en el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva.

El abandono de la LM se asocia con múltiples factores entre ellos el desconocimiento de la Lactancia Materna, falta de empoderamiento de la madre, reincorporación al trabajo, malas técnicas de amamantamiento, falta de aplicación de la primera tetada, conlleva a disminuir las tasas de una lactancia materna exitosa y lograr mantenerla de forma exclusiva, favoreciendo la disminución del vínculo afectivo entre la madre e hijo.

El suprimir la lactancia materna a temprana edad o no iniciarla de forma inmediata por parte de la madre, puede condicionar a que el recién nacido presente alteraciones en la ganancia de su peso y el crecimiento, además de ser susceptible a infecciones en la infancia como diarreas o neumonías, así como en la adolescencia y la vida adulta, padecer sobrepeso u obesidad con las comorbilidades consecuentes.

La fórmula no es un sustituto aceptable de la leche materna, incluso la mejor, sólo reemplaza la mayoría de los componentes, mientras que la leche materna es un

complejo fluido nutricional vivo, contiene anticuerpos, enzimas, ácidos grasos de cadena larga y hormonas, los cuales no pueden incorporarse en la fórmula.

Hay ciertas acciones que tienen un claro efecto positivo en mejorar las prácticas de lactancia. Un excelente ejemplo lo constituye la consejería durante toda la etapa de la lactancia y en particular en sus etapas iniciales, la cual es hecha por profesionales capacitados. Esta es una de las estrategias más exitosas en mejorar la duración de ambas: la lactancia materna exclusiva y la total.

La contribución del profesional de enfermería en el proceso de lactancia materna exclusiva es capacitar a la madre de familia y desarrollar acciones de promoción y educación para la salud encaminadas a la disminución de la desnutrición infantil y la disminución en índices de morbi-mortalidad infantil del menor de cinco años.

### **3. Objetivos.**

#### **General.**

- Identificar factores asociados al éxito o abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres de Sevilla, España.

#### **Específicos:**

- Caracterizar el perfil de mujeres españolas con lactancia materna exclusiva para reconocerlas como buenas prácticas y favorecer su fomento.

## **CAPÍTULO II REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

Estudios e investigaciones han buscado las causas o factores que propician que algunas madres mantengan y abandonen esta práctica antes de los 6 meses establecidos para alimentar a sus hijos pequeños. Por ejemplo:

### **Factores asociados al éxito.**

Pereira realizó una investigación descriptiva de tipo cuantitativo, comprendiendo el papel del padre en el proceso de amamantamiento, esta característica debería considerarse como un elemento positivo, seguidos de una unión estable de la madre; la presencia de una pareja fija contribuye a que las madres prolonguen su período de lactancia<sup>20</sup>.

Martínez determinó que la educación materna es un factor protector en la toma de decisión del tipo de lactancia que las madres ofrecerán a sus hijos y que mejorará el mantenimiento de la lactancia materna<sup>21</sup>. En Brasil 2016 se publicó un estudio cuantitativo a 25 futuras abuelas quienes vivían con sus hijas o nueras adolescentes sobre la influencia de las abuelas en la lactancia materna, concluyendo, la creencia compartida de la lactancia materna es importante, saludable y obligación de la madre<sup>22</sup>.

Gallardo, afirma en la actualidad la importancia de las clases de educación maternal no se pone en duda y la mayoría de las embarazadas disponen de un centro de referencia donde pueden recibir estos cursos<sup>23</sup>. Cárdenas y Montes coinciden con Gallardo, mencionan que la orientación y educación de la madre recibida en el control prenatal, sala de parto, puerperio o consultas de niños sanos sobre la lactancia materna será determinante para el amamantamiento exclusivo<sup>24</sup>. Renfrew concluye de su búsqueda en el registro de ensayos del grupo Cochrane de embarazo y parto, las estrategias que dependen principalmente del apoyo cara a cara tienen más probabilidades de tener éxito<sup>25</sup>.

Rodríguez, realizó una investigación en la cual detalla la importancia del papel de enfermería en los planes de promoción de lactancia materna, durante el control prenatal, la continuidad del mantenimiento depende de la calidad de la educación

sanitaria que ofrezca el personal sanitario, la preparación física de la madre, asesorando y ayudando sobre: ventajas y dificultades en la lactancia materna, corrigiendo conceptos equivocados, información errónea, frecuencia, técnicas de amamantamiento y cuidado de las mamas, se influiría positivamente conformado al binomio madre e hijo en el proceso de amamantamiento<sup>26</sup>.

En 2013, se realizó un estudio en Hong Kong, con el objetivo de explorar predictores para la duración de la lactancia materna. Los factores que predijeron la duración de la LM fueron trabajo reenumerado, ingreso familiar, intención de lactar positiva e inicio de lactancia materna temprana<sup>27</sup>. En este estudio se realizó un muestreo no probabilístico encuestando a 242 madres si el tipo de parto ¿podría condicionar el éxito en la lactancia materna exclusiva?, infiriendo sobre el parto vaginal, es un elemento protector ligado a los procedimientos que le siguen y que permiten una inducción temprana de la lactancia, sin embargo, no se puede rechazar la teoría de que fisiológicamente el paso por el canal vaginal en sí mismo puede influir en la lactancia materna exclusiva<sup>28</sup>.

### **Factores asociados al abandono.**

Un estudio de Cohorte en China en el año 2014 encontró que los factores asociados al abandono de la LM a los 12 meses fueron: edad materna (<20 años), primiparidad, atención del parto en hospital e intención de lactar por lo menos 6 meses, menciona que no se encontró asociación con educación materna, vía de resolución del embarazo, atención prenatal, ni preferencia del padre sobre la LM<sup>29</sup>.

Durante el 2014, en Morelia, Michoacán fue publicado un artículo sobre factores que influyen en el abandono de la LM, teniendo como resultados que las causas por las cuales se abandona la LME: edad menor de 25 años, localidad urbana, estado civil unión libre, escolaridad de preparatoria y por trabajo de la madre<sup>30</sup>.

En Colombia 2015, el estudio a un grupo de madres de la región de Santa Marta, se resaltó que los factores que inciden en el destete temprano fueron: edad entre 26 y 35 años, estado civil soltera, ocupación al cuidado del hogar, nivel de escolaridad tiene estudios secundarios o técnicos; destacando dejar de lactar por falta de tiempo por el empleo<sup>31</sup>.



Durante este mismo año, en una tesis doctoral en una muestra de 130 mujeres en la Ciudad de Córdoba, Veracruz, en sus resultados reporta que los principales factores de abandono de la LM fueron: escolaridad de bachillerato, nivel socioeconómico bajo y mujeres primigestas<sup>32</sup>. Prendes y Vivanco realizaron un estudio en Cuba en el cual asocian el abandono de la LM precoz a madre estudiante, bajo nivel de escolaridad, primiparidad y madres fumadoras<sup>33</sup>.

En Perú 2016, el retorno de la madre al ambiente laboral, bajo nivel educativo y primiparidad<sup>34</sup> son los factores reconocidos del abandono de LM, en Lima, ser madre estudiante, la ocupación laboral, por decisión propia y un bajo conocimiento sobre los beneficios de la LM. De los niños que dejaron de ser amamantados fue al mes de vida<sup>35</sup>.

Cuadrón en Aragón, España, encontró que el bajo nivel de estudios de la madre, el parto por cesárea, la gestación con técnicas de reproducción asistida y uso de chupete en el primer mes, fueron otros factores que influyeron negativamente en el inicio y en el mantenimiento de la lactancia, aquí, la prevalencia de la LME fue de 2-3 meses<sup>36</sup>.

En Colombia, un estudio realizado en cuatro ciudades entre poblaciones de estrato socioeconómico bajo y medio bajo identifica que dentro de los motivos de suspensión de lactancia materna se encuentra la creencia de efectos perjudiciales para los niños o para las madres, asociada a la falta de educación y la mala información por parte del personal de salud<sup>37</sup>.

En Europa, Rusian estudio regiones de España, sobre las causas que provocan que las madres dejen de amamantar a sus hijos antes de los seis meses de vida; encontró que las madres con actividad laboral abandonan la lactancia materna parcial o totalmente porque no tienen tiempo suficiente o no disponen de instalaciones adecuadas para la extracción y almacenamiento de la leche<sup>38</sup>.

En Cuba se analizó la duración de la LME obteniendo: al cuarto mes descendió la mitad de la cifra en comparación del primer mes, mientras al sexto mes notablemente

disminuyo<sup>39</sup>. Pérez menciona que, en Villa Clara, Cuba, los índices de LME oscilan alrededor del sexto mes<sup>40</sup>.

López, Zapata y Martínez observaron que el principal motivo de abandono son los problemas con la producción de leche materna, pero específicamente en las madres cuyo grado de escolaridad era primaria. En las madres universitarias y con carrera tecnológica o técnica, uno de los motivos principales fue la realización de actividades u ocupaciones. Destacan que la prevalencia de la realización de actividades se incrementa conforme aumenta el grado o nivel de escolaridad de las madres<sup>41</sup>.

Un estudio Chileno indica que el motivo de cese de lactancia materna exclusiva más frecuente fue hipogalactia, seguido por enfermedad de la madre, indicación médica, motivos laborales y enfermedad del niño<sup>42</sup>. Un estudio Marroquí señala que existe una relación inversa entre las tasas de lactancia materna y la hospitalización del recién nacido en unidades de neonatología<sup>43</sup>. Mientras que en Argentina la edad materna influye en la prolongación de la lactancia materna<sup>44</sup>.

Cisneros en alojamiento conjunto madre-hijo, realizo un estudio a 500 madres del inicio de amamantamiento, en un hospital de tercer nivel de atención, reconociendo en la suspensión del alojamiento conjunto por causas maternas, participaron fundamentalmente condiciones quirúrgicas o reposo absoluto indicadas por el médico, lo cual explica por qué se suspende más el alojamiento conjunto en las madres con cesárea. Entre los mayores obstáculos que se han informado para que se inicie el amamantamiento, está el nacimiento por cesárea, porque en la atención tradicional tarda hasta 72 horas el contacto madre-hijo y esto repercute en la instalación, exclusividad y duración de la lactancia natural<sup>45</sup>.

El estudio realizado por Bai, con el objetivo de investigar la asociación entre la duración de la LM con la experiencia previa, encontró que el no tener experiencia de LM previa se asocia con el abandono<sup>46</sup>.

Villasís en México, del estudio transversal comparativo, cualitativo-cuantitativo, incluyo a 242 madres que se encontraban en la sala de alojamiento conjunto y visitadas 30 días postparto a domicilio, aplicando un primer cuestionario sobre la opinión de su

embarazo y un segundo la vivencia con su hijo, menciona que algunas de las causas más comunes para suspender la LM fueron: infecciones, falta de producción de leche, reincorporación al trabajo y rechazo a la alimentación al seno materno<sup>47</sup>.

Fernández realizó una búsqueda sistemática, la bibliografía consultada coincide en la asociación entre los problemas tempranos de las mamas con una técnica inadecuada, pero en algunos estudios no hay un consenso en cuanto a la metodología de investigación<sup>48</sup>.

Rollins en una revisión sistemática respecto a la promoción de la lactancia materna para el bienestar de madres e hijos, describe el uso de sucedáneos de la leche materna debilita el sistema inmunitario del lactante y deteriora su desarrollo cognitivo, su conducta y su regulación del apetito; en consecuencia, muchas mujeres deciden complementar la lactancia o dejan de lactar, lo cual causa angustia, tiene amplias repercusiones sobre la supervivencia del lactante y la salud de la población e implicaciones económicas para los sistemas de salud, las familias y el conjunto de la sociedad<sup>49</sup>.

Marieskind realizó una investigación sobre lactación anormal en la cual describe que se han llevado a cabo muy pocas investigaciones específicamente de la fisiología de la relactación en la especie humana. Sin embargo, los métodos empíricos que se han mostrado efectivos están en concordancia con los bien establecidos principios fisiológicos de la lactancia<sup>50</sup>.

## CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO.

### GLÁNDULA MAMARIA.

#### Anatomía

Elemento superficial de la pared anterior torácica, compuesto de tejido glandular y tejido fibroso; las glándulas mamarias están situadas en el tejido subcutáneo, recubre los músculos pectoral mayor y menor, se extienden transversalmente desde el borde lateral del esternón hacia la línea axilar media y verticalmente desde la segunda hasta la sexta costilla. La irrigación arterial corresponde de la arteria torácica y el drenaje venoso de la mama se dirige a la vena axilar; es inervada por los nervios intercostales 4<sup>o</sup>-6<sup>o</sup><sup>51</sup>.

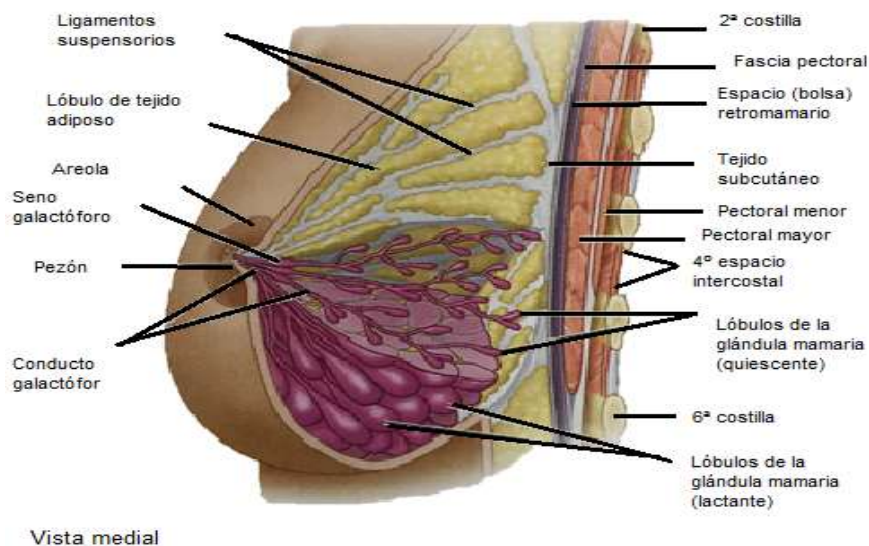


Imagen 1 Corte sagital de la mama femenina y de la pared torácica anterior. (Reproducido de Moore<sup>35</sup>).

#### Desarrollo embrionario.

Inicia entre las 18 y 19 semanas de vida intrauterina, en la mujer se desarrolla bajo influencia hormonal femenina experimentando cambios en la adolescencia. Al inicio de la telarquía<sup>a</sup>, el tejido mamario rudimentario permanece inactivo, al comenzar los ciclos ovulatorios, inicia la producción cíclica de progesterona sumándose a los estrógenos, determinando un nuevo crecimiento de la glándula, con formación de los primeros alvéolos<sup>52</sup>.

<sup>a</sup> Aparición del botón mamario por primera vez en la mujer.

## **Fisiología.**

Constituido por tejido epitelial glandular, tejido conjuntivo y adiposo; formada por lóbulos glandulares, cada uno un sistema de conductos excretores y lobulillos glandulares. En el sistema de los conductos excretores distinguimos los conductos galactóforos o lactíferos (la pared es epitelio biestratificado cúbico, con células basales mioepiteliales, su estructura equivale a células musculares lisas), denominándose conductos interlobulillares a conductos comunicados con los terminales (incluidos en los lobulillos) y adenómeros de los lobulillos glandulares, en la zona de desembocadura en la región basal del pezón, los conductos galactóforos sufren una dilatación, se configura el seno galactóforo o seno lactífero comunicado al conducto excretor mamilar o conducto papilar mamario con desembocadura en el vértice del pezón.

En la aréola se distinguen 20-30 tubérculos de Montgomery donde se abren glándulas mamarias accesorias, sebáceas y sudoríparas, producen sustancias protectoras lubricantes para la piel, aportan leche con anticuerpos y factor de crecimiento epidérmico<sup>25</sup>.

Durante la adolescencia las glándulas mamarias femeninas comienzan a desarrollarse y ser depósito de grasa aumentando su volumen, participan hormonas como estrógenos, progesterona, prolactina, somatotropina, tirotrópina y hormonas corticotropas.

En la gestación se adquiere el estado para secretar leche, participando prolactina, lactógeno placentario, progesterona, insulina y glucocorticoides, como cortisol. Postparto segundo o cuarto día se produce una pequeña secreción de leche denominada Calostro por consiguiente tiene lugar la producción de leche verdadera.

Con el nacimiento disminuyen estrógenos y progesterona producida por la placenta (lactógeno placentario), la prolactina de la hipófisis materna promueve fundamentalmente la lactancia (bromocriptina bloquea la prolactina e inhibe la lactogénesis) dando soporte a hormonas maternas como: hormona del crecimiento, cortisol, hormona paratiroidea y la insulina. La concentración basal de prolactina regresa en pocas semanas a los valores previos a la gestación, se mantiene la lactancia a consecuencia del amamantamiento y la persistencia de succión del niño incluso años; el tamaño de la mama no tiene relación con la secreción<sup>53</sup>.

La oxitocina ocasiona contracción de células mioepiteliales en la periferia alveolar, el paso de leche a los conductos y la expulsión o eyección láctea es responsable de contracciones del útero puerperal, parte de la secreción se mantiene activa por factores psíquicos, mecanismos neuroendocrinos de estímulos sensoriales tras la succión del pezón en controversia la inhibición puede acontecer por factores psíquicos, estrés, dolor y liberación de adrenalina y noradrenalina por parte del Sistema Nervioso Periférico (SNP). La succión de la mama produce flujo de leche por mecanorreceptores del pezón, ocasionando información sensitiva ascendente<sup>25</sup>.

### **Regulación de secreción de prolactina.**

Depende fundamentalmente de la hormona hipotalámica inhibidora de la prolactina (PIH o PIF).

**Tabla 1 Hormonas reguladoras de la secreción de prolactina.**

<b>Factores Inhibidores.</b>	<b>Factores Estimuladores</b>
Dopamina	Histamina
Bromocriptina	Vasopresina
Somatostatina	Oxitocina
Ácido gamma aminobutírico (GABA)	Serotonina
Acetilcolina	

Fuente: Ayala García IX y Serrano Olivar RA, Factores asociados al éxito y abandono de la lactancia materna exclusiva en Sevilla, España (2020), adaptada de Benedí (2020)<sup>54</sup>.

## **Lactogénesis.**

Durante el embarazo, las células alveolares sintetizan lactosa en la célula, la que se absorbe, pasa a la sangre y se elimina por los riñones. Así, el aumento de lactosa urinaria durante el embarazo, refleja la actividad de síntesis de la mama. En la mayoría de las mujeres la excreción de lactosa por la orina comienza entre las 15 y 20 semanas de gestación. A esta capacidad de las mamas de sintetizar los componentes de la leche se le denomina Lactogénesis I.

Por otra parte, el aumento de volumen de la mama se relaciona con el aumento del lactógeno placentario plasmático. Además, el crecimiento del pezón se relaciona con el nivel de prolactina y el crecimiento de la areola con el nivel de lactógeno placentario.

Hasta el momento del parto, la producción de grandes volúmenes de leche, o lactogénesis II, está inhibida por antagonismo de los esteroides sexuales placentarios, particularmente la progesterona. Esta inhibición es tan poderosa, que aún pequeños restos placentarios retenidos pueden demorar el proceso de producción de leche en el postparto.

El período de la lactancia se inicia después del parto, el nivel de progesterona en la sangre de la madre baja progresivamente y se suprime la acción inhibidora que esta hormona tiene sobre la síntesis de la leche, iniciándose la secreción láctea 30-40 horas después de la eliminación de la placenta. Las mamas se llenan de calostro y el volumen de leche aumenta de 50 hasta 500 ml del primero al 4to día postparto.

El reflejo liberador de prolactina es controlado por las neuronas dopaminérgicas del hipotálamo. El estímulo del pezón y de la areola se produce por vía de un reflejo neurohormonal, la inhibición de la secreción de dopamina (PIF). La cantidad de dopamina que alcanza a las células lactotropas de la hipófisis anterior, determina la cantidad de prolactina secretada por ellas. El estímulo del pezón-areola inhibe la secreción de dopamina y por lo tanto permite la liberación de prolactina por la hipófisis anterior<sup>55</sup>.

## **Composición y Transición de la Leche Materna.**

La leche humana y de vaca contiene agua, grasa, lactosa, caseína, lactoalbúmina y otras proteínas. El porcentaje de agua y lactosa es mayor en leche materna, mientras que en la de vaca caseína y grasa. La leche materna contiene 650 a 750 kilocalorías

por litro, la lactancia supone un importante consumo metabólico en la madre destacando las pérdidas de calcio y fosfato de manera que la descalcificación ósea aumenta<sup>56</sup>.

- Calostro 1-5 días postparto.
- Leche Transicional 6-10 días postparto.
- Leche Madura más de 10 días postparto.

Los valores medios de producción son: en la primera semana, 550 ml/día, en las siguientes, 850 ml/día, la media está entre 500 y 1000 ml/día, en Australia occidental, Peter E. Hartman demostró que las madres que alimentaban exclusivamente a demanda, por períodos de hasta 15 meses, secretaban hasta 1500 ml/día<sup>57</sup>.

### **Calostro.**

Propiamente se produce del tercer al cuarto día postparto, características amarillentas, espesas de alta densidad y poco volumen. En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, siendo suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. La transferencia de leche menor de 100 ml el primer día, aumenta significativamente entre las 36 y 48 horas postparto, se nivela a volúmenes de 500-750 ml/ 24 horas a los 5 días postparto.

El calostro tiene 2 g/100 ml de grasa, 4 g/100 ml de lactosa y 2 g/100 ml de proteína. Produce 67 Kcal/100 ml. Contiene menos cantidades de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc. El betacaroteno le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado. La concentración promedio de Ig A y la lactoferrina diaria es de 2-3 g, se diluyen al aumentar la producción de leche, oligosacáridos (20 g/L), gran cantidad de linfocitos y macrófagos (100.000 mm<sup>3</sup>) confieren al recién nacido una eficiente protección contra el medio ambiente.

El calostro está ajustado a las necesidades específicas del recién nacido:

- Facilita la eliminación del meconio.
- Facilita la reproducción del lactobacilo bífido en el lumen intestinal.



- Antioxidantes y las quinonas necesarias para protegerlo del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica.
- Inmunoglobulinas cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos.
- El escaso volumen permite organizar progresivamente su tríplico funcional, succión-deglución-respiración.
- Los factores de crecimiento estimulan la maduración de órganos Diana.
- Los riñones inmaduros no pueden manejar grandes volúmenes de líquido; tanto el volumen del calostro como su osmolaridad son adecuados a su madurez.

Reyes y Martínez, el calostro y la leche actúan como moderador, aún si la madre está dando pecho a un hijo mayor durante el embarazo, su leche pasará por una etapa calostrada antes y después del nuevo nacimiento<sup>58</sup>.

**Tabla 2 Composición de la leche humana diaria, calostro y leche de vaca entera.**

	<b>Calostro</b>	<b>Leche Madura</b>	<b>Leche de Vaca</b>
Calorías	670 cal/l	750 cal/l	701 cal/l
Minerales cationes (sodio, potasio, calcio y magnesio)	70 mEq/l	70 mEq/l	150 mEq/l
Minerales aniones (fósforo, azufre y cloro)	40 mEq/l	30 mEq/l	110 mEq/l
Hierro	70 µg/100 ml	3 mg/100 ml	46 µg/100 ml
Cobre	40 µg/100 ml	1,1µg/100 ml	10 µg/100 ml
Zinc	40 mg/100 ml	30 mg/100 ml	-

Proteínas gramos/litros (caseína, seroproteínas, lactoalbúmina, lactoglobulina, Inmunoglobulina)	23 g/l	10-12 g/l	32 g/l
Aminoácidos	12 g/l	12,8 g/l	33 g/l
Nitrógeno no proteico (urea, creatinina, ácido úrico, glucosamina, amoníaco y α-amino)	910 mg/l	300-500 mg/l	252 mg/l
Lisozima	460 mg/l	390 mg/l	0,13 mg/l
Hidratos de carbono	57 g/l	60-70 g/l	47 g/l
Grasas	30 g/l	35-45 g/l	38 g/l
Vitamina A	1,61 mg/l	0,61 mg/l	0,27 mg/l
Carotenos	1,37 mg/l	0,25 mg/l	0,37 mg/l
Tocoferol	14,8 mg/l	2,4 mg/l	0,6 mg/l
Tiamina	0,019 mg/l	0,142 mg/l	0,43 mg/l
Riboflavina	0,302 mg/l	0,373 mg/l	1,56 mg/l
Vitamina B <sub>6</sub>	-	0,18 mg/l	0,51 mg/l
Ácido nicotínico	0,75 mg/l	1,83 mg/l	0,74 mg/l
Vitamina B <sub>12</sub>	0,45 µg/l	0,5 µg/l	6,6 µg/l
Biotina	0,5 µg/l	2 µg/l	22 µg/l
Ácido fólico	0,5 µg/l	24-30 mg/l	35-40 mg/l

Ácido pantoténico	1,8 mg/l	2,5 mg/l	3,4 mg/l
Ácido ascórbico	72 mg/l	52 mg/l	10 g/l

Fuente: Adaptada de Aguilar (2003)<sup>28</sup>.

### **Leche de Transición.**

Inicia su producción después del calostro, dura entre cinco y diez días, eleva las concentraciones de lactosa, grasas debido al aumento de colesterol, fosfolípidos y vitaminas hidrosolubles; disminuyen proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles se diluyen por el incremento de producción, puede alcanzar 660 ml/día 15 días postparto, el color blanco se debe a la emulsificación de grasas y a la presencia de caseinato de calcio<sup>59</sup>.

### **Leche Madura.**

A partir de los 15 días postparto la leche cambia su composición, el volumen promedio es de 750 ml/día - 1,200 ml/día en madres con embarazo múltiple.

Agua: representa el 87% del total de sus componentes y cubre satisfactoriamente los requerimientos del bebé, aun en circunstancias extremas de calor, por lo que no requieren líquidos suplementarios.

Osmolaridad: La carga renal de solutos en la leche humana es de 287 a 293 mOsm, cifra menor si se compara con fórmulas infantiles de leche de vaca, la importancia estriba en mayor carga renal de solutos.

Energía: Aporta 670 a 700 Kcal/l en su mayoría a través de los hidratos de carbono y grasas.

Hidratos de Carbono: Aportan energía al sistema nervioso central, la lactosa es el principal hidrato; favorece el desarrollo de la flora intestinal por las bifidobacterias e impide el crecimiento de microorganismos patógenos por ser acidificante, mejora la absorción de calcio y mantiene estable la osmolaridad, conserva bajas concentraciones de sodio y potasio. La galactosa es fundamental para la formación de galactopéptidos y galactolípidoscerebrósidos en el sistema nervioso central.

### **Variables que modifican las concentraciones de grasas en la leche materna.**

La función básica en todas las especies es el control efectivo de la provisión de leche a la cría en las cantidades adecuadas y con los intervalos apropiados.

- Momento del día.
- Durante la tarde se incrementan las concentraciones.
- Después de los 10 minutos de succión en cada pecho, la concentración incrementa paulatinamente de 1,5-2% hasta alcanzar cifras óptimas de 5-6%.

Variaciones individuales:

- Adecuada ingesta de grasas por parte de la madre, garantiza niveles óptimos en la leche.
- Alteraciones en la función de la 6-desaturasa, disminuyen concentraciones de ácidos grasos poliinsaturados en leche humana.
- Mujeres con mayor ganancia de peso durante el embarazo ven incrementadas las grasas en leche materna
- A mayor volumen de leche materna producida, menor será la concentración de grasas<sup>60</sup>.

**Tabla 3. Beneficios de la Lactancia Materna.**

Madre	Recién nacido
Crea vínculo afectivo con su hijo.	Favorece liberación de la hormona de crecimiento y un óptimo desarrollo cerebral, fisiológico e inmunológico.
El inicio de la lactancia materna inmediata después del parto estimula la liberación de oxitocina.	Contiene los nutrientes que el bebé necesita para crecer y desarrollarse sano, fuerte e inteligente.
Disminuye el sangrado postparto.	Contiene anticuerpos especiales que protegen el bebé contra infecciones respiratorias, gripe, asma, infecciones de oído, diarreas, alergias y otras enfermedades.
Reduce el riesgo de anemia <sup>61</sup> .	Disminuye o retrasa la aparición de problemas de tipo inmunológico: alergias

	(dermatitis atópica, asma), leucemia, enfermedades crónicas intestinales.
Previene el cáncer de mama, de ovario y el riesgo de osteoporosis después de la menopausia.	Disminuye el riesgo de muerte súbita, de sobrepeso y obesidad, de enfermedad celíaca (intolerancia al gluten), de los efectos nocivos de los contaminantes ambientales, de maltrato infantil <sup>62</sup> .
Reduce el riesgo de depresión postparto.	Previene enfermedades en la edad adulta: diabetes, hipercolesterolemia, coronariopatías, cáncer.
Reduce el riesgo de presentar diabetes tipo 2.	Reduce el riesgo de malnutrición infantil.
Regreso al peso previo al embarazo.	Inteligencia cognitiva y emocional. Transmite al bebé seguridad afectiva y esto repercute en su autoestima y en su empatía en el futuro.
Funciona como método natural (no totalmente seguro) de control de natalidad.	Es de fácil digestión y evita el estreñimiento.

Fuente: González y Sánchez (2019)<sup>45</sup>.

### **Para la sociedad.**

Además de ser el método de alimentación infantil más segura y saludable, la lactancia materna (LM) no genera costo. Para muchas familias con bajos recursos, el costo prohibitivo de los sucedáneos de la leche materna los torna inaccesibles.

En especial cuando se presenta el sorpresivo costo adicional del cuidado de salud del niño enfermo. Cuando el costo del cuidado médico recae sobre el sistema de salud o las prestadoras de servicios de salud, el impacto económico se siente a ese nivel. Cuando la enfermedad del niño motiva la ausencia de la madre al trabajo, los empleadores y la economía también se ven afectados. A pesar de que los costos económicos de no amamantar son generalmente mayores para las familias y los países pobres, la evidencia que presentamos sugiere también el serio impacto en los países desarrollados<sup>10</sup>.

### **Factores asociados al éxito o abandono de la lactancia materna.**

Son numerosas las situaciones que vive la madre y el hijo causantes de una lactancia materna exclusiva (LME) o una LM suspendida o abandonada, dependerán de las causas que los originen, los factores con mayor prevalencia en causar injerencia son los factores relacionados al empoderamiento de la madre estrechamente relacionado con la falta de información proporcionada por un personal sanitario capacitado.

En estudios realizados previamente acerca del abandono de la lactancia materna, se establecieron factores asociados a dicho problema que en los últimos años ha ido en aumento<sup>54</sup>. Los factores asociados pueden ser de origen diverso, clasificándolos en: maternos, servicio de salud y sociales.

**Tabla 4 Reconocimiento de Factores asociados al éxito y abandono de LME.**

Materno	Servicios de salud	Sociales
<ul style="list-style-type: none"><li>• Edad materna.</li><li>• Paridad.</li><li>• Vía de nacimiento.</li><li>• Semanas de gestación al nacimiento.</li><li>• APEO.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Control prenatal.</li><li>• Atención del nacimiento.</li><li>• Inicio de la primer tetada.</li><li>• Profesionales capacitados</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Escolaridad.</li><li>• Ocupación.</li><li>• Ingreso económico mensual.</li></ul>

Fuente: Ayala García IX y Serrano Olivar RA, Factores asociados al éxito y abandono de la lactancia materna exclusiva en Sevilla, España (2020).

## **Factores asociados de origen materno.**

### **Edad materna.**

A pesar de la información disponible acerca de la importancia de la lactancia materna, se ha observado que a menor edad materna (<25 años) disminuye el período de lactancia, grupo que debería ser prioritario para el equipo de salud en las acciones de promoción y prevención de enfermedades materno-infantiles<sup>63</sup>.

### **Paridad.**

Haber amamantado con éxito a un hijo anterior se relaciona con una mayor duración de la lactancia materna, esto puede ser debido a que las mujeres sin experiencia anterior tienen menores habilidades para afrontar la lactancia y sus dificultades, en comparación con aquellas que si han amamantado. Por el contrario, el haber tenido una mala experiencia anterior, con respecto a la lactancia materna, influye en el abandono de la lactancia materna exclusiva (LME)<sup>64</sup>.

### **Vía de nacimiento.**

La alta incidencia de cesáreas ocurridas en la actualidad ha sido un factor determinante para el abandono de la LM, ya que retrasa el proceso de lactogénesis. Además se ha observado en algunos hospitales, en lugar de favorecer el contacto piel con piel desde el momento del nacimiento, separan al binomio, en consecuencia, se retrasa el desarrollo del reflejo de succión por parte del lactante y la liberación de prolactina por parte de la madre<sup>65</sup>.

### **Semanas de gestación.**

Las semanas de gestación se ven afectadas con la lactancia materna exitosa, principalmente en niños nacidos pretérmino, observándose que tienen limitación para succionar adecuadamente y deglutir<sup>66</sup>.

### **Morfologías maternas: Pezones planos e invertidos.**

No suelen impedir la LM, los pezones no tienen un papel en la producción de leche, sino en la facilidad para que el bebé succione y se oriente, logrando generar estrés en la madre al no conciliar una LM exitosa<sup>67</sup>. Los pezones planos o invertidos no tienen por qué ser un obstáculo para una correcta posición, ya que el bebé mama de la areola, no del pezón.

El uso de pezoneras, retrasa el aprendizaje del bebé a mamar correctamente e impide el moldeamiento del pezón.

### **Dolor.**

La lactancia no duele, si la mujer refiere dolor al inicio de la succión y cede o se alivia cuando lo suelta, identificaremos varios factores los cuales corregiremos con una valoración correcta, la mayoría al tratarse de madres primerizas son por posición o agarre incorrecto.

### **Grietas.**

La generación de grietas se relaciona con postura y agarre incorrecto, mantener humedad en el sujetador por la fibra o en las “empapaderas” aumenta si son plastificadas; así como el uso de sustancias irritantes para el pezón como jabón, cremas, pomadas y desinfectantes. Al concluir la toma, añadir unas gotas de leche al pezón y esperar la absorción, a su vez la aréola secreta una sustancia oleosa y lubricante protector<sup>20</sup>.

### **Ingurgitación mamaria.**

Se origina por múltiples factores, mal agarre, posición incorrecta, vaciado inadecuado, tomas prolongadas, ocasionando la obstrucción de conductos galactóforos; la mujer suele presentar pechos muy congestionados, tensos, duros, dolorosos; la areola se forma tensa por cual al bebé le resulta difícil agarrarse, en algunos casos origina febrícula o fiebre, se presenta entre los días segundo y quinto tras el parto. Es más frecuente en los niños que no se han puesto a mamar desde el nacimiento y que no maman a demanda.

### **Mastitis.**

Usualmente aparece posterior a las grietas, debido a la obstrucción de un conducto lactífero o congestión no tratada.

### **Absceso mamario.**

Colección de exudado supurativo localizado en una zona de la mama que carece de apertura para drenar. Suele ocurrir como resultado de una mastitis mal tratada, es poco frecuente (3-11 % de las mujeres que tienen mastitis) o de una obstrucción mamaria



que no se ha tratado. También puede ocurrir debido a una infección que entra en la mama a través de una grieta en un pezón. Mientras el sistema inmunitario del cuerpo trata de luchar contra la infección, parte del tejido en el área se moldea y forma pus, rodeada por un tejido endurecido e inflamado que se puede sentir como un bulto<sup>68 69</sup>.

### **Factores asociados a la atención sanitaria.**

#### **Control prenatal.**

La vigilancia del embarazo en Atención Primaria pretende la preparación global para la maternidad, influyendo en una etapa de especial vulnerabilidad para la salud materno-fetal, en España existe una mayor receptividad materna para las actividades de educación para la salud. Es la mejor estrategia para promover la lactancia materna, la educación constituye el pilar fundamental para el logro de esta meta, permite:

- Identificar factores de riesgo que obstaculicen la LM.
- Educar sobre los beneficios de la lactancia para la madre y el niño
- Educar sobre la técnica de preparación y cuidado de los pezones.
- Educar sobre la técnica de amamantamiento.
- Dar a conocer a la madre que trabaja sus beneficios legales.
- Educar sobre la técnica de extracción de leche, conservación y posterior utilización de ésta.

A todas las mujeres embarazadas que viven en Andalucía, el Servicio Andaluz de Salud les ofrece la siguiente atención médica:

- Primera visita con cita previa antes de la 10ª semana de gestación.
- Exploraciones ecográficas, al menos, en el primer, segundo y tercer trimestre.
- Evaluación del riesgo obstétrico en todas la visitas.
- Al menos cinco controles prenatales.
- Analítica de sangre: general, bioquímica y serología.
- Test de O'Sullivan, curva de glucemia.
- Analítica de orina: sedimento y cultivo.
- Detección de estreptococo del grupo B (EGB) en el tercer trimestre (35-37 semanas de gestación).

- Educación maternal y plan de cuidados en cada visita.
- El control es llevado por médico Ginecólogo y matrona<sup>70</sup>.

### **Atención del nacimiento.**

La falta de sensibilización por parte del hospital de atención del parto y personal durante el puerperio, es la atención aun oportuna para iniciar y modificar los aspectos que generen obstáculos para una LM, por consiguiente, si la madre y el bebé están sanos, independientemente del tipo de parto que hayan tenido, es importante que el recién nacido sea colocado encima de su madre, en estrecho contacto piel con piel y permitir a ambos mantener dicho contacto, sin interrupciones ni interferencias, al menos hasta que el bebé haya hecho la primera toma de pecho, e idealmente durante todo el tiempo que deseen o no menos de 120 minutos.

El contacto piel con piel no sólo es importante para una buena instauración de la lactancia sino que ayuda al recién nacido a adaptarse mejor a la vida extrauterina y establecer un vínculo afectivo con su madre. El contacto precoz se debe fomentar en todos los recién nacidos independientemente del tipo de alimentación que vayan a recibir posteriormente<sup>71</sup>, con la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) se espera disminuir este factor.

### **Inicio de la primera tetada.**

No existe evidencia que sugiera la restricción de la interacción madre-hijo postnatal precoz<sup>72</sup>. Falta de sensibilización por parte del hospital de atención del parto y personal durante el puerperio, si la madre y el bebé están sanos, independientemente del tipo de parto que hayan tenido, es importante que el recién nacido sea colocado encima de su madre, en estrecho contacto piel con piel y permitirles a ambos mantener dicho contacto, sin interrupciones ni interferencias, al menos hasta que el bebé haya hecho la primera toma de pecho, e idealmente durante todo el tiempo que madre a hijo deseen.

### **Profesionales capacitados.**

La orientación adecuada depende del conocimiento por parte de los profesionales sanitarios (PS), logrando continuidad exitosa, proporcionando mayores beneficios a ambos<sup>35</sup>, el aspecto clave en el abordaje del binomio madre-lactante es el establecimiento de un sentimiento de confianza en la madre y el profesional sanitario<sup>32</sup>, el equipo multidisciplinario que atienda a mujeres o niños, pediatras, obstetras, médicos de familia, enfermeras, matronas, auxiliares, médicos residentes, debe

formarse en lactancia materna, actualizar sus conocimientos teóricos, prácticos y de asesoramiento a la madre. Es importante que conozcan la fisiología de la lactancia, así como el funcionamiento de una buena técnica. La clave es establecer una sensación de confianza en la madre, apoyarla, evitar dar orientación errónea o contradictoria; sobre todo disuasorios ante la mínima dificultad. La atención inadecuada o incoherente por parte del profesional sanitario, cuando no presenta una motivación para informar a las madres o no existe un personal asignado, ha sido identificado como un importante obstáculo para la LM<sup>73</sup>.

El alta de hospitalización del binomio se suele realizar antes de que se establezca la “subida de la leche”, es necesario reafirmar las actuaciones, tanto en la fase previa, mediante la atención prenatal, como en la fase puerperal, a través de una buena coordinación con la atención primaria para el seguimiento de la lactancia natural a través de los Programas de Salud Materno-Infantil.

### **Factores sociales.**

Constituyen un grupo de problemas por los que no siempre se indaga y la madre no relata espontáneamente. Incluyen frecuentemente, la falta de apoyo, ansiedad materna, desconocimiento y presión social. Susana Ares, coordinadora del Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría (AEP), afirma que a la madre que da el pecho en público parte de la sociedad la ve como «una hippie», alguien que «no tiene pudor», cuando la leche materna es la «óptima» alimentación para los bebés en los primeros meses de vida. España vivió una etapa de retroceso de la LM, las madres postergan el proceso de maternidad, mantienen su vida social activa de crecimiento personal, laboral, económico, regresan a su vida a las horas postparto en donde incluyen al recién nacido sin total apego a ellas<sup>36</sup>.

### **Escolaridad.**

Se ha observado que las madres con menor grado de estudios han abandonado la lactancia materna en comparación con las madres con un mayor nivel de estudios. El grupo vulnerable son las mujeres con educación menor a la primaria<sup>74</sup>.

### **Ocupación.**

Existe una asociación directa significativa entre la práctica de LME y la ocupación de la madre, ya que se ha observado que las amas de casa llevaron a cabo mejor lactancia que las que estudian y/o trabajan<sup>75</sup>. Se ha observado que las jornadas de trabajo más intensivas influyen negativamente en la duración de la LME<sup>76</sup>.

### **Ingreso Mensual.**

En investigaciones anteriores se ha demostrado que el ingreso mensual es proporcional al riesgo de abandonar la lactancia materna antes de los 6 meses de edad, ya que se ha observado que, a menor ingreso mensual en el hogar, menor es el riesgo de abandonar la LME<sup>45</sup>.

### **Falta de empoderamiento.**

La autopercepción materna para la lactancia es el pensamiento de las madres sobre su habilidad para dar pecho; relacionándose con la duración y exclusividad de la lactancia exitosa, se asocia a uno de los principales motivos para iniciar la lactancia materna o abandonarla completamente, en muchos casos las madres perciben que su leche no es suficiente para que quede satisfecho su bebé, complementando con el uso de fórmulas artificiales y así abandonando la LME antes de los 6 meses de vida<sup>77</sup>.

Durante la práctica de LM surgen momentos que hacen dudar a las madres conocidas como: "Crisis o baches de lactancia", denominadas a los momentos en los que, de forma inesperada, se produce una disminución de la producción de leche. Suele ser por momentos críticos que habitualmente coinciden con periodos de crecimiento del lactante, en general entre el mes y medio y los tres meses de vida, en los que el niño obtiene más cantidad de leche, aumentando la frecuencia de las tomas, cansancio de la madre o por enfermedad de la madre o del niño.

Solucionarlo con la administración de un biberón como suplemento puede suponer el abandono de la lactancia. En general, las crisis de lactancia se resuelven aumentando la frecuencia de las tomas, descanso materno y apoyo familiar.

### **Vínculo de red de apoyo.**

La correcta lactancia del recién nacido depende del éxito de la interacción entre la madre y el lactante, junto con el apoyo apropiado por parte del padre, la familia y los recursos sanitarios existentes<sup>32</sup>. Los grupos de apoyo a madres están constituidos,

generalmente, por mujeres con experiencia, formación en lactancia, habilidades de comunicación y capacidad de ayuda a mujeres en situación similar. Su función es sustituir a la red de mujeres que antiguamente enseñaron y ayudaron a la nueva madre en el “arte del amamantamiento”, gran parte de los consejos que necesita una madre no es necesario que provengan de un profesional sanitario, de ahí que sea tan importante la gran ayuda que suponen estos grupos como servicio informal de salud a toda la comunidad, suelen plantearse algunos temas como la postura, la frecuencia de la toma, el problema de las grietas, la ingurgitación y cómo evitarlos o resolverlos, permite que las integrantes del grupo planteen sus experiencias, dudas o dificultades. No ofrecen orientación médica y cuando reconocen que existe un problema por encima de su capacidad, se estimula a la madre a consultar con un médico.

### **Reincorporación al trabajo.**

Para poder trabajar sin dejar de darle el pecho a su hijo, la madre necesita información, confianza en sí misma, saber sus derechos, sobre todo, apoyo familiar (pareja, familia), social (amigos, comunidad) y laboral (política de la empresa, dirección y compañeros de trabajo)<sup>17</sup>. Conforme al Boletín Oficial del Estado, Nº 27 (08-02-2019). La prestación por maternidad, la duración es de 16 semanas ininterrumpidas, de las cuales las 6 primeras serán de obligado cumplimiento para la madre. El resto, pueden ser compartidas con el otro progenitor. Además, se sumarán dos semanas más en los casos de discapacidad por cada hijo, con carácter excepcional, podrá ampliarse este periodo hasta un máximo de 13 semanas adicionales si el recién nacido tiene que ser hospitalizado después del parto<sup>78</sup>.

En la guía de buenas prácticas 664: Lactancia materna y vuelta al trabajo, publicada en el año 2014, menciona las medidas de apoyo y las obligaciones legales que el empresario establecerá para evitar que la trabajadora abandone la lactancia natural al reanudar el trabajo. Las principales acciones que el empresario puede poner en marcha para proteger el derecho a la lactancia natural son:

- Asegurarse de que cumple la normativa vigente en lo relativo a la protección de la lactancia.
- Elaborar y aplicar estrategias en la empresa que permitan a la trabajadora en periodo de lactancia tener acceso a permisos por maternidad más largos u horarios laborales más flexibles.

- Permitir la realización de las pausas necesarias para amamantar a sus hijos o para extraer la leche.
- Poner a disposición de la trabajadora algún lugar limpio, confortable y privado para la extracción y almacenamiento de la leche materna.
- Facilitar el acceso al consejo individual, en el caso de existir personal sanitario en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

**Tabla 5 Algunas medidas de apoyo en relación al tiempo de trabajo.**

MEDIDA	EJEMPLO
<b>Flexibilidad horaria</b>	Flexibilizar horario de entrada y salida. Establecer franjas de permanencia obligada y permitir realizar el resto de la jornada según necesidades y tipo de jornada. Reducción de la jornada laboral sin o con menor repercusión económica.
<b>Pausas regladas</b>	Permitir la realización de pausas de duración y frecuencia para dar de mamar o proceder a la extracción de la leche (2 pausas al día de 20 min.
<b>Teletrabajo o trabajo a domicilio</b>	Posibilidad de trabajar desde casa de forma total o parcial.

Fuente: IHAN (2019)<sup>11</sup>.

## Recomendaciones para el mantenimiento de la LM

### Signos de buena posición de agarre.

Son elementos del binomio para garantizar una LM exitosa, el personal sanitario está obligado a enseñarlos e identificarlos si existiese una alteración en la LM que complique su continuidad.

- La cabeza y el cuerpo del bebé están en línea recta.
- La cara del bebé mira hacia el pecho.
- La madre mantiene el cuerpo del bebé cerca de ella.

Si el bebé es un recién nacido, la madre le da apoyo en las nalgas y no solamente a la cabeza y los hombros.

Signos y Síntomas de un Síndrome de Posición:

- Mejillas hundidas.
- Succión rápida y ruidosa.
- Movimientos periorales.
- Dolor y grietas en los pezones.
- No soltar el pecho por sí mismo.
- Ingurgitación, a veces mastitis.
- Reflejo de eyección intenso y repetido.
- Atragantamiento, a veces rechazo del pecho.
- Vómitos y regurgitaciones.
- Escaso aumento de peso.
- Toma frecuente y prolongada (la toma de más de una hora que casi se empalman unas con otras, pueden ser normales en algunos niños de pocas semanas, pero también pueden ser indicio de mala posición, por lo que ante la duda es conveniente verificar la posición y la succión del bebé).

Signos de un Síndrome de Confusión de Pezón debido a la interferencia de chupetes y biberones pueden ser:

- La boca del bebé está muy cerrada, solo es capaz de abarcar el pezón y no areola.

- La posición y movimientos de la lengua difieren, el bebé tiende a mover la lengua delante del pezón en vez de colocarla debajo.
- Tanto por parte del bebé (frenillo lingual corto, retrognatia) como de la madre (tamaño y orientación del pecho o el pezón) pueden dificultar un correcto agarre del bebé al pecho.
- Hacer “la pinza” o sea sujetar el pecho entre los dedos índice y corazón, puede ser factor de riesgo para una mala posición y succión, impide al bebé abarcar el pecho con la boca.

Reconducir una posición o succión inadecuada hasta conseguir una lactancia exitosa y satisfactoria es posible, con información, paciencia y apoyo adecuados<sup>25</sup>.

### **Técnica correcta de amamantamiento.**

Para una LME hay que asegurar una buena técnica de amamantamiento y un buen acoplamiento boca pezón-areola.

1. La madre se sienta cómoda, con la espalda apoyada e idealmente un cojín sobre las piernas, apoya la cabeza del niño sobre el ángulo del codo, sostiene la mama con los dedos en forma de “C”.
2. La madre comprime por detrás de la areola con sus dedos índice y pulgar para que cuando el niño abra la boca, al estimular el reflejo de apertura, tocando el pezón a sus labios, ella introduce el pezón y la areola a la boca del niño. Así su lengua masajea los senos lactíferos (que están debajo de la areola) contra el paladar y así extrae la leche sin comprimir el pezón (por que este queda a nivel del paladar blando) y no provoca dolor.
3. El niño enfrenta a la madre; abdomen con abdomen, quedando la oreja, hombro y cadera del niño en una misma línea. Los labios están abiertos (evertidos), cubriendo toda la areola. La nariz toca la mama. Si se puede introducir un dedo entre la nariz y la mama, quiere decir que el niño está comprimiendo el pezón y no masajeando la areola.



## Posiciones y posturas para amamantar.

Postura: Es la forma en que se coloca la madre para amamantar, hay diversas, todas sirven y la elección de una u otra dependerá del lugar, las circunstancias o las preferencias de cada madre.

Posición: Forma en que es colocado el bebé para que mame, también las hay diversas y todas pueden servir, aunque en función de las circunstancias unas pueden ser más eficaces que otras, lo importante es que nunca ha de doler.

Como regla general, hay que amamantar con comodidad, la madre ha de tener la espalda y los pies bien apoyados, con los hombros hacia atrás, nunca encorvada sobre el bebé. En el caso de posturas estiradas también habrá que disponer a apoyo para la cabeza, el bebé también ha de estar bien apoyado. Los primeros meses podría ser difícil apoyar sobre el regazo de la madre el cuerpo el bebé, sino que será necesario disponer de cojines donde la madre pueda apoyar los brazos mientras sujeta al bebé, o apoyar al bebé si, ocasionalmente, necesita una mano libre.

## Posturas de la madre y del bebé al pecho.

- ❖ Sentada
- ❖ Acostada
- ❖ Semi-reclinada

En cualquier caso y sea cual sea la postura o posición escogida, es importante verificar que el bebé está succionando correctamente, con la boca bien abierta, los labios evertidos, la lengua debajo del pezón y con nariz y barbilla tocando el pecho:

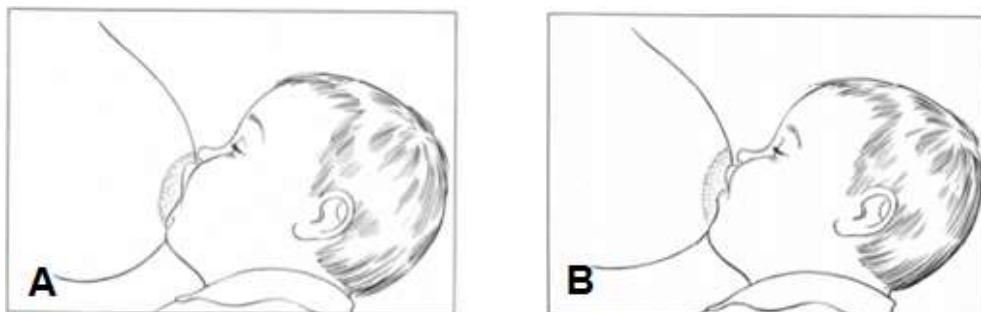


Imagen 2 Succión correcta (A) Succión incorrecta (B) (Reproducido de González y Sánchez<sup>45</sup>)

### Posturas sentadas- Posición “**Estirado**”

El bebé estirado frente a la madre “barriga con barriga”, mamando de un pecho y con sus pies hacia el otro pecho. Es quizás la posición más común. Una variante de la posición anterior es colocar al bebé de forma inversa<sup>45</sup>.



Imagen 3 Posición Estirado (Reproducido de González y Sánchez<sup>45</sup>).

### **Acostada.**

La madre se sitúa acostada de lado, con el bebé también de lado, con su cuerpo enfrentado y pegado al cuerpo de la madre. Cuando el bebé abra la boca, la madre puede acercarlo al pecho empujándolo por la espalda, para facilitar el agarre<sup>45</sup>.



Imagen 4 Posición Acostada (Reproducido de González y Sánchez<sup>45</sup>).

### **Crianza biológica.**

La madre se coloca acostada (entre 15 y 65°) boca arriba y el bebé boca abajo, en contacto piel con piel con el cuerpo de la madre. Esta postura permite al bebé desarrollar los reflejos de gateo y búsqueda. La madre le ayuda a llegar al pecho ofreciendo límites con sus brazos<sup>45</sup>.



Imagen 5 Posición crianza biológica (Reproducido de González y Sánchez<sup>45</sup>).

### **Balón de rugby o sandía.**

El cuerpo del bebé pasa por debajo del brazo de la madre y sus pies apuntando a su espalda, es muy útil para drenar los conductos que se encuentran en la cara externa de los pechos y así prevenir, o si es el caso curar, posibles obstrucciones o mastitis que, aunque pueden darse en cualquier zona del pecho, suelen ser más frecuentes en esa. Tanto la posición estirada como la de rugby funcionan perfectamente bien si la madre, en lugar de estar sentada, está colocada en postura semi-reclinada<sup>45</sup>.



Imagen 6 Posición balón de rugby (Reproducido de González y Sánchez<sup>45</sup>).

### **Cruzada.**

Se coloca ambos bebés a lo largo de la almohada (o sobre tu regazo) mirando un bebé hacia un pecho y el otro hacia el otro pecho, de manera que ambos cuerpos se crucen<sup>45</sup>.



Imagen 7 Posición cruzada (Reproducido de González y Sánchez<sup>45</sup>).

### **Mixta.**

Combinando las dos posturas anteriores, se coloca a un bebé en la posición de “balón de rugby” y a la otra criatura sobre el regazo o sobre una almohada o cojín<sup>45</sup>.



Imagen 8 Posición mixta (Reproducido de González y Sánchez<sup>45</sup>).

## **Caballito.**

El bebé está sentado a horcajadas sobre una de las piernas de la madre. Aunque poco frecuente, esta posición puede ser muy útil con bebés con dificultades para fijar el pecho, bien por retrognatia (maxilar inferior corto o retraído) u otras causas. En esta posición conviene que, al introducir el pecho en la boca del bebé, el pezón apunte “hacia arriba” en dirección a su paladar, de forma que una buena porción de pecho descansa sobre el labio inferior facilitando el agarre<sup>45</sup>.

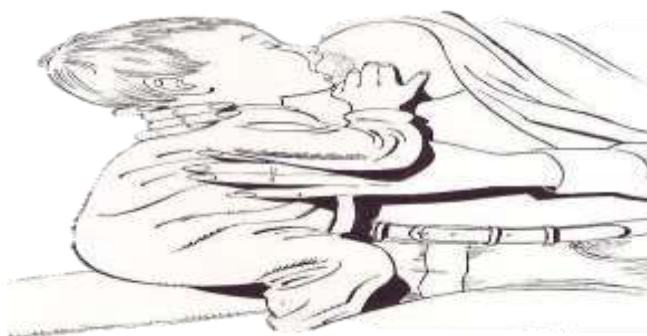


Imagen 9 Posición caballito (Reproducido de González y Sánchez<sup>45</sup>).

## **Iniciativa Hospital Amigo de los Niños “IHAN”.**

En 1989 la OMS y UNICEF publicaron la declaración conjunta sobre “Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural”, se considera el origen de la Iniciativa “Hospital Amigo de los Niños”, fue hasta 1991, donde se pone en marcha la IHAN, basada en los diez pasos para una feliz lactancia natural, se enfatiza la necesidad de centrar la intervención en los servicios de atención a la salud y se resumen las prácticas de maternidad necesarias para el soporte de la alimentación al pecho, haciendo referencia a la atención perinatal y concretamente, a los hospitales-maternidades, se considera que mientras no mejoren las prácticas rutinarias de dichos servicios existirá un obstáculo importante para cualquier intento de promover la lactancia materna fuera de las instituciones de salud.

La IHAN, se dirige hacia el amamantamiento, dado que muchos de los fallos de la lactancia están en dicha fase, planteándose la estrategia de que sí somos capaces de

iniciar una buena lactancia natural habrá más posibilidades de prolongar la lactancia y realizar otros reforzamientos<sup>35</sup>.

**Tabla 6 Diez pasos hacia una feliz Lactancia Natural.**

Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberán:

1. Disponer de política por escrito relativa a la lactancia.
2. Capacitar al personal para que pueda ponerla en práctica.
3. Informar a las embarazadas sobre los beneficios de la lactancia natural.
4. Ayudar a iniciar LM en la media hora posparto.
5. Enseñar a las madres cómo dar de mamar.
6. No dar a los niños ninguna otra bebida además del pecho.
7. Facilitar la cohabitación las 24 horas del día.
8. Fomentar la LM a demanda.
9. No dar a los niños amamantados biberones o chupetes.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica<sup>79</sup>.

Fuente: Gökçay (2012)<sup>53</sup>

## **CAPÍTULO IV METODOLOGÍA.**

### **4.1 Tipo de estudio y diseño.**

De acuerdo con los propósitos establecidos se realizó un diseño cuantitativo, observacional y descriptivo correlacional. Un estudio descriptivo tiene la finalidad de explicar, controlar y predecir los fenómenos mediante la aplicación del método científico<sup>80</sup>, ofrece información sobre la situación del problema de salud de interés, permite evaluar y describir simultáneamente la población<sup>81</sup>. Con respecto a la dirección temporal se recolectaron datos de tipo transversal, ya que se realizó una sola medición de los factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva, pues la recogida de datos ocurrió posterior a la planeación del proyecto, observacional puesto que no se aplicaron intervenciones, se recogió la información de acuerdo con los criterios establecidos y para los fines específicos de la investigación. Para identificar factores asociados al éxito o abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres residentes en Andalucía en la provincia de Sevilla, España.

### **4.2. Universo y muestra.**

La muestra estuvo conformada por 179 mujeres con hijos sanos cursando entre el séptimo mes y doceavo mes de vida que acudían al grupo de apoyo a la Lactancia Materna en el Centro de Salud “Mercedes Navarro Parque Alcosa” de Sevilla, España, se seleccionaron las unidades de estudio por medio de muestreo por conveniencia accesibles en el momento del acopio de datos.

### **4.3. Criterios de selección de la muestra.**

#### **4.3.1 Criterios de inclusión.**

Los criterios de inclusión para conformar la muestra comprendieron a mujeres con hijos sanos cursando el séptimo mes al año de vida, que acudían al Grupo de Apoyo a la Lactancia Materna en el Centro de Salud “Mercedes Navarro Parque Alcosa” y comprendan el castellano.

### **4.3.2. Criterios de exclusión.**

Se excluyeron de la muestra las mujeres que asisten al grupo de apoyo de Lactancia Materna en el Centro de Salud “Mercedes Navarro Parque Alcosa” que no aceptaron participar, con enfermedad concomitante asociadas al embarazo y con recién nacido de alto riesgo.

## **4.4. Hipótesis principal.**

### **4.4.1 Hipótesis de investigación.**

El éxito o el abandono de la lactancia materna exclusiva se asocia con la edad materna, paridad, semanas de gestación al nacimiento, control prenatal, APEO, nivel socioeconómico, escolaridad, ocupación, falta de información sobre lactancia materna (LM); factores asociados a los servicios de salud como: personal a cargo de control prenatal, personal que brinda información de LM, atención del nacimiento e inicio de la primera tetada.

### **4.4.2 Hipótesis estadísticas.**

Ho: El éxito de la LME es dependiente de factores como: edad, escolaridad, ocupación, ingreso económico, paridad, semanas de gestación al nacimiento y APEO.

H<sub>1</sub>: El éxito de la LME es independiente de factores como: edad, escolaridad, ocupación, ingreso económico, paridad, semanas de gestación al nacimiento y APEO.

Ho: El abandono de la LME es dependiente de factores como: edad, escolaridad, ocupación, ingreso económico, paridad, semanas de gestación al nacimiento y APEO.

H<sub>1</sub>: El abandono de la LME es independiente de factores como: edad, escolaridad, ocupación, ingreso económico, paridad, semanas de gestación al nacimiento y APEO.

Ho: El éxito de la LME es dependiente de factores asociados a los servicios de salud como: control prenatal, personal a cargo de control prenatal, personal que brinda información de LM, atención del nacimiento e inicio de la primera tetada.

H<sub>1</sub>: El éxito de la LME es independiente de factores asociados a los servicios de salud como: control prenatal, personal a cargo de control prenatal, personal que brinda información de LM, atención del nacimiento e inicio de la primera tetada.



Ho: El abandono de la LME es dependiente de los factores asociados a los servicios de salud como: control prenatal, personal a cargo de control prenatal, personal que brinda información de LM, atención del nacimiento e inicio de la primera tetada.

H<sub>1</sub>: El abandono de la LME es independiente de los factores asociados a los servicios de salud como: control prenatal, personal a cargo de control prenatal, personal que brinda información de LM, atención del nacimiento e inicio de la primera tetada.

## 4.5 Variables

### 4.5.1 Variable dependiente

Variable dependiente éxito de la lactancia materna exclusiva

Variable Dependiente	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición
Éxito de LME	Alimentación del lactante con leche materna de la madre o de la mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, durante los primeros 6 meses de vida <sup>1</sup> .	Inicio de LM.	Cuantitativa discreta.
		Duración de LME.	Cuantitativa discreta.

Variable dependiente abandono de la lactancia materna exclusiva

Variable Dependiente	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición
Abandono de LME.	Conclusión de la alimentación del seno al lactante de forma exclusiva, antes de los primeros 6 meses de vida. <sup>68</sup>	Duración de LM.	Cuantitativa discreta.
		Motivo de abandono.	Cualitativa nominal.
		Sustitución de LM.	Cualitativa nominal.
		Inicio de ablactación.	Cuantitativa discreta.

#### 4.5.2 Variable independiente

Variable independiente asociado a factores maternos.

Variable Independiente	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición
Edad.	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo <sup>82</sup> .	Años cumplidos al momento del estudio.	Cuantitativa discreta
Paridad.	Es el número de orden de sucesión del nacimiento que está siendo registrado, en relación con todos los partos anteriores de la madre, prescindiendo de si los partos fueron de nacidos vivos o de fetos muertos <sup>83</sup> .	Número de gesta respecto al embarazo anterior, sin importar la resolución del mismo.	Cuantitativa discreta.
Vía de resolución del embarazo.	Vía de nacimiento del producto, es decir el feto es expulsado por el canal de parto natural (vagina) o bien abdominal, es decir, por el abdomen de la madre (cesárea). Los partos vaginales pueden ser eutócicos, estos son los partos normales, o bien instrumentados, que precisan de instrumentos aplicados por el médico para ayudar en el parto vaginal. Estos instrumentos son los fórceps, las espátulas o las ventosas <sup>84</sup> .	Resolución del embarazo vía abdominal o vaginal.	Cualitativa ordinal
Semanas de gestación.	Periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación normal en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos hormonales; hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas y días completos <sup>85</sup> .	Edad gestacional que se le dio al nacimiento al lactante.	Cuantitativa discreta

	<p>Nacimiento: expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción, empleado tanto para nacidos vivos o defunciones fetales.</p> <p>Nacimiento con producto pretérmino: ocurre antes de las 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación.</p> <p>Nacimiento con producto a término: ocurre entre las 37 semanas y menos de 42 semanas completas (259 a 293 días) de gestación.</p> <p>Nacimiento con producto postérmino: ocurre a las 42 semanas completas o más (294 días o más) de gestación<sup>83</sup>.</p>		
Anticonceptivo posterior a evento obstétrico (APEO)	Anticoncepción que se realiza después de un parto (vaginal o por cesárea) o de un aborto, dentro de las 48 horas antes del alta hospitalaria. Permite a la mujer posponer un nuevo embarazo o finalizar definitivamente su vida reproductiva usando un método moderno, bien sea temporal o permanente <sup>79</sup> .	Método que se colocó posterior al evento obstétrico.	Cualitativa nominal.

Variable independiente asociado a servicios de salud.

Variable Independiente	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición
Control prenatal.	Serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación	Número de consultas prenatales.	Cuantitativa discreta.

	<p>para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida.</p> <p>La OMS recomienda un mínimo de ocho consultas para reducir la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia de las mujeres con la atención<sup>86</sup>. En España, la frecuencia de las consultas prenatales sucesivas está determinada por las necesidades individuales de cada mujer y la previsión de posibles factores de riesgo asociados<sup>87</sup>.</p>		
Atención del nacimiento.	Conjunto de áreas interrelacionadas, donde se lleva a cabo la valoración, preparación, vigilancia y atención, tanto de la mujer embarazada, como el recién nacido, se brinda de acuerdo al riesgo materno infantil.	Establecimiento donde ocurrió el nacimiento.	Cualitativa nominal
Profesionales capacitados.	<p>Personal calificado para la atención prenatal, con pertinencia cultural, considerado estar dirigido a la promoción de estilos de vida saludables, prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico.</p> <p>En cada país se establece un promedio de 23 médicos, enfermeras y parteras por 10 000 habitantes, los países que no superan el mencionado umbral tienen dificultades para prestar una asistencia calificada al parto de numerosas mujeres, así como servicios de emergencia y</p>	Profesional de la salud encargado de la atención obstétrica.	Cualitativa nominal.

	especializados a los recién nacidos y a los niños pequeños <sup>88</sup> .		
--	--	--	--

Variable independiente asociado a factores sociales.

Variable Independiente	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición
Escolaridad.	Grado de estudio que ha recibido la persona.	Último grado de estudios al momento del estudio.	Cualitativa
Ocupación.	Trabajo u oficio que una persona se dedica en un determinado tiempo.	Actividad que desempeña al momento del estudio.	Cualitativa nominal
Ingreso económico mensual.	Conjunto de ingresos monetarios percibidos.	Ingreso percibido mensualmente	Cuantitativa nominal.

## **4.6 Recolección de la información.**

### **4.6.1 Instrumento de recolección.**

El instrumento diseñado exprofeso para identificar las variables tuvo dos etapas, en la primera se realizó una prueba piloto a 17 madres con las mismas características de los criterios de inclusión, posteriormente se modificó el instrumento con mejoras en relación a su estructura.

La segunda etapa del instrumento dio como resultado un instrumento autoadministrado. Diseñado en siete páginas digitales, conformado por 34 ítems, agrupados por variables independientes y dependientes, de la pregunta 1-6 corresponde a datos maternos con respuestas de elección múltiple, la pregunta 7 corresponde a datos socioeconómicos con respuestas de elección múltiple, las preguntas 8-18 responden a la orientación de la lactancia materna en donde las preguntas 8, 11, 14 y 16 la respuesta a elegir son dicotómicas, mientras que las preguntas 12, 13, 15 y 16 son de elección múltiple con apartado para responder abiertamente, 19-22 miden el éxito de la LME, 19 y 21 la elección de la respuesta es dicotómica, 20 y 22 son de respuesta múltiple con apartado para respuesta abierta, la última etapa el instrumento es en relación a suspensión y abandono de la LME son las preguntas 23-34, 25, 28, 32 y 33 responde dicotómicamente, 23, 29 y 30 elección múltiple, 24, 27 y 31 son de elección múltiple con la opción de respuesta abierta por último 26 y 34 corresponde a respuesta abierta.

Su aplicación fue online, por la vía red social "Facebook" publicado en el grupo privado "Taller de Lactancia Lxs niñxs de Carmen", la autoadministración tiene una duración de 15 minutos aproximadamente, en el cual las madres entrevistadas seleccionaron sus respuestas y en las preguntas abiertas contaban con espacio requerido para redactar su respuesta.

Se anexó consentimiento informado, respetando su confidencialidad, el instrumento y el consentimiento informado se encuentra en el apartado XI. Anexos.

#### **4.7 Validez y confiabilidad.**

##### **Confiabilidad.**

Guillermo Briones, refiere ser el grado de confianza o seguridad con el cual se pueden aceptar los resultados obtenidos por un investigador basado en los procedimientos utilizados para efectuar su estudio<sup>89</sup>, la formulación de cada pregunta tomó en consideración un lenguaje coloquial para asegurarnos que todas las preguntas fueran concretas y relevantes para obtener un instrumento breve.

El instrumento fue sometido a validez de contenido a través de la consulta de las asesoras Dra. Angélica Ramírez Elías quien evaluó el instrumento de forma teórica de acuerdo a conocimientos, actividades y prácticas sobre las variables que eran de importancia identificar, la Dra. Fátima León Larios Profesora contratada Doctora de la Universidad de Sevilla ajustó enunciados, conceptos y adaptación en referencia al lenguaje coloquial para que la muestra pudiera comprender el instrumento.

##### **Validez descriptiva.**

El diseño del instrumento se elaboró con la finalidad de obtener datos concretos acerca de los factores asociados al éxito o abandono de la LME en el lactante antes del año de edad; además de englobar posibles factores que se presentaron en el binomio madre-lactante, se realizó la selección del lenguaje. La validez del instrumento se garantizó a través de la prueba piloto a 17 mujeres, realizando las mejorías de claridad, precisión e inclusión de adaptación del lenguaje.

#### **4.8 Análisis estadístico.**

El análisis se ha efectuado con el paquete estadístico SPSS, llevado a cabo para el total de la muestra estudiada, efectuándose análisis gráfico de las variables estudiadas, el análisis descriptivo se ha realizado mediante tablas de distribución de frecuencias y porcentajes.

La relación entre dos variables de tipo cualitativo se ha analizado mediante el test de la Chi-cuadrado de Pearson, el test de Chi-cuadrado nos sirve para poner a prueba las hipótesis relacionadas con las distribuciones de frecuencias observadas y esperadas, toma valores entre cero e infinito, no tiene valores negativos porque es la suma de valores al cuadrado, es una prueba de libre distribución (no paramétrica), cuando la hipótesis nula es verdadera, sigue la distribución de Chi-cuadrado con grados de libertad, si la hipótesis es aproximada o menos del 20% de las celdas de la tabla de

contingencia presentan valores esperadas, se recomienda optar por la alternativa del test exacto de Fisher en dónde la hipótesis nula se puede calcular con exactitud. Los resultados significativos de estas pruebas se complementaron con intervalo de confianza al 95% para las diferencias de porcentajes, en todos los contrastes de hipótesis se ha considerado un nivel de significación de 0,05.

#### **4.9 Lineamientos éticos.**

Se han respetado de forma rigurosa los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki (1964), y sucesivamente revisada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Somerset West (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002), y Seúl (2008), incluyendo la solicitud de consentimiento informado a las jóvenes que han participado en el mismo, la inclusión en el proyecto ha sido voluntaria. El estudio se ha planteado, siguiendo los requisitos de la ley 14/2007 de 3 de Julio, de Investigación Biomédica, cumpliendo los requisitos de idoneidad del protocolo y procedimiento en relación con los objetivos del estudio. De igual manera, se realiza el estudio de acuerdo a lo establecido en la Declaración de Helsinki.

El estudio se considera sin riesgo para los participantes, por lo que no se realiza ninguna modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio; según el artículo 17, fracción I del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Así mismo, como profesionales de enfermería, dicha investigación se rige por los principios éticos fundamentales necesarios para el desempeño correcto en todas las intervenciones, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona a continuación, expuestos<sup>90</sup>.

En España, en cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos, (Reglamento UE 2016/679 del parlamento europeo y del consejo de 27 de abril de 2016) y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales (LOPD) y garantía de los derechos digitales, considerará lícita y compatible la reutilización de datos personales con fines de investigación en materia de salud y biomédica cuando, habiéndose obtenido el consentimiento para una finalidad concreta, se utilicen los datos para finalidades o áreas de investigación relacionadas con el área en la que se integrase científicamente el estudio inicial<sup>91</sup>.



- Principio de beneficencia: los datos obtenidos se emplearon únicamente con fines académicos y para mejorar futuras investigaciones.
- Principio de la no maleficencia: el estudio no causó daño a la salud de la muestra conformada por las 179 mujeres y se proporcionó consentimiento informado individualmente, firmado con anonimato.
- Principio de la justicia: no se discriminó a ninguna mujer por raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad.
- Principio de autonomía: no se interfirió en la selección de respuestas, se mantuvo el libre albedrío de la mujer.

## CAPÍTULO V RESULTADOS.

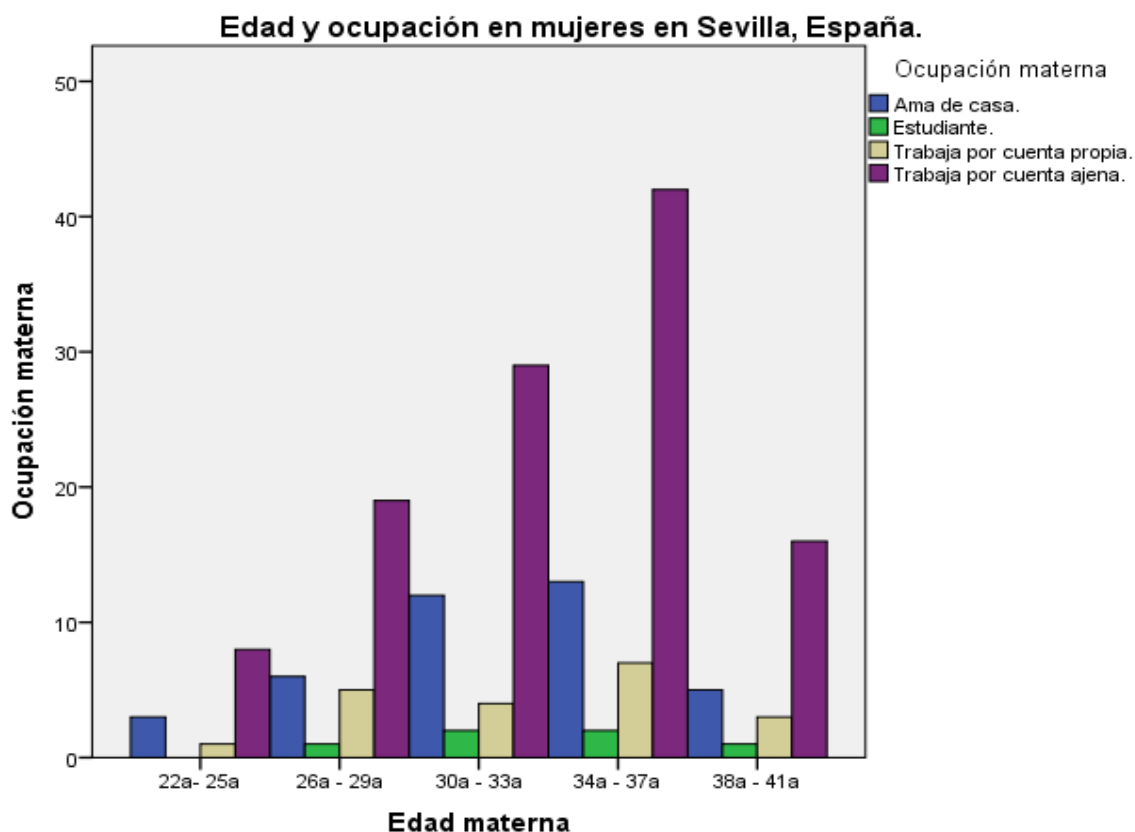
### 5.1 Resultados descriptivos.

**Cuadro 1 Edad y ocupación de mujeres en Sevilla, España.**

Edad	Ocupación materna								Total	
	Ama de casa		Estudiante		Trabaja por cuenta ajena		Trabaja por cuenta propia			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
22-25	3	1,7	0	0	8	4,5	1	0,56	12	6,8
26-29	6	3,4	1	0,56	19	10,6	5	2,8	31	17,4
30-33	12	6,7	2	1,1	29	16,2	4	2,2	47	26,2
34-37	13	7,3	2	1,1	42	23,5	7	3,9	64	35,8
38-41	5	2,8	1	0,56	16	8,9	3	1,7	25	14
Total	39	22	6	3	114	64	20	11	179	100

Fuente: Ayala García. IX, Serrano Olivar RA., Factores asociados al éxito o abandono de la lactancia materna exclusiva en Sevilla, España (2020).

**Gráfica 1 Edad y ocupación de mujeres en Sevilla, España.**



Fuente: Cuadro1.Edad y ocupación materna asociados al éxito o abandono de la lactancia materna exclusiva en Sevilla, España.

Los resultados del cuadro 1, muestran 93% de la muestra estudiada se encuentran en el rango de edad de 25 a 41 años, la literatura refiere que el abandono de la LME se da principalmente en mujeres menores de 25 años, debiéndose a que son más vulnerables a la influencia familiar y social, y las recomendaciones que se les da, así como más propensas a cambios psicológicos<sup>23</sup>, solo 12 mujeres que corresponden al 6% se encuentran en el grupo de edad 22 a 25 años que podría estar en vulnerabilidad para el abandono de la LME.

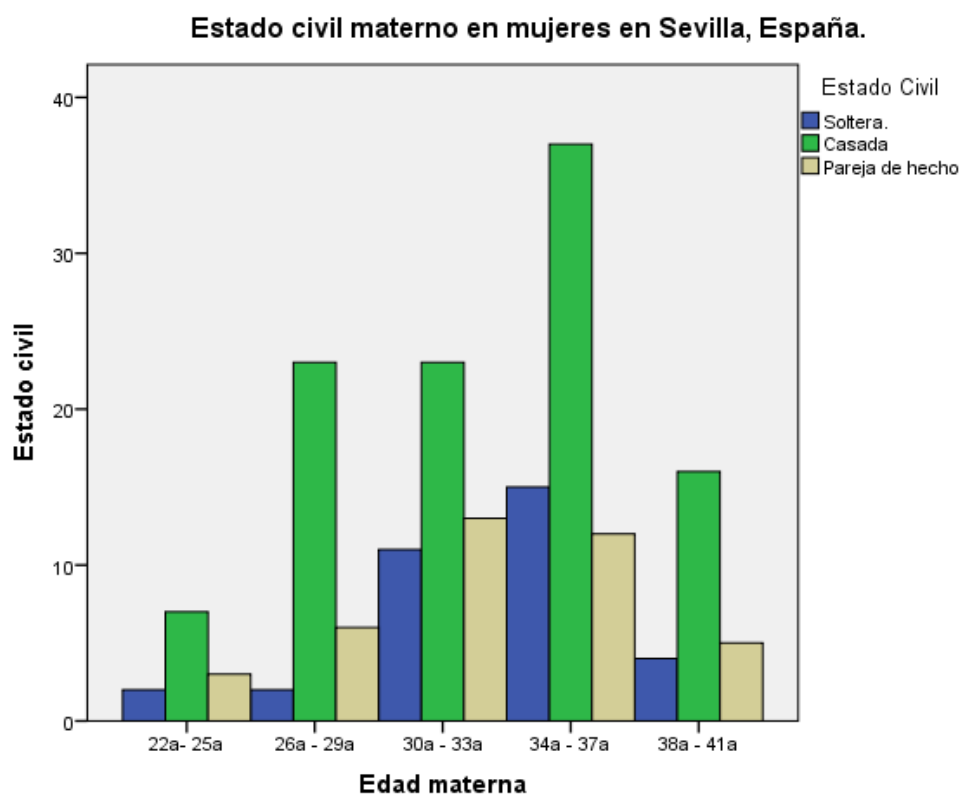
En cuanto a la ocupación, el 64% de las mujeres entrevistadas, cuentan con un trabajo por cuenta ajena, solo 1 de cada 5 mujeres de la muestra es ama de casa. Estudios anteriores hacen referencia que las madres con actividad laboral son más susceptibles a abandonar la lactancia materna parcial o totalmente, porque no tienen tiempo suficiente o no disponen de instalaciones adecuadas para la extracción y almacenamiento de la leche <sup>21</sup>, mientras que las mujeres que se dedican al hogar tienden a mantener la lactancia materna exclusiva pues cuentan con el apoyo de la familia.

**Cuadro 2 Estado civil de mujeres en Sevilla, España.**

Edad	Estado civil						Total	
	Soltera		Casada		Pareja de hecho			
	F	%	F	%	F	%	F	%
22-25	2	1,1	7	4	3	1,6	12	6,7
26-29	2	1,1	23	12,8	6	3,3	31	17,2
30-33	11	6,1	23	12,8	13	7,2	47	26,1
34-37	15	8,3	37	20,6	12	6,7	64	35
38-41	4	2,2	16	9	5	2,7	18	13,9
Total	34	18,9	106	59,2	39	21,7	179	100

Fuente: Ayala García. IX, Serrano Olivar RA., Factores asociados al éxito o abandono de la lactancia materna exclusiva en Sevilla, España (2020).

**Gráfica 2 Estado civil de mujeres en Sevilla, España.**



Fuente: Cuadro 2. Estado civil de mujeres en Sevilla, España.

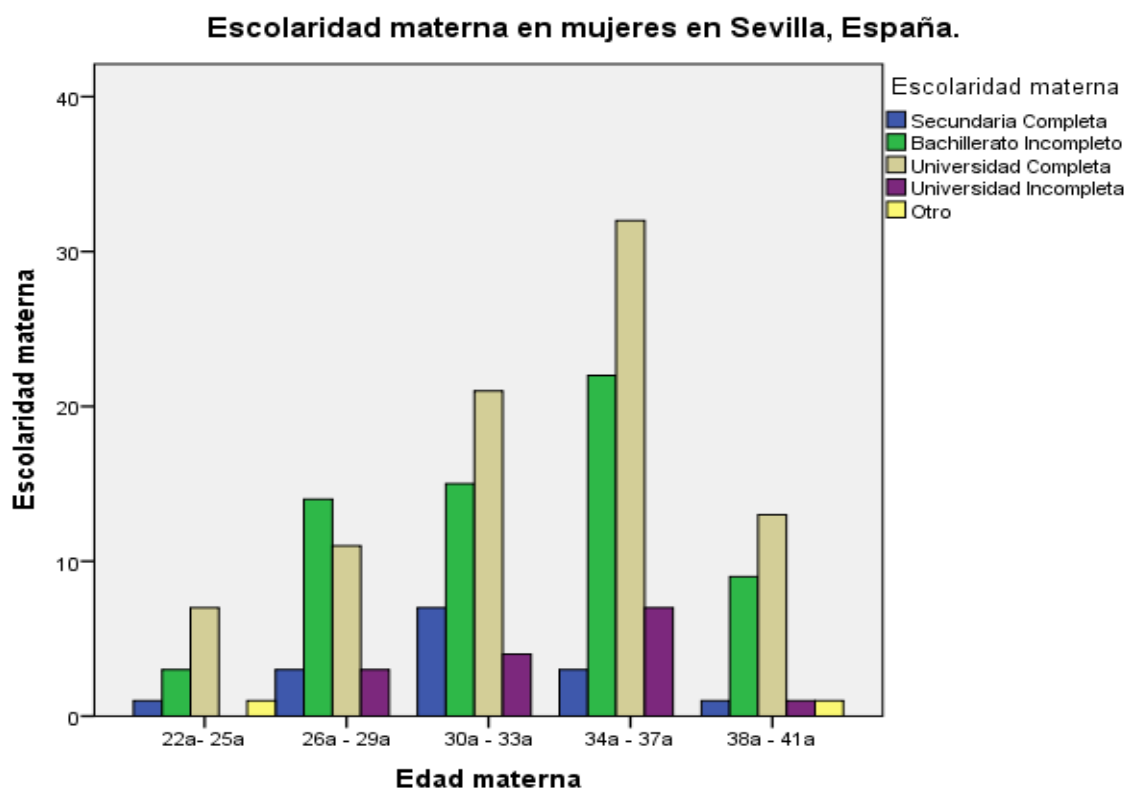
El 59% de la muestra, corresponde al estado civil de mujeres casadas, el papel del padre en el proceso de amamantamiento, se consideró como un elemento positivo; la presencia de una pareja fija contribuye a que las madres prolonguen su período de lactancia<sup>92</sup>, en contraste las mujeres de estado civil solteras equivale al 19%, son quienes frecuentemente abandonan la LME<sup>23</sup>.

**Cuadro 3 Escolaridad de mujeres en Sevilla, España.**

Edad	Escolaridad materna										Total	
	Secundaria completa		Bachillerato incompleto		Universidad completa		Universidad incompleta		Otro			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
22-25	1	1,1	3	1,6	7	4	0	0	1	,5	12	6,7
26-29	3	1,6	14	7,8	11	6,1	3	1,6	0	0	31	17,3
30-33	7	4	15	8,3	21	11,7	4	2,2	0	0	47	26,2
34-37	3	1,6	22	12,2	32	17,8	7	4	0	0	64	35,7
38-41	1	1,1	9	5	13	7,2	1	,5	1	,5	25	13,9
Total	15	8,3	63	35,1	84	46,9	15	8,3	2	1,1	179	100

Fuente: Ayala García. IX, Serrano Olivar RA., Factores asociados al éxito o abandono de la lactancia materna exclusiva en Sevilla, España (2020).

**Gráfica 3 Escolaridad de mujeres en Sevilla, España.**



Fuente: Cuadro 3 Escolaridad de mujeres en Sevilla, España.

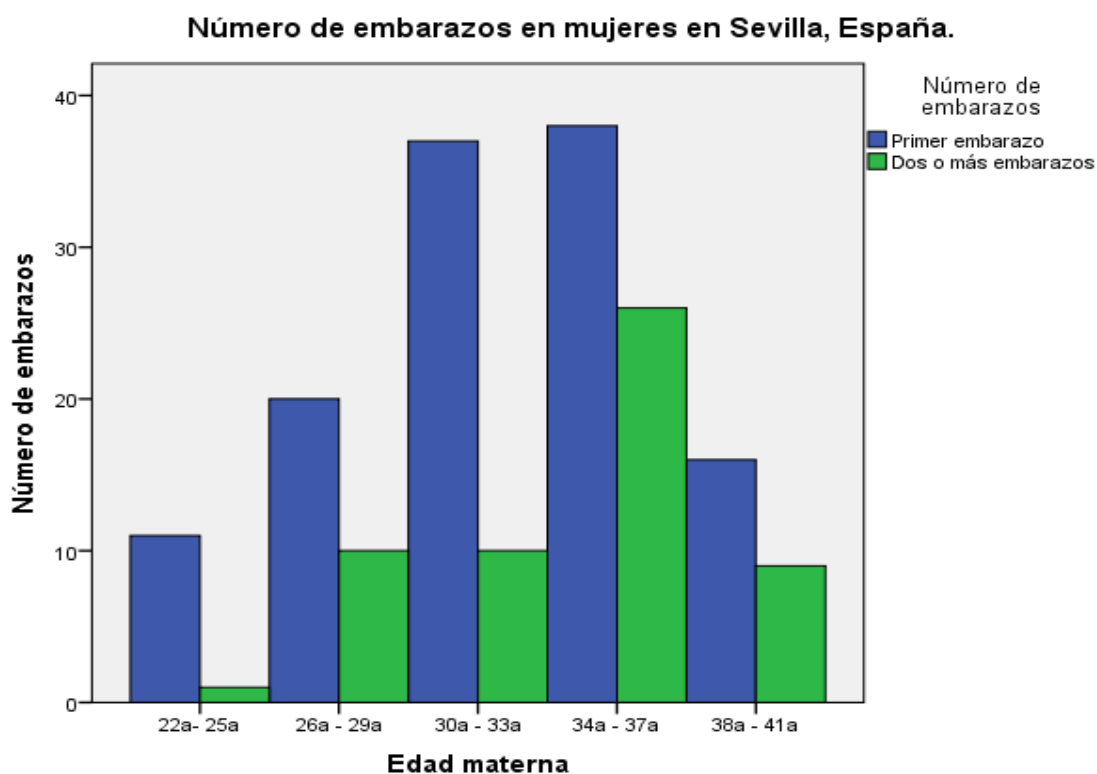
El 47% de la muestra, está conformada por mujeres con universidad concluida, la educación materna es un factor protector en la toma de decisión del tipo de lactancia que las madres ofrecerán a sus hijos, y que mejorará el mantenimiento de la LM<sup>36</sup>, favoreciendo al parecer la lactancia materna, en contraste el nivel educativo menor condiciona circunstancias susceptibles al abandono de la LME.

**Cuadro 4 Número de embarazos y vía de nacimiento del lactante en mujeres en Sevilla, España.**

Edad	Número de embarazos				Vía de nacimiento					
	Primer embarazo		Dos o más embarazos		Parto natural		Parto instrumentado		Cesárea	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
22-25	11	6,1	1	,5	7	4	3	1,6	2	1,1
26-29	20	11,1	10	5,5	16	8,9	7	4	8	4,4
30-33	37	20,6	10	5,5	28	15,6	14	7,8	5	2,7
34-37	38	21,2	27	15	33	18,4	12	6,7	19	10,6
38-41	16	8,9	9	5	11	6,1	3	1,6	11	6,1
Total	122	68,2	57	31,8	95	53	39	21,7	45	25,1

Fuente: Ayala García. IX, Serrano Olivar RA., Factores asociados al éxito o abandono de la lactancia materna exclusiva en Sevilla, España (2020).

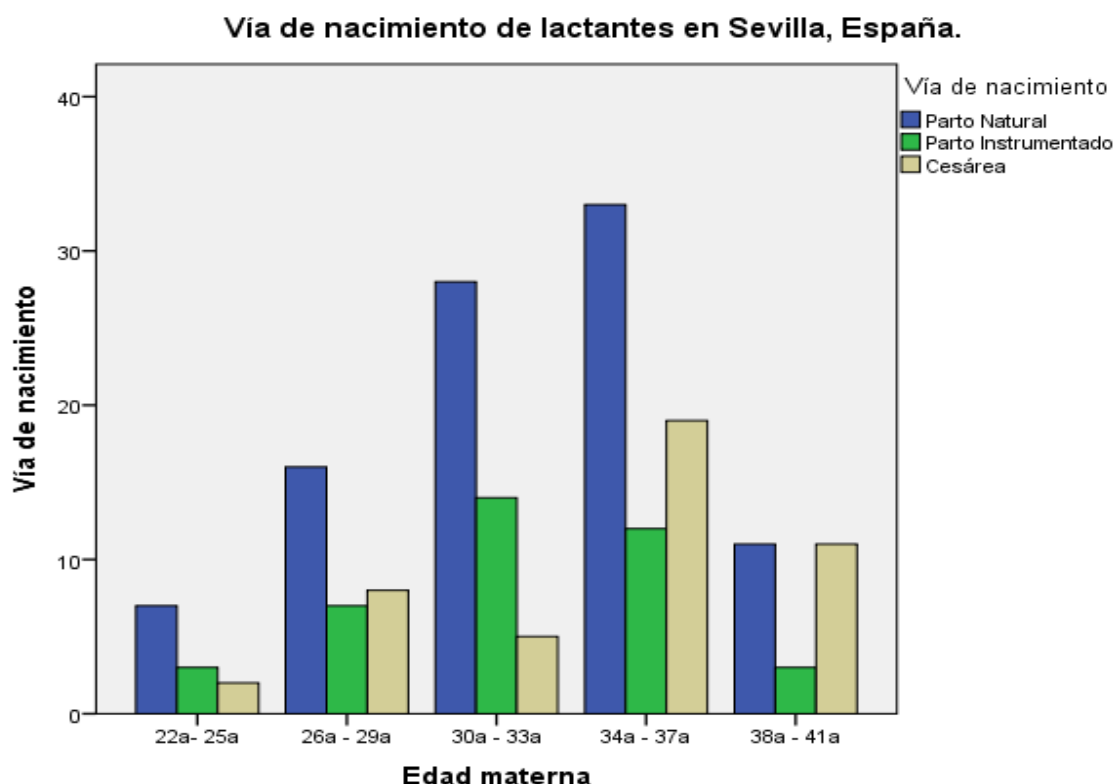
**Gráfica 4 Número de embarazos en mujeres en Sevilla, España.**



Fuente: Cuadro 4. Número de embarazos y vía de nacimiento del lactante en mujeres en Sevilla, España.



**Gráfica 5 Vía de nacimiento de lactantes en Sevilla, España.**



Fuente: Cuadro 4. Número de embarazos y vía de nacimiento del lactante en mujeres en Sevilla, España.

En el cuadro 4, el 68% de las mujeres entrevistadas fueron primigestas, la literatura refiere el abandono de la LME ocurre en mujeres primigestas<sup>87</sup>.

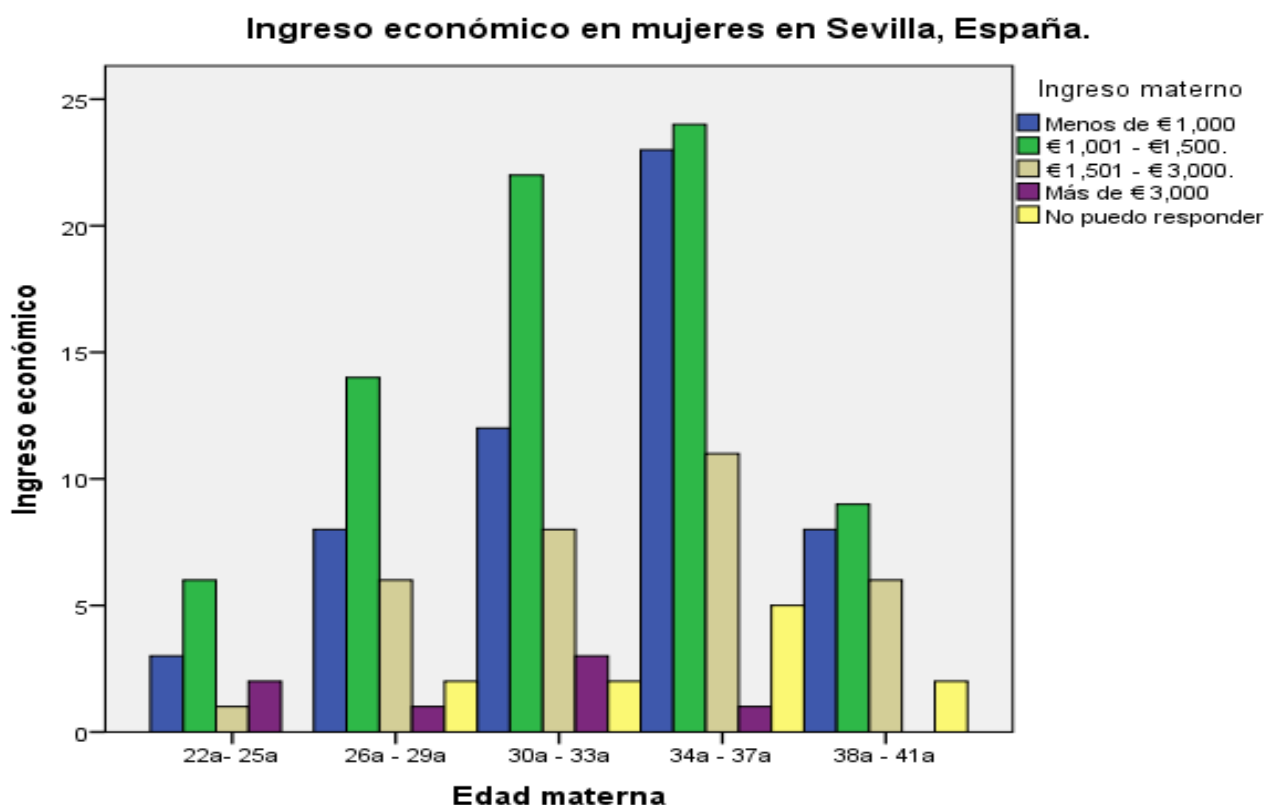
Respecto a la vía de nacimiento del lactante en la muestra estudiada el 53% nacieron mediante parto natural versus cesárea el 25,1%, se reconoce que la suspensión del alojamiento conjunto como motivo de abandono de LME, fundamentalmente condiciones quirúrgicas o reposo absoluto indicadas por el médico. Entre los mayores obstáculos que se han informado para que se inicie el amamantamiento, está el nacimiento por cesárea, en relación con la atención tradicional tarda hasta 72 horas el contacto madre-hijo y esto repercute en la instalación, exclusividad y duración de la lactancia natural<sup>88</sup>.

**Cuadro 5. Ingreso económico mensual en mujeres en Sevilla, España.**

Edad	Ingreso económico mensual.										Total	
	Menos de €1,000		€1,001-€1,500		1,501-€3,000		Más de €3,000		No puedo responder			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
22-25	3	1,6	6	3,3	1	,5	2	1,1	0	0	12	6,7
26-29	8	4,4	14	7,8	6	3,3	1	,5	2	1,1	31	17,3
30-33	12	6,7	22	12,2	8	4,4	3	1,6	2	1,1	47	26,2
34-37	23	12,8	24	13,4	11	6,1	1	,5	5	2,7	64	35,7
38-41	8	4,4	9	5	6	3,3	0	0	2	1,1	25	13,9
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>30,1</b>	<b>75</b>	<b>41,8</b>	<b>32</b>	<b>17,8</b>	<b>7</b>	<b>3,9</b>	<b>11</b>	<b>6,1</b>	<b>179</b>	<b>100</b>

Fuente: Ayala García. IX, Serrano Olivar RA., Factores asociados al éxito o abandono de la lactancia materna exclusiva en Sevilla, España (2020).

**Gráfica 6. Ingreso económico mensual en mujeres en Sevilla, España.**



Fuente: Cuadro 5. Ingreso económico mensual en mujeres en Sevilla, España.

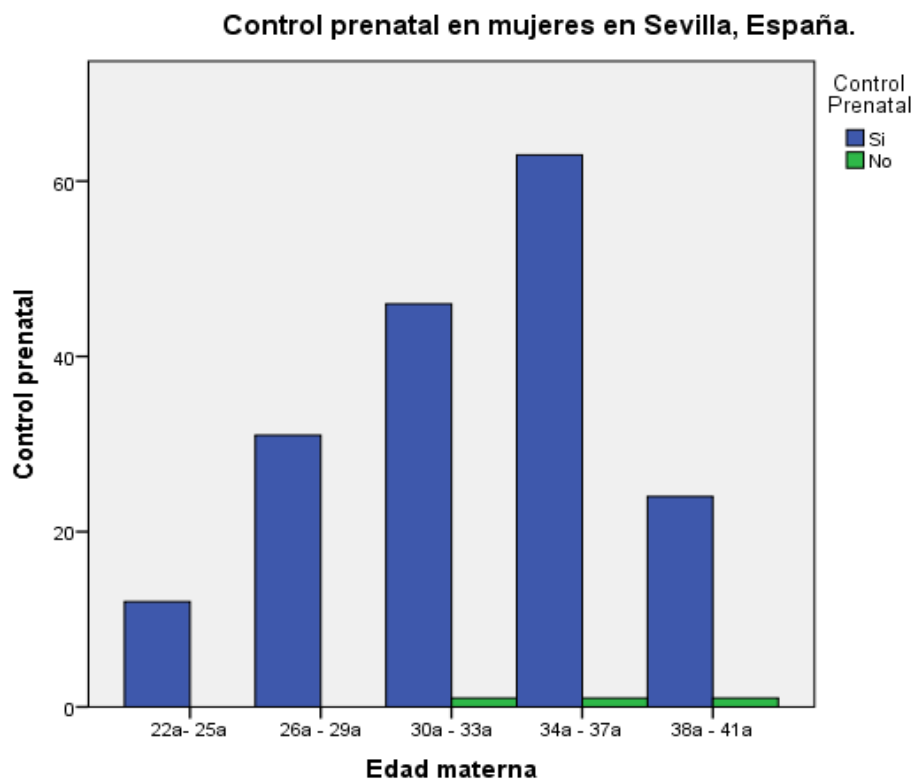
El cuadro 5 describe el ingreso económico que refirió la mayoría de las mujeres fue un ingreso de 1,001-1,500€ (42%), teniendo en cuenta que el Salario Mínimo Interprofesional (SMI) en Andalucía corresponde a más de 900 euros mensuales, las mujeres se encuentran en nivel socioeconómico bajo, la bibliografía menciona que pertenecer a un nivel socioeconómico bajo es un factor asociado al abandono de la LME<sup>22</sup>.

**Cuadro 6 Control, inicio y número de consultas prenatales en mujeres en Sevilla, España.**

Edad	Control prenatal				Inicio de control prenatal								Consultas de control prenatal					
	Sí		No		1-12 SDG		13-24 SGD		25-32 SDG		33-41 SDG		1-3		4-6		7 o más	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
22-25	12	6,7	0	0	8	4,4	1	,5	1	,5	2	1,1	2	1,1	5	3	5	3
26-29	31	17,3	0	0	30	16,7	0	0	1	,5	0	0	2	1,1	16	9	13	7,2
30-33	46	25,6	1	,5	45	25,1	2	1,1	0	0	0	0	4	2,2	22	12,2	21	11,7
34-37	63	35,1	1	,5	59	33	3	1,6	2	1,1	0	0	4	2,2	30	16,7	30	16,7
38-41	24	13,4	1	,5	24	13,4	0	0	0	0	1	,5	0	0	6	3,3	19	10,6
Total	176	98,3	3	1,6	166	92,7	6	3,3	4	2,2	3	1,6	12	6,7	79	44,1	88	49,1

Fuente: Ayala García. IX, Serrano Olivar RA., Factores asociados al éxito o abandono de la lactancia materna exclusiva en Sevilla, España (2020).

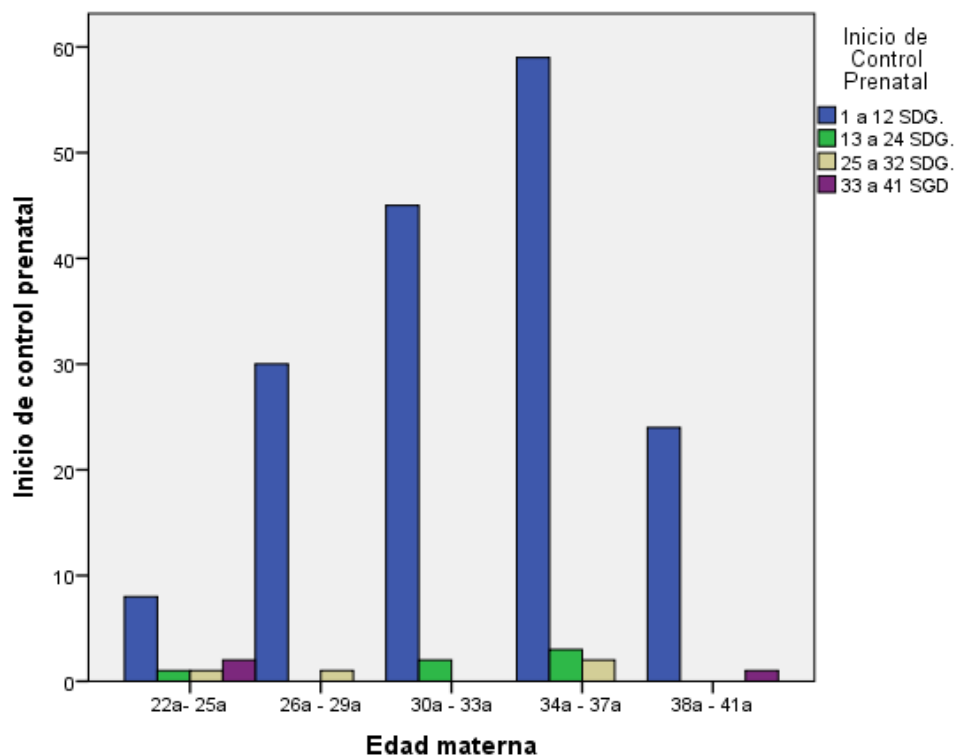
**Gráfica 7 Control prenatal en mujeres en Sevilla, España.**



Fuente: Cuadro 6 Control, inicio y consultas prenatales en mujeres en Sevilla, España.

**Gráfica 8 Inicio de control prenatal en mujeres en Sevilla, España.**

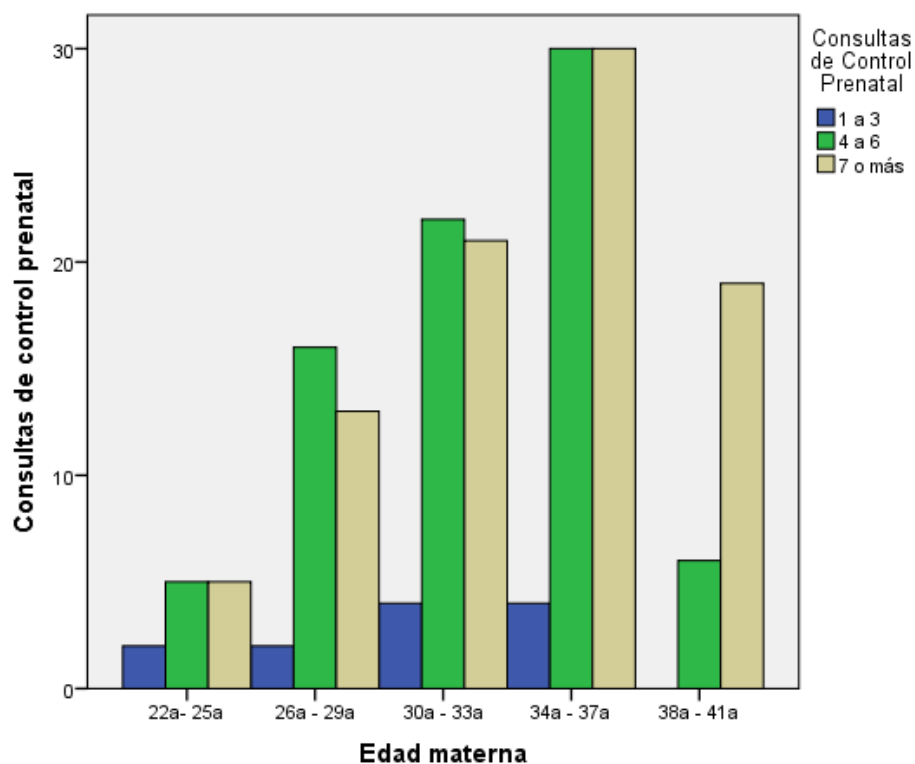
**Inicio de control prenatal en mujeres en Sevilla, España.**



Fuente: Cuadro 6 Control, inicio y consultas prenatales en mujeres en Sevilla, España.

**Gráfica 9 Consultas de control prenatal en mujeres en Sevilla, España.**

**Consultas de control prenatal en mujeres en Sevilla, España.**



Fuente: Cuadro 6 Control, inicio y consultas prenatales en mujeres en Sevilla, España.

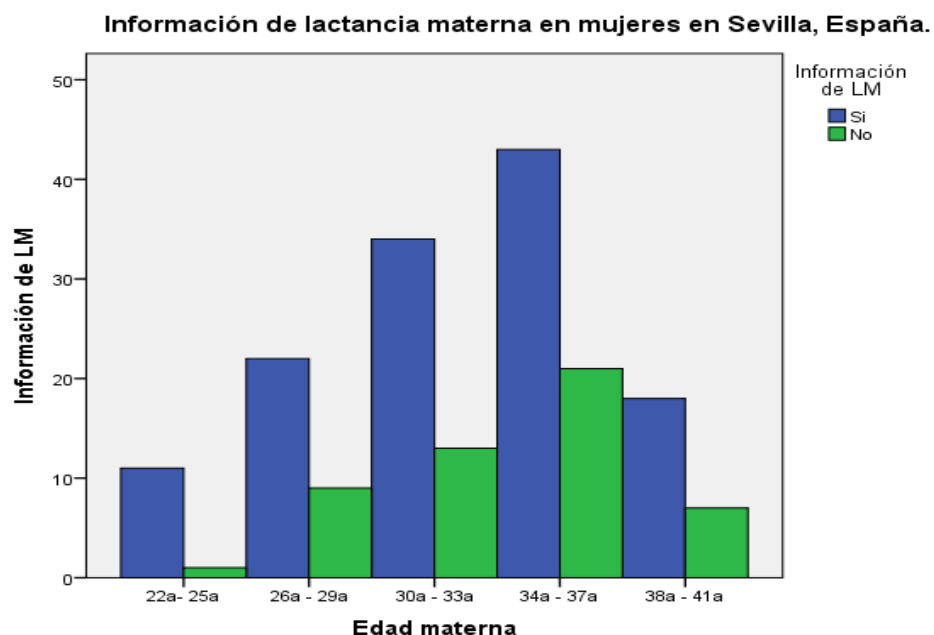
En el cuadro 6, se puede observar que el 98,3% de las mujeres acudieron a consultas prenatales, 92,7 % madres iniciaron control prenatal en el primer trimestre del embarazo, 49,1% recibieron de 7 o más consultas, la bibliografía refiere que la importancia de planes de promoción de la LM, continuidad del mantenimiento, preparación física, asesoramiento, corrigiendo conceptos equivocados, el apoyo cara a cara que se da en consultas de control prenatal, mientras las mujeres acudan a mayores citas de control tendrán más oportunidades de tener éxito con la LM, ya que el apoyo educativo influye en el mantenimiento de esta durante los primeros seis meses de vida del recién nacido<sup>20, 21, 22, 24</sup>.

### Cuadro 7 Información de lactancia materna en mujeres en Sevilla, España.

Edad	Información de lactancia materna				Total	
	Sí		No			
	F	%	F	%	F	%
22-25	11	6,1	1	,5	16	8,9
26-29	22	12,2	9	5	31	17,3
30-33	34	18,9	13	7,2	47	26,2
34-37	43	24	21	11,7	64	35,7
38-41	18	10	7	3,9	25	14
Total	128	71,5	51	28,4	179	100

Fuente: Ayala García. IX, Serrano Olivar RA., Factores asociados al éxito o abandono de la lactancia materna exclusiva en Sevilla, España (2020).

### Gráfica 10 Información de lactancia materna en mujeres en Sevilla, España.



Fuente: Cuadro 7 Información de lactancia materna en mujeres en Sevilla, España.

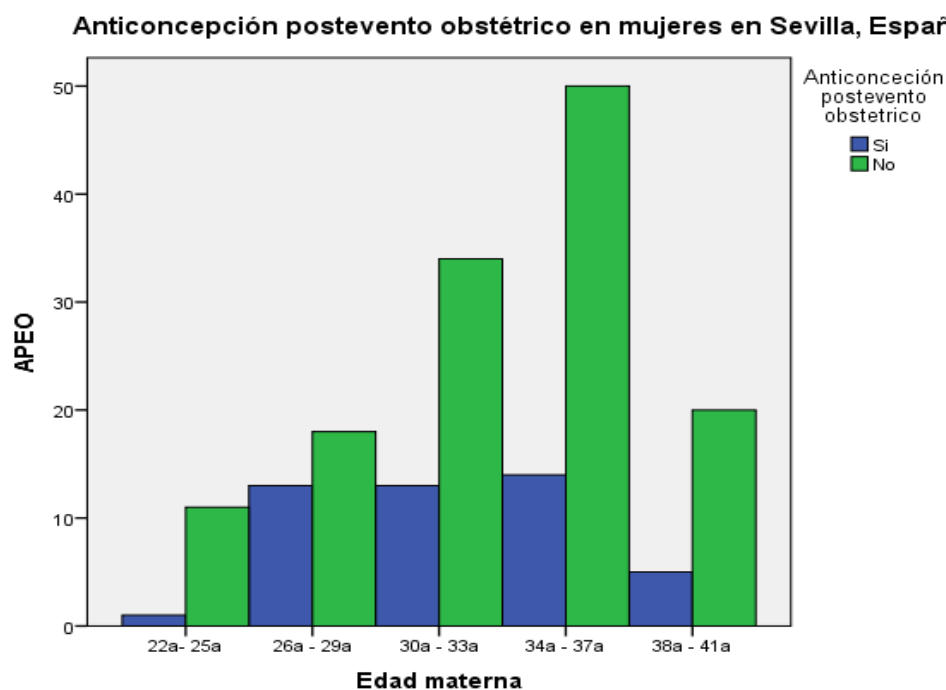
El cuadro 7 muestra que el 71,5% recibió información de lactancia materna, la literatura hace mención a cuyas madres reciben información de LM, corrigiendo información errónea, frecuencia, técnicas de amamantamiento, cuidado de las mamas y dudas esclarecidas por personal sanitario calificado durante el control prenatal influye positivamente al éxito de la lactancia materna exclusiva<sup>24</sup>.

**Cuadro 8 Anticoncepción postevento obstétrico en mujeres en Sevilla, España.**

Edad	APEO				Tipo de APEO										
	Sí		No		Píldora		Preservativo masculino		DIU		Anillo vaginal		Implante		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
22-25	1	,5	11	6,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	,5
26-29	13	7,2	18	10	11	6,1	1	,5	1	,5	0	0	0	0	0
30-33	13	7,2	34	19	10	5,5	1	,5	2	1,	1	,5	0	0	0
34-37	14	7,8	50	27,9	8	4,4	1	,5	2	1	1	,5	0	0	0
38-41	5	2,7	20	11,1	4	2,3	1	,5	1	,5	0	0	0	0	0
Total	46	26	133	79,3	33	18,4	4	2,3	6	3,3	2	1	1	,5	,5

Fuente: Ayala García. IX, Serrano Olivar RA., Factores asociados al éxito o abandono de la lactancia materna exclusiva en Sevilla, España (2020).

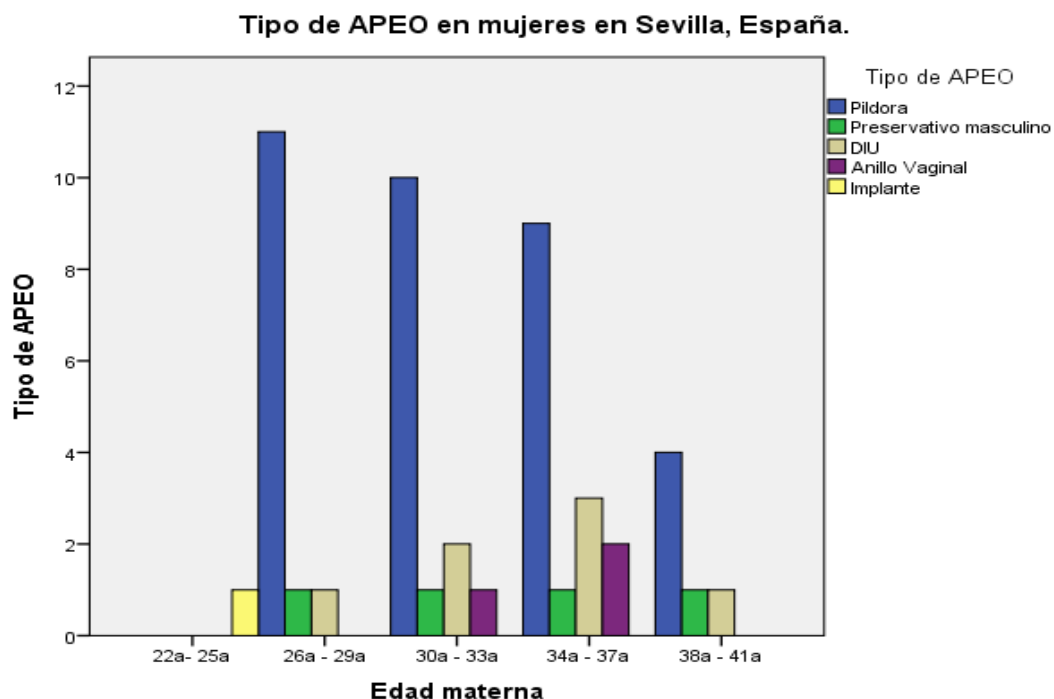
**Gráfica 11 Anticoncepción postevento obstétrico en mujeres en Sevilla, España.**



Fuente: Cuadro 8 Anticoncepción postevento obstétrico en mujeres en Sevilla, España.



**Gráfica 12 Tipo de APEO en mujeres en Sevilla, España.**



Fuente: Cuadro 8 Anticoncepción postevento obstétrico en mujeres en Sevilla, España

El cuadro 8, describe que las mujeres que pertenecen al grupo de edad de 26 a 37 años, fueron las principales en decidir la colocación de un anticonceptivo postevento obstétrico, el de mayor elección por las mujeres entrevistadas fue la píldora hormonal compatible con la lactancia materna (18,4%), la información que se brinda en la educación materna es un factor protector en la toma de decisiones en la planificación familiar, para favorecer la lactancia materna<sup>20</sup>.

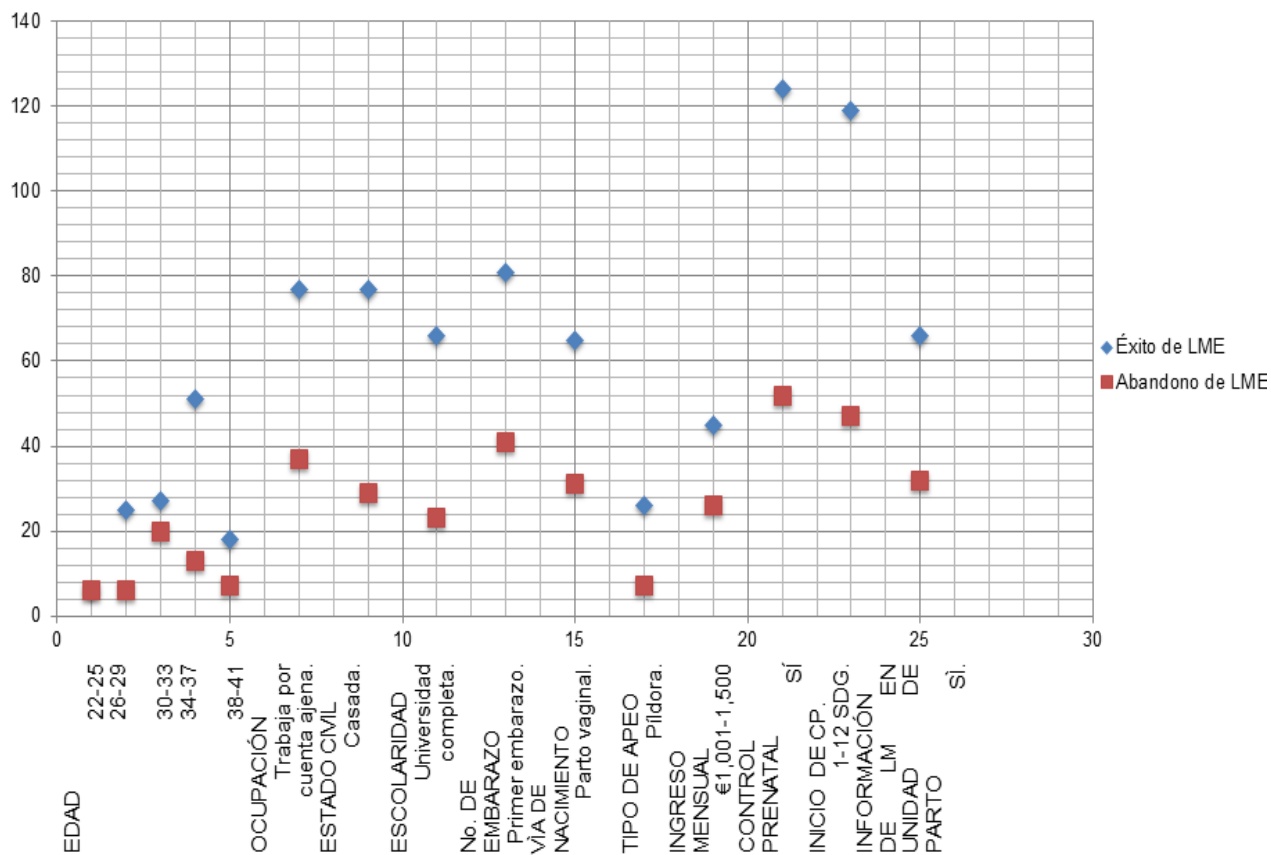
## 5.2 Resultados Inferenciales.

**Cuadro 9 Factores asociados al éxito o abandono de la lactancia materna en mujeres en Sevilla, España.**

Variable	Éxito de LME		Abandono de LME		P
	Frecuencia Absoluta	Porcentaje (%)	Frecuencia Absoluta	Porcentaje (%)	
Edad					0,002
22-25	6	3,3	6	3,3	
26-29	25	13,9	6	3,3	
30-33	27	15	20	11,1	
34-37	51	28,4	13	7,2	
38-41	18	10	7	3,9	
Ocupación					0,121
Trabaja por cuenta ajena	77	43	37	20	
Estado Civil					0,785
Casada.	77	43	29	16,2	
Escolaridad					0,01
Universidad Completa	66	36,8	23	12,8	
Número de embarazos					0,01
Primer embarazo	81	45,2	41	22,9	
Vía de Nacimiento					0,03
Parto Natural	65	36,3	31	17,3	
Tipo de APEO					0,04
Píldora	26	54,2	7	14,6	
Ingreso Mensual					0,005
€1,001-€1,500	45	25,1	26	14,5	
Control Prenatal					0
Si	124	69,3	52	29	
Inicio de Control Prenatal					0
1-12 SDG	119	66,4	47	26,2	
Información de LM en la Unidad del Parto					0,03
Si	66	36,8	32	17,9	

Fuente: Ayala García. IX, Serrano Olivar RA., Factores asociados al éxito o abandono de la lactancia materna exclusiva en Sevilla, España (2020).

Gráfica 13 Factores asociados al éxito o abandono de la lactancia materna en Sevilla, España.



Fuente: Cuadro 10 Factores asociados al éxito o abandono de la lactancia materna en mujeres en Sevilla, España.



### **Factores asociados al éxito de la Lactancia Materna Exclusiva.**

Como se puede observar en el cuadro 6, las mujeres que se encuentran en el rango de edad de 34 a 37 años tienden a mantener la lactancia materna exclusiva en contraste con las mujeres menores a 33 años, quienes tienden a abandonar la LM ( $p=0,002$ ). La ocupación materna influye directamente en el éxito de la LME. Las madres trabajadoras por cuenta ajena lograron tener éxito en la LM, mientras que las madres que se dedican al hogar, solo 1 de cada 7 mantienen la LME. ( $p=0,121$ ).

Otro de los factores asociados al éxito de la lactancia materna es el ingreso mensual, las madres con un ingreso económico mensual aproximado de €1,001-€1,500, mantuvieron la LME en comparación con las madres que refirieron ingreso económico mayor a €3,000 ( $p=0,005$ ). Las mujeres que iniciaron el control prenatal durante el primer trimestre mantienen la LME en contraste con las mujeres que lo iniciaron durante el tercer trimestre ( $p=0,000$ ) como se puede observar en el cuadro 6, las mujeres que recibieron orientación en control prenatal y en la unidad de atención del parto acerca de la lactancia materna tienden a mantener la LME en comparación con las mujeres que no recibieron dicha información y abandonaron la LM ( $p=0,03\%$ ).

Como se muestra en el cuadro 6, se observó que el método anticonceptivo posterior al evento obstétrico de preferencia por las mujeres encuestadas fue la píldora hormonal compatible con la lactancia materna, en comparación con las mujeres que decidieron colocarse otro método ( $p=0,04$ ). No se observa asociación conforme a estado civil, tipo de parto, unidad de atención de parto o apego inmediato.

### **Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva.**

El nivel de estudios materno influye en el abandono de la lactancia materna exclusiva, mujeres con estudios de bachillerato tienden a abandonar la LME en comparación con mujeres que concluyeron la universidad ( $p=0,01$ ).

Por otro lado, se observó que las mujeres primigestas tienden a suspender la lactancia materna exclusiva en comparación de las mujeres que han tenido dos o más embarazos ( $p=0,01$ ). No se observa asociación conforme a estado civil, tipo de parto o apego inmediato.

## CAPÍTULO VI DISCUSIÓN.

Mediante un análisis y descripción de los indicadores de las mayores frecuencias respecto al éxito o abandono de la lactancia materna exclusiva (LME).

En primer lugar, se observó en factores maternos que se encuentra la variable “Edad”. Nuestros resultados muestran que las mujeres en el rango de edad 34 a 37 años presentó una alta frecuencia en el mantenimiento de la LME, comparada con las mujeres menores a 33 años quien presentó una alta frecuencia en el abandono de la LM. Este resultado confirma con lo que refiere el autor Gamboa en su respectivo estudio, realizado en Girón, Santander, puesto que afirma que las mujeres menores de 25 años suelen ser más susceptibles a abandonar la lactancia materna (LM)<sup>45</sup>, es probable que la razón de que las mujeres de 31 a 33 años de edad, hayan sido un grupo vulnerable para el abandono de la LME, es en virtud a la incorporación al ámbito laboral ya que, la frecuencia de mujeres que trabajan por cuenta ajena es mayor, podrían influir diferentes factores, entre los cuales se encuentran: el incumplimiento de políticas que amparen a la madre durante su periodo de lactancia y que las limita a estar un periodo más prolongado con su hijo; la poca información y cultura fomentada entre las madres acerca de la extracción de leche materna y almacenamiento de la misma. Lo cual coincide con los estudios realizados por Rodríguez y Rusian en el cual indica que las jornadas de trabajo más intensivas influyen negativamente en la duración de la LME<sup>2648</sup>.

En el indicador “Grado de estudios”, los resultados nos mostraron que el 36,8% de las participantes de este estudio, ha concluido el nivel superior, tomando en cuenta a las mujeres que abandonaron la lactancia materna, se contradice a los autores Gamboa, Cuadrón y Martínez los cuales afirman que la escolaridad básica es un factor importante para el abandono de la LME<sup>27</sup>, ya que las madres no poseen cultura y conocimientos acerca de los beneficios de la LME<sup>45</sup>. El que las madres tuvieran un mayor nivel de estudios, podría ocurrir debido a las nuevas tendencias acerca de la mujer emprendedora, la cual se enfoca en superarse en cuanto a estudios profesionales dejando de lado la práctica de LME.

En relación con el ingreso mensual, se observó que en la mayoría de las madres que mantuvo la LME, oscila entre los 1001 a 1500€ al mes. Lo cual coincide con lo que

menciona el autor Gamboa quien indica que, a menor ingreso mensual en el hogar, menor es el riesgo de abandonar la LME<sup>45</sup>.

En cuanto a la paridad, el 68% de las madres entrevistadas refieren ser primíparas, tomando en cuenta a las madres que suspendieron la lactancia materna exclusiva eran primíparas (22,9%). Se afirma lo mencionado por Salsavilca en su investigación previa, quien indica que la primiparidad se encuentra entre los factores que intervienen la duración de la LME, refiere que es posible que las madres desconozcan lo que implica lactar a un hijo y por lo que se abandone la LME<sup>31</sup>. Pudiendo especular que su inexperiencia en la LM se enlaza a ser más susceptibles.

Con respecto al inicio y la información brindada de la lactancia materna exclusiva en el control prenatal, se observó que las mujeres que lo inician durante el primer trimestre tienden a mantener la lactancia materna exclusiva, esto confirma lo que mencionan los autores Aparicio y Balaguer quienes indican que el apoyo educativo con relación a la lactancia materna influye en el mantenimiento de esta durante los primeros seis meses de vida del recién nacido<sup>34</sup>.

## CAPÍTULO VII CONCLUSIONES.

Los resultados del presente estudio concluyeron conforme a lo estipulado por organizaciones internacionales en materia de salud como: OMS y UNICEF que la lactancia materna exclusiva debe ser proporcionada los primeros seis meses de vida del recién nacido; sin embargo, las madres continúan abandonando esta práctica antes de este tiempo recomendado; aun perteneciendo a programas gubernamentales que brindan educación en términos de prácticas en lactancia materna durante la gestación. Con esta investigación sobre los factores asociados al éxito o abandono de la lactancia materna exclusiva, se demostró que la mayoría de las madres encuestadas tienen un adecuado conocimiento sobre el tiempo de duración de la LME. Sin embargo, se observó que los factores de abandono que predominaron en nuestro estudio fueron: nivel de estudios de la madre y primiparidad.

El éxito en la lactancia materna exclusiva de las mujeres en Sevilla, España estuvo influenciada por diferentes factores tanto maternos, sociales y servicios de salud, que se relacionan entre sí.

En los factores se determinó que para prolongar la duración de la lactancia materna se encuentra la edad, ocupación, ingreso mensual, inicio de control prenatal, número de consultas prenatales y anticoncepción post evento obstétrico.

Se ha demostrado que la educación maternal es un factor protector en la toma de decisión del tipo de lactancia que las madres ofrecerán a sus hijos y que a su vez mejora el mantenimiento de la lactancia materna, por ello, resulta fundamental que se dote y facilite por parte de las instituciones espacios en los cuales los profesionales de la salud puedan asesorar a la mujer, a la familia y a la sociedad en general sobre la lactancia materna.

Los factores de abandono son modificables o prevenibles y por lo tanto como ya se ha dicho anteriormente, una de las formas de actuar es la educación sanitaria. Para esto encontramos las tres figuras fundamentales que son la familia, el médico y la enfermera o matrona, dichos profesionales deben mantener actualizada la formación sobre lactancia y participar activamente en el apoyo y la promoción para que las madres puedan obtener la información necesaria, clara y no contradictoria sobre la lactancia materna, es imprescindible la intervención del equipo multidisciplinario.



## **CAPÍTULO VIII SUGERENCIAS E IMPACTO DEL ESTUDIO, LIMITACIONES.**

Son imprescindibles las intervenciones que aseguren a las madres conocimientos y aumenten su confianza durante el embarazo, una educación prenatal adecuada influye decisivamente en el inicio y la duración de la lactancia materna.

Para la promoción se deberían crear campañas informativas sobre las ventajas de la lactancia materna a nivel general, hablar sobre mitos de la lactancia materna para evitar la desinformación, esto favorecería el apoyo del entorno de la madre, es importante la inclusión del padre en la educación sanitaria ya que estos tienen un papel cada vez más participativa e influyen de forma decisiva.

Impacto: Observamos que el apego inmediato en la unidad de atención de parto, no ha influido en cuanto a la duración de la lactancia materna exclusiva, a pesar de haber sido confirmado por investigaciones anteriores y tener el conocimiento de la importancia de realizarlo dentro de la primera hora de vida del recién nacido.

Limitaciones: Se había estipulado un estudio para mujeres adolescentes, al encontrar que no existían embarazos en adolescentes en dicha población, se optó por ampliar las edades maternas, la muestra fue conformada únicamente por 179 mujeres que acudían al grupo de apoyo de lactancia materna en el centro de salud “Mercedes Navarro Parque Alcosa”, que fue el lugar donde nos permitieron asistir e involucrarnos con las pacientes pertenecientes a dicho centro de salud en la localidad de Sevilla, España, por lo cual, los resultados podrían ser modificados si el número de muestra aumenta por las mujeres que no asistieron al grupo de apoyo los días que se aplicó el instrumento.

Por otro lado, hemos encontrado la falta de información oficial y actualizada acerca de la situación de la tasa de lactancia materna en España.

Cabe resaltar, que el instrumento de valoración se puede utilizar únicamente en dicha población pues las preguntas y respuestas se adaptaron al estilo de vida de la localidad.

## CAPITULO IX REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- <sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Lactancia Materna exclusiva. [actualizado 2019; citado 11 Jun 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/es/](https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/)
- <sup>2</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Lactancia Materna. [Internet]. [Citado 11 De Junio 2019]. Disponible en: [https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index\\_24824.html](https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html)
- <sup>3</sup> Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, Lasarte Velillas J. Recomendaciones para la lactancia materna. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2003. Documento electrónico [Consultado 10 Diciembre 2019]. Disponible en: <https://www.aeped.es/lactanciamaterna/lactmat.htm#documento>
- <sup>4</sup> Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2017. 2018. [Internet]. [Consultado 12 de Junio 2019]. Disponible en: [http://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017\\_no\\_tatecnica.pdf](http://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_no_tatecnica.pdf)
- <sup>5</sup> Lactancia materna: Madre con enfermedad tratada con medicamentos. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013. [Internet]. [Citado 14 De Agosto 2020].
- <sup>6</sup> En todo el mundo, 77 millones de recién nacidos no reciben leche materna en su primera hora de vida, dice UNICEF [Internet]. UNICEF. 2016 [citado 15 agosto 2020]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/en-todo-el-mundo-77-millones-de-reci%C3%A9n-nacidos-no-reciben-leche-materna-en-su>
- <sup>7</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de Estadística. [Internet]. Encuesta Nacional de Salud 2012. [citado 8 Oct 2019] Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p419/a2011/p06/I0/&file=06153.px&type=pcaxis&L=0>.
- <sup>8</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de Estadística. [Internet]. Encuesta Nacional de Salud 2012. [citado 8 Oct 2019] Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p419/a2011/p06/I0/&file=06153.px&type=pcaxis&L=0>.
- <sup>9</sup> Ministerio de Sanidad. [Internet]. Indicadores de Salud 2017 Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. [actualizado Mar 2013; citado 28 Oct 2019]. Disponible en: <https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2017.pdf>
- <sup>10</sup> Hacia la promoción y rescate de la Lactancia Materna. 2ª ed. Venezuela: UNICEF; 2005. p. 6.
- <sup>11</sup> Consejería de Sanidad. Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2012. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. Madrid, 2012 [consultado 5 Ago 2019]. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142705222327&language=es&pageid=1142588187073&pagename=PortalSalud%2FPTSA\\_Generico\\_FA%2FPTSA\\_pintarGenerico&v](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142705222327&language=es&pageid=1142588187073&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Generico_FA%2FPTSA_pintarGenerico&v)
- <sup>12</sup> NTP 664: Lactancia materna y vuelta al trabajo. En: [Internet]. España: Mª Dolores Solé Gómez; 2008 [citado 8 noviembre 2019]. p. 5. Disponible en: [https://www.insst.es/documents/94886/326775/ntp\\_664.pdf/e2a0a079-1f4d-4c39-a95c-5c8770017057](https://www.insst.es/documents/94886/326775/ntp_664.pdf/e2a0a079-1f4d-4c39-a95c-5c8770017057)
- <sup>13</sup> T. Harder, R. Bergmann, G. Kallischnigg, A. Plagemann Duration of breastfeeding and risk of overweight: A meta-analysis. Am J Epidemiol., 162 (2005), pp. 397-403
- <sup>14</sup> IHAN. La OMS recomienda no dar biberones a recién nacidos [Internet]. Madrid. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia. 2019 [citado 5 octubre 2019]. Disponible en: <https://www.ihan.es/doc/>

- 
- <sup>15</sup> Pacheco José. Falla ovárica precoz. An. Fac. med. [Internet]. 2010 Jul [citado 2019 Oct 08]; 71(3): 191-200. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832010000300009&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832010000300009&lng=es).
- <sup>16</sup> Cosío T. Hernández S. Lactancia materna en México. Intersistemas. México. 1ª Ed. P. 59
- <sup>17</sup> World Health Organization. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. WHO. Geneva, 1998 [consultado 5 Ago 2019]. Disponible en: [http://www.who.int/nutrition/publications/evidence\\_ten\\_step\\_eng.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_eng.pdf)
- <sup>18</sup> Asociación Española de Pediatría. Guía de Lactancia Materna para profesionales de la salud. [Internet]. La Rioja. Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja; 2008 [actualizado 2008; citado 7 Oct de 2019]. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia\\_prof\\_la\\_rioja.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja.pdf)
- <sup>19</sup> Aguayo J, Serrano P, Barbé C. Lactancia Materna [Internet]. 1.ª ed. Madrid: AEP; 2000 [citado 8 Sep 2019]. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/8-lm\\_andalucia.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/8-lm_andalucia.pdf)
- <sup>20</sup> Pereira J. Oliveira L, Palópoli P. A participação do pai no processo de amamentação. Cogitare Enferm. 2017 Jan/mar; 22(1): 01-07
- <sup>21</sup> Martínez P. Martín E, Macarro D., Martínez E., Manrique J., Educación prenatal e inicio de la lactancia Materna. Enfermería universitaria, 2017. [Internet] [Citada el 18 de Diciembre de 2019] Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n1/2395-8421-eu-14-01-00054.pdf>
- <sup>22</sup> Breno H, Zanolli M, Texeira R, La interferencia relativa de las abuelas para la lactancia materna de sus hijas adolescentes. Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza, 29(2): 253-258, abr./jun., 2016
- <sup>23</sup> Gallardo Sánchez R. Efectividad de intervenciones educacionales postnatales en la duración de la lactancia materna. Reduca (Enfermería, Fisioterapia, Podología). 2012;4:174-209.
- <sup>24</sup> Cárdenas M, Montes E. Perfil biopsicosocial de la madre y su relación con el abandono de lactancia materna exclusiva [Internet]. Revista electrónica cuatrimestral de enfermería. 2010 [citado 24 febrero 2020]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/clinica3.pdf>
- <sup>25</sup> M.J. Renfrew, F.M. McCormick, A. Wade, B. Quinn, T. Dowswell Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies Cochrane Database Syst Rev., 5 [Internet]. 2012, p. CD0011412013 [citado 28 febrero 2020]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403317303144?via%3Dihub#bib0355>
- <sup>26</sup> Pinilla E., Orozco L., Camargo F., Alfonso E., Peña E., Villabona L., Acevedo Y. Lactancia materna ineficaz: prevalencia y factores asociados. Salud UIS. 2012; 43 (3): 271-279
- <sup>27</sup> Wang W, Lau Y, Chow A. Breastfeeding initiation duration among Hong Kong Chinese woman: A prospective longitudinal study. Midwifery. [Internet] 2013 [Citado el 22 de Febrero de 2020] Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.015j>
- <sup>28</sup> Ocampo P, Vargas N, Leon N, Duran S, Araya M, Rudman J, Muñoz G. El tipo de parto, ¿podría condicionar el éxito en la lactancia materna exclusiva?. Rev Esp Nutr Comunitaria 2018; 24(2)
- <sup>29</sup> Tang L, Lee A. Factors associated with breastfeeding duration a prospective cohort study in Sichuan Province, China. [Internet] 2014 [Citado el 22 de Febrero de 2020] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25410668>
- <sup>30</sup> Méndez JN, Garcia RL, Reyes BD, Trujano RL. Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna en un programa de apoyo para misma en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán, en el periodo de septiembre a noviembre del 2014. Nutr Hosp. [Internet] 2015 [Citado el 24 de Febrero de 2020] Disponible en: <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/9524.pdf>

- 
- <sup>31</sup>Gonzalez G., Reyes LA., Borré YM, Oviedo H., Barrios L., Carbonó L., et al. Factores que inciden en el destete temprano en un grupo de madres de Santa Marta, Colombia. *InvestigEnferm. Desarr.* 2015;17. [Internet] [Citado el 17 de enero de 2020]. Disponible en: <http://www.index-f.com/invenf/17pdf/172037.pdf>
- <sup>32</sup>Rodríguez LL. Factores asociados al abandono de lactancia materna exclusiva en mujeres derechohabientes de la ciudad de Córdoba, Veracruz (tesis doctoral) [Internet] 2014 [Citada el 24 de febrero de 2020] Disponible en: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Leonardo.pdf>
- <sup>33</sup> Prendes LM, Vivanco DRM, Gutiérrez GRM, Guilbert RW. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1999; 15: 397-402.
- <sup>34</sup>Salsavilca E.J., Valles S.E. Factores que influyen en el inicio y duración de la lactancia materna exclusiva del recién nacido sano. (tesis de posgrado) Lima: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Privada Norbert Wiener, 2016 [Internet] [Citada el 16 de Diciembre de 2019] Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/392/Tesis%20pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- <sup>35</sup> Zumaeta I. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia materna exclusiva. (Tesis de posgrado). Lima: Facultad de Obstetricia y Enfermería, Universidad de San Martín De Porres; 2016. [Internet] [Citado el 18 de Diciembre de 2019] Disponible en: [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/2299/zumaeta\\_cis.pdf;jsessionid=DC5C68EB8677984E92299CDD16C141C2?sequence=3](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/2299/zumaeta_cis.pdf;jsessionid=DC5C68EB8677984E92299CDD16C141C2?sequence=3)
- <sup>36</sup>Cuadrón A. Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. *Estudio CALINA. Anales de pediatría.* 2013. [Internet] [Citado el 17 de enero de 2020. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-estadisticas-S1695403313001288>
- <sup>37</sup> Rodríguez-García J, Acosta-Ramírez N. Factores Asociados a la Lactancia materna Exclusiva en Población Pobre de Áreas Urbanas de Colombia. *Revista de Salud* 2008; 10 (1): 71-84.
- <sup>38</sup>Rusian JM. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. *Anales de pediatría,* 2014. [Internet] [Citado el 17 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-factores-asociados-al-abandono-precoz-articulo-S1695403313002385>
- <sup>39</sup> Gorrita P., Ortiz D., Alfonso L. Tiempo de lactancia materna exclusiva y estructura familiar. *Rev. Cubana de Pediatría.* 2016 [Internet] [Citado el 18 de Diciembre 2019] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v88n1/ped06116.pdf>
- <sup>40</sup>Perez DR., Valdes MA, Acciones de salud sobre la familia para incrementar la lactancia materna exclusiva. 2015. [Internet] [Citado el 17 de enero de 2020]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432015000400005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000400005)
- <sup>41</sup>López B, Zapata N, Martínez L. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín [Internet]. 2013 [citado 24 febrero 2020]. Disponible en: [file:///C:/Users/Serrano/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge\\_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Dialnet-MotivosDelAbandonoTempranoDeLaLactanciaMaternaExcl-5079480%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Serrano/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Dialnet-MotivosDelAbandonoTempranoDeLaLactanciaMaternaExcl-5079480%20(1).pdf)
- <sup>42</sup> Pino JL, López MA, Medel AP, Ortega A. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. *Rev Chil Nutr* 2013; 40 (1): 48-54.
- <sup>43</sup>Berrani H, MdaghriAlaoui A, Kasouati J, Alaoui K, Thimoulzgua A. Allaitementmaternelchez le nouveau-néprématuré à l'âge de sixmoisauMaroc :prévalence et facteursassociés. *Archives de Pédiatrie* 2015; 22(2): 141-145.

---

<sup>44</sup> Gonzales IA, Huespe MS, Auchter MC. Lactancia materna Exclusiva Factores De Exito Y/O Fracaso. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina 2008; (177): 1-4.

<sup>45</sup> Cisneros S, Flores S, Rosas C., Alojamiento conjunto madre-hijo e inicio de amamantamiento, en un hospital de tercer nivel de atención. Salud Pública de México, [S.l.], v. 37, n. 5, p. 424-429. [Internet] [Citado el 16 de Diciembre de 2019]. Disponible en: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5866/6592>

<sup>46</sup> Bai DL, Fong DY. Previous breastfeeding experience duration of any and exclusive breastfeeding among multiparous mothers birth. [Internet] 2015. [Citado 22 de Febrero de 2020.] Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/271021731\\_Previous\\_Breastfeeding\\_Experience\\_and\\_Duration\\_of\\_Any\\_and\\_Exclusive\\_Breastfeeding\\_among\\_Multiparous\\_Mothers](https://www.researchgate.net/publication/271021731_Previous_Breastfeeding_Experience_and_Duration_of_Any_and_Exclusive_Breastfeeding_among_Multiparous_Mothers)

<sup>47</sup> Villasís KMA, Romero TRM, Campos LG. Impacto del Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre en un hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social. GinecolObstetMex.[Internet] [Citado 24 de Febrero 2020] Disponible en: <https://biblat.unam.mx/es/buscar/impacto-del-programa-hospital-amigo-del-nino-y-de-la-madre-en-un-hospital-del-instituto-mexicano-del-seguro-social->

<sup>48</sup> Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Apoyo para la lactancia materna. The Cochrane Plus Database. 2010

<sup>49</sup> Rollins NC, Bhandari N, Hajeerhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet BreastfeedingSeriesGrp (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*, 387(10017), 491-504.

<sup>50</sup> Marieskind H. Abnormallactation. *J TropPaediatr* 2019; 19(2): 123-8.

<sup>51</sup> Moore K. Corte sagital de la mama femenina y de la pared torácica anterior. 8ª Ed. 2017. P 317.

<sup>52</sup> Castañeda J. G. Fisiología endocrina en ciencias de la salud. Materiales didácticos universitarios La laguna. 1ra Ed. 2017, México. pp 34-36

<sup>53</sup> UrquizaAréstegui Raúl. Lactancia materna exclusiva: ¿siempre? Rev. Perú. Ginecoobstet. [Internet]. 2014 Abr [citado 2019 Oct 09]; 60(2): 171-176. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322014000200011&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000200011&lng=es).

<sup>54</sup> Benedí J. Antihistamínicos H1. Farmacia Comunitaria [Internet]. 2005 [citado 9 junio 2019];(19):2.Disponible en: <https://www.elsevier.es>

<sup>55</sup> Valdés V, Pérez A. Fisiología de la glándula mamaria.UNICEF [Internet][Citado 23 de Febrero 2020] Disponible en: <https://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod02/FISIOLOGIA%20DE%20LA%20GLANDULA%20MAMARIA%20Y%20LACTANCIA.pdf>

<sup>56</sup> Aguilar M. Lactancia Materna. 3.ª ed. Madrid: Elsevier España; 2019.

<sup>57</sup> Llacsá L. Ginecología y Obstetricia. 1.ª ed. Perú: ICA; 2019.

<sup>58</sup> Reyes H, Martínez A. Lactancia humana. Bases para lograr su éxito. México: Ed. Médica Panamericana; 2011.p.81.

<sup>59</sup> Agencia de las Naciones Unidas que trabaja para defender los derechos de la infancia. [Internet]. Beneficios de la Lactancia Materna. [Internet] [actualizado 2019; citado 11 Junio 2019].Disponible en: [https://www.unicef.org/Beneficios\\_de\\_la\\_Lactancia\\_Materna\(1\).pdf](https://www.unicef.org/Beneficios_de_la_Lactancia_Materna(1).pdf)

- 
- <sup>60</sup> Ong G., Yap M., Ling Li, et al. Impact of working status on breastfeeding in Singapore. Evidence from the National Breastfeeding Survey 2001 Eur J Pub Health., 15 (2005), pp. 424-430
- <sup>61</sup> Lawrence R. Lactancia materna una guía para la profesión médica. 6.ª ed. Madrid: Elsevier; 2007. pp 275-286
- <sup>62</sup> González T, Sánchez C. Guía de Lactancia Materna [Internet]. 1.ª ed. Illes Balears: Consejería de Salud y Consumo; 2009 [Internet] [Citado 9 noviembre 2019]. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/7-guia\\_baleares\\_esp.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/7-guia_baleares_esp.pdf)
- <sup>63</sup> Gamboa DE., López BN., Prada GG., Gallo PK., Conocimientos, Actitudes y Prácticas Relacionadas con Lactancia Materna en Mujeres en Edad Fértil en una Población Vulnerable. Revista Chilena de Nutrición [Internet] 2008. Vol.35 (1) 1-4. [Citado el: 13 de diciembre de 2018.] Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v35n1/art06.pdf>
- <sup>64</sup> Flores DA., Bustos VM., González SR., Mendoza SH. Factores relacionados con la duración de la lactancia materna en un grupo de niños mexicanos. Archivos en medicina familiar [Internet]. [Citado el 16 de Diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf061e.pdf>
- <sup>65</sup> Lawrence R. Lactancia materna: una guía para la profesión médica. 6ª edición. España. Editorial Elsevier Mosby; 2007.
- <sup>66</sup> Flores DA., Bustos VM., González SR., Mendoza SH. Factores relacionados con la duración de la lactancia materna en un grupo de niños mexicanos. Archivos en medicina familiar [Internet]. [Citado el 16 de Diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf061e.pdf>
- <sup>67</sup> Torras E. Pezones planos e invertidos [Internet]. Alba Lactancia Materna. 2019 [citado 11 noviembre 2019]. Disponible en: <https://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-2-como-superar-dificultades/pezones-planos-e-invertidos/>
- <sup>68</sup> Absceso mamario. 17ª ed. EcuRed. Cuba: EcuRed; 2019. pp. 2–3. [citado 23 noviembre 2019]
- <sup>69</sup> Lactancia [Internet]. Universidad Católica de Chile. 2015 [citado 11 octubre 2019]. Disponible en: <http://publicacionesmedicina.uc.cl/AltoRiesgo/lactancia.html>
- <sup>70</sup> Embarazo. [Internet] Junta de Andalucía. 2019 [citado 11 noviembre 2019]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/temas/salud/servicios/embarazo.html>
- <sup>71</sup> Martín J. Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría [Internet]. Asociación Española de Pediatría. 2012 [citado 11 noviembre 2019]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna-comite-lactancia-materna>
- <sup>72</sup> Aguayo J. La Lactancia Materna. Manuales Universitarios. Sevilla. Núm. 52. 2001.
- <sup>73</sup> Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 12. Art. No.: CD006425. DOI: 10.1002/14651858.CD006425.pub4
- <sup>74</sup> López MB., Martínez GL., Zapata LN. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. Rev. Fac. Nac. [Internet] 2013. [Citado el 16 de diciembre de 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31n1/v31n1a14.pdf>
- <sup>75</sup> Navarro EM., Duque LM., Trejo PJ. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. Revista Salud Pública de México [Internet] 2003. [Citado: 16 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10645406>

- 
- <sup>76</sup> Rodríguez LL. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres derechohabientes de la Ciudad de Córdoba Veracruz (tesis doctoral). [Internet]. 2014. [Citado el 16 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Leonardo.pdf>
- <sup>77</sup> Cabrera AG., Carvajal R. y Mateus SJ. Conocimientos acerca de la lactancia materna en el Valle de Cauca, Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet] [Citado el 16 de Diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/120/12021103.pdf>
- <sup>78</sup> Consejería de Empleo, Formación y Trabajo Autónomo. C.V.E. 00150302 Boletín Oficial del Estado, Nº 27 (08-02-2019).
- <sup>79</sup> Gökçay G (2012) Ten steps for successful breast-feeding: assessment of hospital performance, its determinants and planning for improvement. Niño: cuidado, salud y desarrollo. 23(2):187-200.
- <sup>80</sup> García M., Martínez P., Guía práctica para la realización de trabajos fin de grado y trabajos fin de máster., 1ed. Murcia. Editum. 2012.
- <sup>81</sup> Burgos R., Metodología de Investigación y escritura científica en clínica. 3 ed. Granada. Junta de Andalucía. 1998. pp66-69
- <sup>82</sup> Edad [Internet]. Real Academia Española (RAE). (2001). Diccionario de la lengua española (22. a ed.).[Citado el 12 de Agosto de 2019]. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>
- <sup>83</sup> Diario Oficial de la Federación. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-043-SSA2-2012, SERVICIOS BASICOS DE SALUD. PROMOCION Y EDUCACION PARA LA SALUD EN MATERIA ALIMENTARIA. CRITERIOS PARA BRINDAR ORIENTACION. [Internet] [Citada el 9 de agosto de 2019]. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013)
- <sup>84</sup> Bombí I. Definición de parto. [Internet] 2019 [Citada el 28 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/el-parto/definicion-de-parto/>
- <sup>85</sup> Diario Oficial de la Federación. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA. [Internet] [Citada el 9 de agosto de 2019]. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07%2F04%2F2016](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07%2F04%2F2016)
- <sup>86</sup> Organización Mundial de la Salud. [Internet]. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. [actualizado 2016; citado 28 de marzo 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
- <sup>87</sup> Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. ProgObstetGinecol 2018; 61(05):510-527. DOI: 10.20960/j.pog.00141 págs 511-514.
- <sup>88</sup> Organización Mundial de la Salud. [Internet] El personal sanitario es imprescindible para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. [actualizado 2020; citado 28 de marzo 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/hrh/workforce\\_mdgs/es/](https://www.who.int/hrh/workforce_mdgs/es/)
- <sup>89</sup> Briones G. 2000. La investigación social y educativa. Convenio Andrés Bello. Bogotá, Colombia: Tercer Mundo Editores, p. 59.
- <sup>90</sup> Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales (LOPD) y garantía de los derechos digitales. BOE 3/2018.
- <sup>85</sup> Pereira J. Oliveira L, Palópoli P. A participação do pai no processo de amamentação. Cogitare Enferm. 2017 Jan/mar; 22(1): 01-07

---

<sup>86</sup>López B, Zapata N, Martínez L. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín [Internet]. 2013 [citado 24 febrero 2020]. Disponible en:

[file:///C:/Users/Serrano/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge\\_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Dialnet-MotivosDelAbandonoTempranoDeLaLactanciaMaternaExcl-5079480%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Serrano/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Dialnet-MotivosDelAbandonoTempranoDeLaLactanciaMaternaExcl-5079480%20(1).pdf)

<sup>87</sup> Rodríguez LL. Factores asociados al abandono de lactancia materna exclusiva en mujeres derechohabientes de la ciudad de Córdoba, Veracruz (tesis doctoral) [Internet] 2014 [Citada el 24 de febrero de 2020] Disponible en: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Leonardo.pdf>

<sup>88</sup> Prendes LM, Vivanco DRM, Gutiérrez GRM, Guilbert RW. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999; 15: 397-402.

<sup>89</sup> Cisneros S, Flores S, Rosas C. Alojamiento conjunto madre-hijo e inicio de amamantamiento, en un hospital de tercer nivel de atención. Salud Pública de México, [S.l.], v. 37, n. 5, p. 424-429. [Internet] [Citado el 16 de Diciembre de 2019]. Disponible en: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5866/6592>



---

## **CAPÍTULO X ANEXOS.**

### **Instrumento de valoración.**

#### **Factores asociados al abandono o éxito de la Lactancia Materna Exclusiva en mujeres en Sevilla, España.**

El objetivo de este instrumento es conocer los factores que propician el abandono o el éxito de la Lactancia Materna Exclusiva en mujeres en Sevilla, España, identificar los principales motivos para una Lactancia Materna Exclusiva Exitosa o el abandono; realizar conclusiones para mejorar el apego a la Lactancia Materna Exclusiva reconocida como el mejor alimento para el recién nacido.

Instrucciones: Conteste claramente las siguientes preguntas con letra legible, en las preguntas que tienen incisos subraye la respuesta que considere correcta.

I Ficha de Identificación.

1.- ¿Qué edad tiene?

- a. 22a - 24a
- b. 25a - 27a
- c. 28a - 30a
- d. 31a - 33a
- e. 34a - 36a
- f. 37a - 40a
- g. >40a

2.- Ocupación:

- a. Ama de casa.
- b. Estudiante.
- c. Trabaja por cuenta propia.
- d. Trabaja por cuenta ajena.

---

3. Estado civil:

- a. Soltera.
- b. Casada.
- c. Pareja de hecho.

4. Escolaridad:

- |                 |                                |                                  |
|-----------------|--------------------------------|----------------------------------|
| a. Primaria.    | <input type="radio"/> Completa | <input type="radio"/> Incompleta |
| b. Secundaria   | <input type="radio"/> Completa | <input type="radio"/> Incompleta |
| c. Bachillerato | <input type="radio"/> Completa | <input type="radio"/> Incompleta |
| d. Universidad  | <input type="radio"/> Completa | <input type="radio"/> Incompleta |

5. ¿Cuántos embarazos ha tenido?

- a. Primer embarazo.
- b. Dos o más embarazos.

6. ¿Tipo de nacimiento de su embarazo?

- a. Parto Natural.
- b. Parto Instrumentado.
- c. Cesárea.

II. Datos Socioeconómicos

7.- ¿Cuál es su ingreso mensual aproximado?

- a. Menos de € 1,000
- b. De € 1,001 a €1,500.
- c. De € 1,501 a € 3,000.
- d. Más de € 3,000

III. Orientación a la Lactancia Materna

8.- ¿Llevó control prenatal durante su embarazo?

- a. Sí.
- b. No.

9.- ¿En qué semana de gestación fue su primera consulta prenatal?

- a. De 1 a 12 SDG.
- b. De 13 a 24 SDG.
- c. De 25 a 32 SDG.

---

d. De 33 a 41 SGD.

10.- ¿Cuántas consultas de control prenatal tuvo durante su embarazo?

- a. De 1 a 3
- b. De 4 a 6
- c. 7 o más.

11.- ¿Recibió información sobre la lactancia materna en la unidad donde llevó su control prenatal?

- a. Sí.
- b. No.

12. Si su respuesta es afirmativa. Marque con una "X" la información que recibió:

Beneficios para la madre e hijo de la Lactancia Materna

Posiciones para amamantar

Composición de la leche materna

Extracción manual o con dispositivo de leche materna

Conservación de la leche materna

Almacenamiento

Otro: \_\_\_\_\_

13.- ¿Qué profesional de la salud le ofreció la orientación para la Lactancia?

- a) Ginecólogo
- b) Pediatra
- c) Médico familiar
- d) Enfermera
- e) Matrona
- f) Otro \_\_\_\_\_

14.- ¿Tiene alguna alteración/complicación en la glándula mamaria? Si su respuesta es negativa pase a la pregunta 17.

---

a) Si

b) No

15.- ¿Cuál?

a) Seno prominente

b) Pezón plano

c) Pezón invertido

d) Otro \_\_\_\_\_

16.- ¿Busco ayuda para dar pecho a pesar de la complicación de la glándula mamaria?

a) Si

b) No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

17.- ¿En qué semana de gestación nació su hijo?

a) De 24 a 28 SDG

b) De 29 a 32 SDG

c) De 33 a 37 SDG

d) De 38 a 42 SDG

18.- ¿En qué lugar fue atendido su parto?

a. Hospital Público.

b. Hospital privado.

IV. Éxito de la Lactancia Materna Exclusiva.

19.- ¿Recibió información sobre la lactancia materna en la unidad donde se atendió el parto?

a. Sí.

b. No.

---

20.-Si la respuesta es afirmativa ¿Qué tipo de información recibió? Marque con una "X"

Beneficios para la madre e hijo de la Lactancia Materna

Posiciones para amamantar

Composición de la leche materna

Extracción manual o con dispositivo de leche materna

Conservación de la leche materna

Almacenamiento

Otro:\_\_\_\_\_

21.- ¿Durante la primera hora de vida le dio seno a su bebé?

- a. Sí.
- b. No.

Si la respuesta es NO ¿Por qué?

---

22.- ¿Cuánto tiempo le dio seno materno de forma exclusiva?

- a) De 0 a 2 meses
- b) De 2 meses 1 día a 4 meses
- c) De 4 meses 1 día a 6 meses
- d) Más de 6 meses
- e) Otro\_\_\_\_\_

#### VII. Suspensión y abandono de la lactancia Materna Exclusiva

23.- ¿A los cuántos meses de nacido su bebé suspendió el seno materno? (Si su respuesta es d o e, continúe en la pregunta 35.

Entendamos como suspensión a detener o interrumpir durante un tiempo la Lactancia Materna Exclusiva.

- a) De 0 a 2 meses

- 
- b) De 2 meses 1 día a 4 meses
  - c) De 4 meses 1 día a 6 meses
  - d) Más de 6 meses
  - e) Sigue amamantando

24.- En caso de optar por la suspensión ¿Cuál fue la razón?

- a) Leche insuficiente
- b) Incorporación al trabajo
- c) El niño dejó de mamar
- d) Problemas en las mamas
- e) Nuevo embarazo
- f) Consejo/indicación de un profesional sanitario
- g) Sin razón específica
- h) Otros \_\_\_\_\_

25.- ¿Posteriormente, intentó reanudar la lactancia materna? Si su respuesta es afirmativa pase a la pregunta 27.

- a. Sí.
- b. No.

26.- ¿Por qué?

---

27.- ¿Cuándo reanudó la Lactancia Materna?

- a) 2 días
- b) 3-4 días
- c) 5 -7 días
- d) Otro \_\_\_\_\_

28.-En caso de haber reanudado la Lactancia Materna ¿Fue exitosa?

- 
- a. Sí.
  - b. No.

29.- ¿Cómo sustituyó la Lactancia Materna?

- a. Fórmula en biberón.
- b. Leche materna en biberón.

30.- ¿Cuándo abandonó la Lactancia Materna Exclusiva después del nacimiento de su bebé?

- a) Menos de 1 mes
- b) 2 - 3 meses
- c) 4 -5 meses
- d) 5 meses 1 semana
- e) 6 meses 1 semana

31.- ¿Por qué decidió abandonar la Lactancia Materna Exclusiva?

- a) Leche insuficiente
- b) Incorporación al trabajo
- c) El niño dejó de mamar
- d) Problemas en las mamas
- e) Nuevo embarazo
- f) Consejo/indicación de un profesional sanitario
- g) Sin razón específica
- h) Otros \_\_\_\_\_

32.- ¿Recibió orientación sobre como quitarle el pecho?

- a. Sí.
- b. No.

¿Qué tipo de información recibió?

---

---

33.- Después del nacimiento de su bebé ¿Se colocó un método anticonceptivo?

- a. Sí.
- b. No.

34.- ¿Cuál?

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!



---

## **Consentimiento Informado.**

### **Factores asociados al abandono o éxito de la Lactancia Materna Exclusiva en mujeres en Sevilla, España.**

**Dirigido a:** Mujeres Españolas que cursan el séptimo mes posterior al parto practicando la lactancia materna.

Usted ha sido invitado a participar en el presente proyecto de investigación, el cual es desarrollado por la Universidad Nacional Autónoma de México en colaboración con la Universidad de Sevilla. El estudio se realizará en Sevilla, España. Si Usted decide participar en el estudio, es importante que considere la siguiente información.

El propósito del presente estudio es identificar los factores asociados que llevan a mujeres al éxito o abandono de la Lactancia Materna Exclusiva.

Le pedimos participar en este estudio ya que usted cuenta con criterios para llevar a cabo el estudio como: ser madre adolescente, primípara, no padecer enfermedades, hijo sano, y el cursando el sexto mes posterior al parto practicando la lactancia materna.

El cuestionario consta de 35 preguntas con respuestas dicotómicas, no hay límite de tiempo para responder, puede preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

Su colaboración es importante ya que permitirá conocer las causas que ocasionan el abandono o el éxito de la Lactancia Materna Exclusiva y realizar conclusiones para mejorar el apego a la Lactancia Materna Exclusiva reconocida como el mejor alimento para el recién nacido.

No hay un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando con la Universidad Nacional Autónoma de México.

Toda la información que usted nos proporcione para el estudio es de carácter estrictamente confidencial y anónimo, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria, tiene plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento.

---

Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implica algún costo para usted.

### **Aviso de Privacidad**

Las investigadoras Ayala García Iliana Ximena, Serrano Olivar Rosa Aurora, La Dra. Angélica Ramírez Elías y la Dra. Fátima León Larios son responsables del resguardo de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con Ayala García Iliana Ximena y Serrano Olivar Rosa Aurora a los siguientes correos electrónicos: [aurora.23.as@gmail.com](mailto:aurora.23.as@gmail.com) o [iliana\\_1920@outlook.com](mailto:iliana_1920@outlook.com)

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos copia de la aceptación de la participación al estudio

**Acepto, No Acepto** (subraye su opción), participar en el estudio: **Factores asociados al abandono o éxito de la Lactancia Materna Exclusiva en mujeres en Sevilla, España, por:** Ayala García Iliana Ximena, Serrano Olivar Rosa Aurora y La Dra. Angélica Ramírez Elías para la Universidad Nacional Autónoma de México y en colaboración la Dra. Fátima León Larios de Universidad de Sevilla, realizado en el día -  
-----.

---

**Acepto, No Acepto** (subraye su opción), participar en el estudio: **Factores asociados al abandono o éxito de la Lactancia Materna Exclusiva en mujeres en Españolas, en Sevilla, España por:** Ayala García Iliana Ximena, Serrano Olivar Rosa Aurora y La Dra. Angélica Ramírez Elías para la Universidad Nacional Autónoma de México y en colaboración la Dra. Fátima León Larios de Universidad de Sevilla, realizado en -----  
el día -----.

Copia para participante.