



# Estudio sobre la identificación de áreas de mejora para incidir positivamente en la lactancia materna exclusiva y prolongada

Instituto Nacional de Salud Pública  
Dra. Ana Lilia Lozada  
Dra. Teresa Shamah-Levy  
Dr. Ignacio Méndez  
Mtra. Izchel Cosío Barroso  
Mtra. Ana Cecilia Fernández Gaxiola  
Dr. Juan Rivera

Universidad Iberoamericana, CDMX  
Dra. Sonia Hernández Cordero

UNICEF México  
Dr. Matthias Sachse  
Mtra. Paula Veliz  
Mtra. Catalina Gómez  
Mtra. Eva Prado

Agradecemos a la Secretaría de Salud, especialmente a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, su liderazgo, apoyo y soporte durante todo el proceso de implementación de este estudio.

Coordinación editorial: Alejandra Castillo, UNICEF México  
Corrección de estilo y edición: Ariella Aureli  
Fotografía de Portada: Fernando Poiré  
Diseño y formación: Estudio Mora



# Índice

<b>RESUMEN EJECUTIVO</b>	7
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	11
<b>2. OBJETIVO</b>	14
<b>3. MÉTODOLÓGÍA</b>	15
3.1 Diseño del estudio	15
3.2 Población de estudio	15
3.2.1 Muestra del estudio cuantitativo	15
3.2.2 Muestra del estudio cualitativo	15
3.2.2.1 Criterios de inclusión y exclusión	16
3.3 Instrumentos de recolección de información	16
3.3.1 Recolección de información cuantitativa	16
3.3.2 Recolección de información cualitativa	17
3.4 Levantamiento de información	17
3.4.1 Contacto en el hospital (hasta siete horas posparto)	17
3.4.2 Visitas en el hogar un mes después del parto	18
3.5 Análisis de la información	18
3.5.1 Análisis de la información cuantitativa	18
3.5.2 Análisis de información cualitativa	20
<b>4. RESULTADOS</b>	21
4.1 Resultados cuantitativos	21
4.1.1 Características de la muestra	21
4.1.2 Prácticas hospitalarias para el inicio de la lactancia materna	21
4.2 Resultados cualitativos	25
4.2.1 Promoción o publicidad visible de sucedáneos de la leche materna	25
4.2.2 Indicadores de alimentación infantil	25
4.2.2.3 Indicadores sobre lactancia materna a nivel hospitalario	25
4.2.2.4 Indicadores de cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucesáneos de la Leche Materna	25
4.2.2.5 Factores asociados con las prácticas de lactancia materna	30
4.3 Resultados cualitativos	33
4.3.1 Entrevistas durante la estancia hospitalaria	33
4.3.2 Entrevistas al mes después del parto en el hogar de la participante	42
4.3.2.1 Establecimiento de la lactancia materna	42
4.3.3 Actores clave y su papel en las prácticas de alimentación infantil	47
4.3.3.1 Durante la hospitalización	47
4.3.3.2. En casa	47
<b>5. DISCUSIÓN</b>	49
5.1 Prácticas hospitalarias o en el hogar que favorecen o que obstaculizan el inicio temprano de la lactancia materna y la lactancia materna exclusiva	49
5.2 Creencias familiares que favorecen u obstaculizan el establecimiento de la lactancia materna	52
5.3 Fortalezas y limitaciones del estudio	53

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 55

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 58

### CUADROS Y TABLAS

Cuadro 1. Total de localidades, unidades de salud y parejas madre-hijo por tipo de localidad	15
Cuadro 2. Afecciones que justifican el uso de fórmula infantil (sustituto o complemento)	16
Cuadro 3. Instrumentos de recolección de información, lugar de aplicación y muestra	17
Cuadro 4. Indicadores a nivel hospitalario y de prácticas de lactancia materna y del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna	19
Cuadro 5. Características de las mujeres reclutadas en hospitales para atención al parto en Chihuahua y Puebla, 2017. (n=542 que representan 6,540 mujeres mexicanas)	22
Cuadro 6. Información sobre el recién nacido y prácticas hospitalarias sobre lactancia materna (LM) durante la estancia hospitalaria por tipo de adscripción, grupo de edad, tipo de parto y ámbito urbano-rural (n expandida=6540)	24
Cuadro 7. Indicadores de prácticas de alimentación infantil en una muestra de mujeres en el período posparto inmediato y al mes después del parto, en Chihuahua y Puebla	26
Cuadro 8. Indicadores sobre LM a nivel hospitalario en una muestra de mujeres en el período posparto inmediato y al mes después del parto, en Chihuahua y Puebla	26
Cuadro 9. Indicadores de cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en mujeres durante la estancia hospitalaria. UNICEF, 2017	28
Cuadro 10. Indicadores de cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en mujeres durante el contacto al mes después del parto. UNICEF, 2017	29
Cuadro 11. Regresión logística para inicio temprano de la LM (<1hr), LME y uso de sucedáneo al mes después del parto en mujeres usuarias de US de Chihuahua y Puebla	30
Cuadro 12. Regresión logística para inicio temprano de la LM (<1hr), LME, y uso de sucedáneo al mes posparto en adolescentes usuarias de US de Chihuahua y Puebla	31
Cuadro 13. Regresión logística para inicio temprano de la LM (<1hr), LME, y uso de sucedáneo al mes posparto en mujeres adultas usuarias de US de Chihuahua y Puebla	31

### ABREVIATURAS Y SIGLAS

<b>Código</b>	Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de Leche Materna
<b>ENIM</b>	Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres
<b>ENLM</b>	Estrategia Nacional de Lactancia Materna
<b>ENSANUT</b>	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
<b>IHAN</b>	Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña
<b>IMSS</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>LM</b>	Lactancia materna
<b>LME</b>	Lactancia Materna Exclusiva
<b>NOM</b>	Norma Oficial Mexicana
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>SLM</b>	Sucedáneos de leche materna
<b>SSA</b>	Secretaría de Salud
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>US</b>	Unidad de salud

---

# Resumen ejecutivo

## Introducción

A lo largo de varias décadas, la investigación sobre los beneficios de la lactancia materna (LM) para la salud física y emocional del niño(a) y de la madre en cualquier contexto económico y social, confirma y aporta cada vez más evidencia sobre estos. A pesar de lo anterior, en la actualidad las tasas de LM aún no alcanzan el nivel recomendado para mejorar la salud y nutrición de la población infantil.

Entre las barreras documentadas en la literatura se encuentran: el escaso apoyo durante la estancia hospitalaria por parte de los proveedores de salud, el ambiente de presión debido al tiempo, y algunas prácticas hospitalarias (medicalización del proceso de parto, parto por cesárea y separación de la madre y el bebé durante las primeras horas después del parto, entre otras). Adicionalmente, dentro del ámbito comunitario, emergen como razones para el abandono temprano o la no iniciación de la LM: la opinión social o familiar contrapuesta a la LM, la incomodidad para amamantar en público y el regreso al trabajo de la madre.

En México se ha documentado un deterioro de las prácticas de lactancia materna, entre las principales barreras que lo ocasionan se encuentran las prácticas hospitalarias y el escaso apoyo social. Un estudio realizado en 2016 en los estados de Chihuahua y Puebla reveló que existen violaciones al Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos en México (Código).<sup>1</sup>

Con base en lo anterior, se estableció como objetivo del presente estudio identificar, de acuerdo con las recomendaciones actuales, las prácticas hospitalarias y domiciliarias que favorecen o dificultan la realización de la

lactancia materna en mujeres que parieron en hospitales de la Secretaría de Salud (SSA), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en hospitales privados de municipios urbanos y rurales de los estados de Chihuahua y Puebla. Este documento presenta los resultados finales obtenidos de la investigación sobre los factores que favorecen o dificultan el establecimiento y mantenimiento de la lactancia materna.

## Metodología

Para el presente estudio se eligió una metodología mixta, que incluyó encuestas y entrevistas semiestructuradas dirigidas a mujeres en el período de posparto inmediato (siete horas) e intermedio (30 días después del parto). Se indagó sobre las experiencias relacionadas con las prácticas de lactancia en mujeres de 15 a 49 años de edad, que habían dado a luz recientemente en hospitales públicos (de la SSA y del IMSS) y privados, localizados tanto en comunidades urbanas como rurales, en las entidades de Chihuahua y Puebla. La investigación giró también en torno a las barreras y facilitadores en el ámbito del hogar respecto al inicio y/o continuación de la LM.

Con estos fines se realizó un muestreo probabilístico en dos etapas para seleccionar una muestra efectiva de 224 parejas de madre-hijo en cada estado. Se contactaron las participantes durante el posparto inmediato y 30 días después, en sus hogares. El levantamiento de la información cuantitativa consistió en una encuesta con preguntas cerradas durante la estancia hospitalaria y en el hogar de la participante, y además una lista de cotejo<sup>2</sup> para observaciones acerca del ámbito hospitalario. Por otro lado, se realizó una entrevista semiestructurada a una submuestra de participantes. La guía se centró en captar prácticas, percepciones y experiencias

---

<sup>1</sup> Dirección de Vigilancia de la Nutrición. Centro de Investigación en Nutrición y Salud. Reporte final del estudio para estimar la prevalencia de violaciones al Código Internacional de los Sucedáneos de la leche materna en dos estados de la República Mexicana. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México. Octubre 2016.

<sup>2</sup> La lista de cotejo registró/documentó cualquier material informativo o promocional sobre sucedáneos de leche materna en la unidad de salud.

durante la estancia hospitalaria, así como las creencias y apoyos que las madres recibieron de la familia y la comunidad para iniciar, continuar y/o abandonar la LM; además se buscaron en el conjunto de comentarios, sugerencias que comúnmente se escuchan áreas de oportunidad para mejorar estas prácticas.

La información recolectada fue grabada y/o integrada de forma automatizada en una base de datos validada y respaldada continuamente durante el trabajo de campo. Se utilizó estadística descriptiva, se generaron y analizaron diferentes modelos estadísticos, que permitieran responder al objetivo del estudio con base en indicadores de lactancia materna seleccionados previamente. Los análisis se realizaron por medio del paquete estadístico Stata versión 14.2. El módulo *svy* fue usado para considerar el muestreo por conglomerados y el tamaño del hospital dentro de los estimadores. En el caso de la información cualitativa, ésta se transcribió con el procesador de datos de Word; el análisis del discurso de la entrevista se efectuó a través del establecimiento de categorías *a priori* y emergentes, buscando alcanzar la saturación teórica. La información se concentró en matrices de contenido y fue categorizada e interpretada por profesionales expertos en el área.

## Resultados cuantitativos

La muestra en estudio fue conformada por 543 parejas madre-hijo (que representan a 6,540 mujeres de ambos estados), con un promedio de edad de las madres de 25 años ( $\pm 5.8$ ). De ellas, el 41.2% reportó ser primeriza, el 86% ser casada o vivir en pareja, el 48.5% tener estudios de secundaria o inferiores y el 42.7% dedicarse al hogar.

De acuerdo con lo reportado por las participantes, la información más común sobre LM que las madres recibieron durante el embarazo fue acerca de la importancia de darle pecho al bebé (85.1%) y el tiempo durante el cual se le debe dar únicamente leche materna (76.9%). La principal fuente informante sobre este tema fueron las enfermeras (36.6%). Sin embargo, la información sobre técnicas para continuar con la lactancia materna, las soluciones ante las dificultades que se pueden enfrentar al amamantar y las desventajas del uso de sucedáneos de leche materna (SLM) fue ofrecida en una proporción mucho menor (<55%).

El inicio temprano de la lactancia materna (dentro de la primera hora de vida) tuvo una prevalencia de sólo el 37.8%, mientras que la práctica de dar fórmula infantil dentro del hospital fue reportada en un 58.7% de los casos. Las principales razones fueron la percepción de que la leche no bajaba, de que se tenía leche insuficiente, o de que el bebé no se satisfacía (45.9%).

Durante las encuestas en el hogar, un 6% de las participantes refirieron haber recibido en el hospital muestras de SLM y un 17.1% haber aceptado regalos. La práctica de lactancia materna exclusiva (LME) durante el primer mes posparto (estimada por el método de *status quo*<sup>3</sup>) fue reportada sólo en el 47.4% de la muestra. Las participantes señalaron que la madre o suegra fueron la principal fuente de apoyo para mantener la lactancia materna en este periodo (37.1%).

Por otro lado, la principal fuente de asesoría sobre uso de SLM durante el primer mes posparto fue el personal de salud (52.1%). Entre las mujeres que recibieron una muestra de SLM, un 25% reportó que provino de familiares y 22% de amigos. Asimismo, en la encuesta transcurrido el primer mes después del parto, más de la mitad de las participantes (54.3%) refirió haber visto o escuchado publicidad de SLM en su hogar o en la comunidad, a través de la televisión o radio (85.3%) como vías principales, provenientes sobre todo de la compañía Nestlé (75.7%) y con la promoción de fórmula de inicio (ceros a seis meses de edad) (32.1%).

En el análisis estadístico multivariado, los factores identificados que favorecen el inicio temprano de la lactancia materna incluyen el tipo de parto (vaginal con razón de momios (RM)=2.8), el tipo de unidad de salud donde se atendió el parto (pública con RM=2.5) y la información sobre LM recibida durante el embarazo (RM=1.06). Por otra parte, la LME durante el primer mes posparto se relacionó con la edad materna (mujeres adultas en comparación con adolescentes RM=1.07), el acceso a información sobre LM durante el embarazo (RM=1.17) y con el apoyo recibido en el hogar por la madre/suegra (RM=2.71).

Además, el uso de SLM durante primer mes después del parto fue menos probable en las madres que se autoidentificaban como

<sup>3</sup> Método estandarizado para recolectar información sobre prácticas de alimentación infantil del día anterior a la entrevista.

indígenas (RM=0.63), en quienes iniciaron de forma temprana la LM (RM=0.42) y en quienes recibieron información sobre LM durante el embarazo (RM=0.89). Se observó también que tanto en mujeres adolescentes como adultas los factores comunes asociados al inicio temprano de la LM y a la práctica de LME desde el primer mes posparto fueron el tipo de parto (cesárea o parto fisiológico) y haber recibido información sobre LM durante el embarazo o el control prenatal.

## Resultados cualitativos

Entre los principales elementos que contribuyen a que la madre inicie la lactancia durante su estancia hospitalaria se mencionaron el conocimiento sobre la importancia de la leche materna para el bebé, el apoyo del personal de enfermería, la práctica de posiciones adecuadas, ahorro al evitar un gasto económico por SLM y que tomar agua ayuda a producir leche.

Adicionalmente, las participantes mencionaron que sería positivo contar con una mayor cercanía y frecuencia del apoyo sobre las técnicas de amamantar, soportes o almohadas, camas más cómodas y poder tomar agua más seguido. Respecto a las dificultades para la LM que las mujeres reportaron a los 30 días después del parto, éstas se refieren a:

- a) la sensación de necesitar producir más leche para satisfacer el apetito del bebé,
- b) la intención de dar leche en polvo al bebé para poder salir a divertirse,
- c) el dolor de pezones y la aparición de grietas en los primeros días de lactancia, y
- d) requerir consejos para una salida efectiva de la leche.

Como elementos facilitadores para practicar la LM, en el levantamiento de información a los 30 días después del parto se identificaron:

- a) el pensamiento generalizado de que amamantar es fácil,
- b) el bajo gasto, la practicidad y facilidad,
- c) la buena alimentación de la madre,
- d) un ambiente tranquilo y no estresante, al contrario de como suele ser un trabajo o una calle,
- e) acostar o inclinar al bebé (como posiciones que facilitan la lactancia),
- f) la salida de leche en abundancia, y
- g) el apoyo del esposo.

Asimismo, se reconocieron como motivos para utilizar sucedáneos:

- a) las madres sienten que sus bebés no se llenan y deciden complementar la leche materna con SLM,
- b) en el IMSS le daban determinada marca de sucedáneo y la madre siguió comprándolo,
- c) no tienen idea de que los sucedáneos sean “malos”; pues están recomendados y en ese sentido son buenos -aunque no tanto como la leche materna- para evitar enfermedades, y
- d) si usan tetero con chupón en forma de pecho, el bebé succiona mejor.

Las marcas que se mencionaron fueron *Nan 1*, *Enfamil* y *Optipro*, además las madres detectaron efectos adversos de las leches de fórmula, como cólicos y estreñimiento.

Cabe mencionar que quienes brindaron información a las mujeres -tanto sobre amamantar como sobre el uso de fórmula infantil- fueron familiares, amistades y personal de salud. Por otro lado, aunque las participantes tenían conocimiento de la existencia de espacios o personas que pueden brindar apoyo sobre LM, reportaron no asistir a grupos de apoyo.

En cuanto a los elementos en favor poner en práctica la LM, las madres entrevistadas señalaron la facilidad de perder peso y recuperarse rápidamente, el ser una experiencia positiva que une madre e hijo/a, que es práctica y las hace sentir contentas. Además, mencionaron que la LM es la primera vacuna para el bebé, previene enfermedades, los hace crecer fuertes y sanos, y que es importante cuidar o evitar las grietas dolorosas, formarse el pezón, usar un cojín que sostenga el brazo, ponerse al bebé al pecho sin apretarlo para que no se ahogue y cuidar la postura para amamantar, informarse sobre LM adecuadamente y no desesperarse al acomodar al bebé; por último, las mujeres resaltaron que se requiere paciencia a la hora de lactar.

## Discusión

A través de los hallazgos fue posible identificar diferentes prácticas hospitalarias y en el hogar, así como las creencias que favorecen y aquellas que obstaculizan el establecimiento de la lactancia materna durante las primeras horas posparto y la práctica de la lactancia materna exclusiva (LME) durante el mes sucesivo.

Los factores que se relacionan con el inicio de la lactancia durante el primer mes posparto son distintos, según la edad de la madre, el tipo de parto, el tipo de adscripción de la clínica donde la persona fue atendida y el lugar de residencia (rural o urbano). Esto, sin duda, requiere realizar distintos esfuerzos, que dependerán de los recursos humanos y financieros disponibles para posicionar a la práctica de la lactancia materna como una prioridad para mejorar la calidad de la atención materno-infantil.

Cabe señalar que la evidencia científica demuestra un retraso en el inicio de la lactancia materna entre mujeres con parto por cesárea, en comparación con aquellas con parto natural, lo cual se refleja también en nuestros resultados, que muestran que la posibilidad de inicio temprano de la lactancia materna fue mayor con parto natural que por cesárea. Cabe mencionar que el tipo de parto es un factor modificable, y que el alto porcentaje de partos por cesárea en México (45.1% según datos de la ENSANUT 2012) es alarmante, y coloca al país en el cuarto lugar de cesáreas innecesarias en el mundo.

El análisis de los discursos mostró que entre los facilitadores de la lactancia materna existe un conocimiento de los beneficios que ésta implica para los niños/as y para las madres, tanto físicos como emocionales y económicos. También se identifican diferencias entre la leche materna y la leche de fórmula, principalmente porque la primera tiene un alto contenido nutricional para cualquier lactante, superior al de las fórmulas infantiles. Incluso se ubican los efectos adversos

de las leches de fórmula, como cólicos y estreñimiento.

Respecto a la presente investigación, hasta donde es de nuestro conocimiento ésta es única en su tipo en la población mexicana, ya que incluye usuarias de los diferentes servicios de salud a nivel nacional (IMSS, SSA y privado), lo que conforma una diversidad de la muestra estudiada. A lo anterior se añaden la fortaleza del muestreo por etapas y la aleatorización de las unidades de salud visitadas en cada estado, que a su vez disminuye el sesgo de selección de los conglomerados participantes. Adicionalmente, destaca que los hallazgos expuestos se basan en técnicas de recopilación cuantitativas y cualitativas: esto brinda abundante información, que puede utilizarse para comprender y profundizar los mecanismos de apoyo al servicio de las mujeres que amamantan, o de intervención para las que abandonan.

Este estudio muestra unas bajas prevalencias de inicio temprano de LM y de la práctica de LME durante el mes después del parto. Sin embargo, con la modificación de prácticas hospitalarias (por ejemplo, parto vaginal vs. cesárea, no ofrecer fórmula al bebé cuando no es médicamente necesaria) y el apoyo para iniciar y/o continuar la LM por personal de salud y familiares y superar los retos que representa la práctica de LME (la percepción de baja producción de leche), sería posible incrementar dichas cifras. Existen estimaciones según las cuales se pasaría de un 31% a un 43% de LME<sup>4</sup> si se cumpliera adecuadamente la Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA-2016).

<sup>4</sup> UNICEF, INSP. Prácticas de Lactancia materna en México. Fact Sheet. Ciudad de México, 2017 (documento interno).



# 1. Introducción

La nutrición adecuada, además de representar un derecho de la infancia, también constituye un elemento clave para asegurar la supervivencia de los niños y niñas y garantizar que desarrollen todo su potencial en la vida, ya que los niños y niñas bien alimentados tienen mayor posibilidad de ser más sanos, productivos y de aprender con mayor facilidad.<sup>5</sup>

La leche humana representa el alimento ideal para el recién nacido. La recomendación actual sobre prácticas de alimentación infantil señala que la lactancia materna (LM) debe iniciar dentro de la primera hora de vida y debe ser exclusiva hasta los seis meses, con alimentación complementaria a partir de los seis meses y hasta los dos años de edad.<sup>6</sup>

Los beneficios de la LM para el binomio madre e hijo/a han sido documentados ampliamente en los últimos años.<sup>7,8,9,10</sup> Además de los beneficios relacionados con la salud física y mental, la LM está relacionada con ahorros sustanciales para la familia, ya que ésta evita la compra de fórmula y parafernalia, así como las consultas médicas y la compra de medicamentos.<sup>11,12</sup> En cambio, los riesgos para la salud asociados con una alimentación infantil diferente a lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) tienen un costo elevado para las familias, los gobiernos y la sociedad en general en cuanto a enfermedades, muertes y recursos económicos.<sup>13,14</sup> Estimaciones recientes para México indican que el costo anual de las prácticas inadecuadas de LM es entre \$745.6 y \$2,461.5 millones de dólares por año, de los cuales un porcentaje considerable se atribuye a la compra de fórmulas lácteas (11-38%) (Cfr. nota 7).

Por otro lado, la investigación a lo largo de varias décadas confirma y aporta cada vez nueva evidencia sobre los beneficios de la LM para la salud física y emocional del niño y de la madre en cualquier contexto económico y social (Cfr. notas 1 y 3 *supra*). Existe abundante evidencia que asocia la LM exclusiva (LME) durante los primeros seis meses posparto con la disminución de la incidencia de asma, alergias, enfermedades respiratorias, otitis media e infecciones gastrointestinales y urinarias (Cfr. notas 3, 4, 5, 6 y 7, *supra*). Incluso existen estudios que demuestran que el inicio temprano de la LM (definido como inicio de lactancia dentro de la primera hora después del parto) reduce la mortalidad neonatal en un 22%.<sup>15</sup> Además, los beneficios de la lactancia no se limitan al corto plazo: a largo plazo, ésta potencializa el desarrollo cognoscitivo del niño<sup>16</sup> y es un factor protector contra el desarrollo de obesidad, diabetes, cáncer y colesterol alto (Cfr. nota 11, *supra*).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la OMS, entre otros organismos, han puesto en marcha diversas estrategias para la protección, promoción y apoyo a la LM. En 1981, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó, con voto a favor de casi todos los estados miembros, incluido México, el Código Internacional de Comercialización de la Leche Materna (en adelante

<sup>5</sup> Victora CG, et al., Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 30 January 30, 2016. Vol 387, pp 1-16.

<sup>6</sup> World Health Organization. Global strategy for infant and Young child feeding. The optimal duration of exclusive breastfeeding. WHO, 2001.

<sup>7</sup> Patel A, Bucher S, Pusdekar Y, Esamai F, Krebs NF, Goudar SS, et al. Rates and determinants of early initiation of breastfeeding and exclusive breast feeding at 42 days postnatal in six low and middle-income countries: A prospective cohort study. *Reprod Health*. 2015 Jun 8;12(Suppl 2):S10. Epub 2015 Jun 8.

<sup>8</sup> Eidelman AL. Breastfeeding and the use of human milk: an analysis of the American Academy of Pediatrics 2012 Breastfeeding Policy Statement. *Breastfeed Med* 2012;7(5):323-4.

<sup>9</sup> Kramer MS, Guo T, Platt RW, Sevskoskaya Z, Dzikovich I, Collet JP, Shapiro S, Chalmers B, Hodnett E, Vanilovich I, et al. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 mo of exclusive breastfeeding. *Am J Clin Nutr* 2003;78:291-5.

<sup>10</sup> León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martin L. Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence [cited 2013 Sep 11]. Available from: <http://www1.paho.org/English/AD/FCH/BOB-Main.htm>.

<sup>11</sup> Colchero MA, Contreras-Loya D, Lopez-Gatell H, González de Cosío T. The costs of inadequate breastfeeding of infants in Mexico. *Am J Clin Nutr*. 2015 Mar;101(3):579-86. doi: 10.3945/ajcn.114.092775. Epub 2015 Jan 7.

<sup>12</sup> Cohen R, Mrtek MB. Comparison of Maternal absenteeism and infant illness rates among breast-feeding and formula-feeding women in two corporations. *Am J Health Promot* 1995;10(2):148-153.

<sup>13</sup> Bartick M, Reinhold A. The Burden of Suboptimal Breastfeeding in the United States: A Pediatric Cost Analysis. *Pediatrics* 2010;125:e1048. DOI: 10.1542/peds.2009-1616.

<sup>14</sup> Bartick MC, et al., Cost analysis of maternal diseases associated with suboptimal breastfeeding. *Obstetrics & Gynecology*. 2013.

<sup>15</sup> Horta B, Victora, CG. Long-term effects of breastfeeding. A systematic review. WHO, 2013.

<sup>16</sup> Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 2015; 104: 14-19.

Código).<sup>17</sup> Éste tiene como objetivo proteger y promover la lactancia materna, asegurando el uso correcto de los sucedáneos cuando éstos sean necesarios -sobre la base de una información adecuada sobre la alimentación de los lactantes- y la regulación de su comercialización y distribución, al igual que de los biberones y chupones.<sup>18</sup> El Código estipula que:

- las etiquetas y demás información sobre todas las leches artificiales deben dejar claros los beneficios de la LM y los riesgos para la salud que conlleva el uso de sucedáneos;
- no haya actividades de promoción de los sucedáneos de la LM;
- no se ofrezcan muestras gratuitas de los sucedáneos a embarazadas, madres y familias, y
- no se distribuyan sucedáneos de forma gratuita o subsidiada entre trabajadores de salud en los centros sanitarios.

En México, 10 años después de la aprobación del Código, el gobierno asumió los compromisos de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, desarrollando un programa nacional denominado Hospital Amigo del Niño y de la Madre que incorpora, además de los “Diez pasos hacia una feliz lactancia natural”, 15 acciones adicionales en favor de la salud de las madres y los/las niños/as.<sup>19,20</sup> Desde entonces, en México, la regulación de la LM cuenta con instrumentos normativos que van desde leyes generales y federales hasta Normas Oficiales Mexicanas (NOM).<sup>21</sup>

Más recientemente se reformó la Ley General de Salud<sup>22,23</sup> que dio paso a la Estrategia

Nacional de Lactancia Materna (ENLM),<sup>24</sup> misma que concreta acciones y metas a alcanzar en términos de incrementar la duración y el apego a la práctica de la LM en la población mexicana. La ENLM retoma e impulsa la protección para las madres que desean amamantar contra la propaganda comercial sin ética de las compañías de sucedáneos de leche materna. Sin embargo, la reforma a la Ley General de Salud (Cfr. notas 16 y 17, *supra*) no contempla la regulación de la publicidad en medios masivos de comunicación en forma punitiva u obligatoria.

A pesar de los grandes beneficios de la LM, un gran número de mujeres en todo el mundo no amamanta a sus hijos o los alimenta al seno materno sólo por períodos cortos (Cfr. nota 1, *supra*). Según reportes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la OMS, en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe menos del 50% de los recién nacidos empiezan a lactar en los primeros 60 minutos después del parto, y más del 60% no es alimentado exclusivamente con leche materna hasta el sexto mes (Cfr. nota 1, *supra*).<sup>25,26</sup>

En México, la LM exclusiva (LME) en niñas y niños de seis meses de edad se redujo, entre 2006 y 2012, de 22.3% a tan sólo 14.5%, con mayor prevalencia de las zonas rurales del país, que presentaron una reducción del 50% durante el mismo período (de 36.9% a 18.5%).<sup>27</sup> La LM exclusiva se ha deteriorado por el aumento en el consumo de fórmulas, otras leches y agua; consecuentemente, el deterioro de todo tipo de lactancia (parcial, predominante y exclusiva) se extiende a niñas y niños mayores de seis meses hasta los 24 meses de edad (Cfr. nota 21, *supra*).

<sup>17</sup> OMS/UNICEF, 1981 Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna. Disponible en: [http://www.unicef.org/republicadominicana/Codigo\\_Intl\\_Comercializacion\\_Sucedaneos\\_Leche\\_Materna.pdf](http://www.unicef.org/republicadominicana/Codigo_Intl_Comercializacion_Sucedaneos_Leche_Materna.pdf)

<sup>18</sup> Se contemplan: a) fórmulas infantiles, incluyendo fórmulas especiales, tales como, fórmulas a base de soya, libres de lactosa o para niños prematuros o de bajo peso al nacer; b) otros productos lácteos, bebidas y bebidas que se presentan como adecuados para reemplazo parcial o total de la leche materna, tales como: alimentos complementarios en biberón, leches terapéuticas, leches de seguimiento y crecimiento comercializadas para bebés entre seis y 12 meses de edad o más; c) cualquier otro alimento o bebida que se presente como adecuado para ser suministrado a niños menores de seis meses de edad (como cereales, alimentos infantiles en frasco, tés, jugos, agua mineral, etc.), y d) biberones y chupones.

<sup>19</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Criterios globales para la iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Madre. Nueva York (NY): OMS/UNICEF, 1992.

<sup>20</sup> Herrera LF, Sentíes EY. Hospital Amigo del Niño y de la Madre. En: Dirección General de Atención Materno Infantil-SSA. Lactancia materna en México. México, D.F.: Comité Nacional de Lactancia Materna 1989-1994, Secretaría de Salud, 1994: 33-34.

<sup>21</sup> NOM-007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. México, D.F., 1993.

<sup>22</sup> Charvel S y Cobo F. Regulación un reto, 2015. México Social.

Disponible en: <http://www.mexicosocial.org/index.php/secciones/especial/item/687-regulacion-un-reto> (Consultado: Julio, 2016).

<sup>23</sup> Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se reforma la fracción II del artículo 64 de la Ley General de Salud del Reglamento de la Ley General de Salud en Material de Prestación de Servicios de Atención Médica. Diciembre, 2014. México, D.F.

<sup>24</sup> Diario Oficial de la Federación 22/06/12. Acuerdo por el que se establecen las directrices para fortalecer la política pública en lactancia materna. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5273984&fecha=22/10/2012](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5273984&fecha=22/10/2012). Consultado Julio 2016.

<sup>25</sup> Reporte: La OPS/OMS llama a apoyar a las madres que amamantan para asegurar la lactancia exclusiva hasta los 6 meses. (Disponible en: [http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=715:la-ops-oms-llama-apoyar-madres-que-amamantan-asegurar-lactancia-exclusiva-hasta-6-meses&Itemid=227](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=715:la-ops-oms-llama-apoyar-madres-que-amamantan-asegurar-lactancia-exclusiva-hasta-6-meses&Itemid=227)) WHO website. (Consultado noviembre 2017).

<sup>26</sup> World Health Organization. Infant and young child feeding [cited 2013 Sep 4]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/index.html>.

<sup>27</sup> González de Cosío T, Escobar Zaragoza L, Gonzales Castell LD, Rivera JA. Prácticas de Alimentación Infantil y deterioro de la lactancia materna en México. Salud Pública Méx. 2013;55 supl. 2:S170-S179.



Si bien la lactancia materna exclusiva pasó a 30.8% en 2015, según datos de la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (ENIM) y, pese a que muestra una mejora, esta prevalencia dista mucho de lo ideal en prácticas de alimentación infantil.<sup>28</sup>

En el contexto mexicano, se han documentado violaciones al Código en medios masivos de comunicación, puntos de venta y unidades de salud,<sup>29</sup> específicamente en los estados de Chihuahua y Puebla. Por otro lado, en el territorio nacional también existe evidencia disponible acerca de la baja cobertura de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña: pese a que una cantidad importante de hospitales y centros de salud está incorporada a dicha iniciativa, ésta no puede ser escalada o monitoreada de forma adecuada por falta de coordinación y financiamiento central.<sup>30</sup>

El presente documento es el informe final de resultados que forma parte de una serie de productos del estudio *Identificación de las áreas de oportunidad para fortalecer las acciones a nivel de instancias hospitalarias y a nivel comunitario que contribuyan a promover, proteger y apoyar la lactancia materna exclusiva y prolongada en México*, cuyo objetivo fue identificar las prácticas hospitalarias y en el hogar que favorecen o dificultan el establecimiento de la LM de acuerdo con las recomendaciones actuales internacionales más aceptadas (Cfr. nota 2, supra), en mujeres que atendieron su parto en hospitales de la Secretaría de Salud (SSA), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y hospitales privados de municipios urbanos y rural en los estados de Chihuahua y Puebla.

<sup>28</sup> Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (ENIM), 2015.

<sup>29</sup> Dirección de Vigilancia de la Nutrición. Centro de Investigación en Nutrición y Salud. Reporte final del estudio para estimar la prevalencia de violaciones al Código Internacional de los Sucesos de la leche materna en dos estados de la República Mexicana. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México. Octubre, 2016.

<sup>30</sup> González-Castell LD, González de Cosío MT. Estado de los programas de apoyo a la lactancia en México: Iniciativa Hospital Amigo del Niño. En: González de Cosío T, Hernández Cordero S (Eds). Lactancia materna en México. Recomendaciones para el diseño e implementación de una política nacional multisectorial de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en México. Academia Nacional de Medicina de México. México, DF, 2016.



© UNICEF México/F. Poiré

## 2. Objetivo

Identificar las prácticas hospitalarias y en el hogar que favorecen o dificultan el establecimiento de la LM de acuerdo a las recomendaciones actuales, en mujeres que atendieron su parto en hospitales de la Secretaría de Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social y privados de municipios urbanos y rural en los estados de Chihuahua y Puebla.

Objetivos específicos:

- a)** Identificar las prácticas hospitalarias y creencias familiares que favorecen el establecimiento de la lactancia materna en las primeras horas posparto.
- b)** Identificar las prácticas hospitalarias y creencias familiares que obstaculizan el establecimiento de la lactancia materna en las primeras horas posparto.
- c)** Identificar las creencias y prácticas familiares que favorecen la continuación de la lactancia materna exclusiva durante el primer mes posparto.
- d)** Identificar las creencias y prácticas familiares que obstaculizan la continuación de la lactancia materna exclusiva en el posparto y durante el primer mes después del parto.

# 3. Metodología

## 3.1 Diseño del estudio

Se trata de un estudio con diseño mixto, en el que se exploraron las prácticas y experiencias relacionadas con la LM de las usuarias de los servicios de salud de la SSA, el IMSS y de hospitales privados, a las siete horas después del alumbramiento y un mes después del evento. La investigación se llevó a cabo en municipios urbanos y rurales de los estados de Puebla y Chihuahua.

El componente cuantitativo se diseñó para obtener información de una muestra de 224 parejas madre-hijo/a en cada estado (en total 448), cuyo parto fue atendido por las unidades médicas antes mencionadas. A la vez, en una submuestra de 15 madres (~3% de la muestra total), se recolectó información sobre creencias, barreras y oportunidades identificadas por las participantes para iniciar o establecer la LM, buscando la saturación teórica<sup>31,32</sup> a través de entrevistas semiestructuradas.

## 3.2 Población de estudio

### 3.2.1 Muestra del estudio cuantitativo

La muestra fue conformada por mujeres que recién habían dado a luz en hospitales públicos (tanto de la SSA como del IMSS) y en hospitales

privados de áreas rurales y urbanas de los estados de Chihuahua y Puebla e incluyó una proporción de 20% de madres adolescentes y de 80% de adultas. Cabe señalar que estos últimos porcentajes corresponden al porcentaje nacional de nacimientos en adolescentes, de acuerdo con datos del INEGI y de la ENIM del 2015.<sup>33,34</sup> Los partos fueron en un 50% naturales y un 50% por cesárea. Al aplicar la encuesta se pudo obtener información de 543 parejas madre-hijo/a efectivas (sumando los dos estados) (Cuadro 1).

En el caso de las unidades de salud (US) del área rural, en la que las participantes hablaban únicamente un idioma indígena, el personal de salud fungió como traductor para llevar a cabo las encuestas y entrevistas.

### 3.2.2 Muestra del estudio cualitativo

En total las entrevistas fueron aplicadas a 60 mujeres no más de siete horas después del parto. En Puebla se entrevistaron ocho mujeres que vivían en el ámbito rural, siete en el área urbana y tres más específicamente fueron mujeres que asistieron a unidades de salud privadas. Por otra parte, en Chihuahua se obtuvieron 21 entrevistas en el ámbito rural, 15 en el urbano y seis más correspondieron a unidades de salud privadas.

**Cuadro 1.** Total de localidades, unidades de salud y parejas madre-hijo/a por tipo de localidad

	Chihuahua		Puebla		Total
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	
Total de localidades	5	5	5	10	25
Total de unidades de salud	17	6	15	11	49
SSA	6	3	5	4	18
IMSS <sup>1</sup>	7	3 <sup>1</sup>	3	6 <sup>1</sup>	19
Privada <sup>2</sup>	4	0	7	1	12
Total parejas madre-hijo	226	46	121	150	543

<sup>1</sup> IMSS-Prospera.

<sup>2</sup> En la selección de hospitales rurales se consideró aceptable un mínimo de cuatro nacimientos, sin que afectara el poder estadístico del estudio

<sup>31</sup> Creswell JW, Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches. 2nd edition. EUA: SAGE, 2003:196.

<sup>32</sup> Mayan M. An introduction to qualitative methods: a training module for students and professionals. Alberta Canada: Qual Institute Press, 2001.

<sup>33</sup> Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México. 2016. *Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015 - Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final*. Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México

<sup>34</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de Población y Vivienda 2010. México, 2012 (disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/71>).

### 3.2.2.1 Criterios de inclusión y exclusión De las unidades de salud

En las áreas urbanas se incluyeron unidades de salud del sector público: establecimientos de segundo nivel de atención de la SSA o IMSS que atendieron al menos de ocho a 10 partos en un día de atención laboral normal. También se incluyeron unidades de salud sector privado con el mayor número de nacimientos reportados en 2014, en cinco municipios urbanos de Puebla y cinco de Chihuahua. Cabe señalar que las unidades de salud privadas se seleccionaron por conveniencia, de acuerdo a su consentimiento y autorización.

En áreas rurales se incluyeron las unidades de salud del sector público con el mayor número de nacimientos en áreas cercanas a localidades urbanas de Puebla y Chihuahua, previamente seleccionadas para el estudio.

#### De las madres participantes

La población elegible para el estudio fueron mujeres que habían dado a luz recientemente (hasta siete horas posparto) en hospitales y clínicas seleccionadas. Estas mismas mujeres también fueron entrevistadas en sus domicilios un mes después del parto.

Las potenciales participantes del estudio fueron identificadas en las unidades de salud seleccionadas. Las mujeres invitadas a participar en el estudio fueron aquellas con parto normal o por cesárea, embarazo único, de edad entre 15 y 40 años; además, ni el recién nacido ni ella debían presentar alguna patología que limitara la práctica de LM (Cuadro 2).<sup>35,36</sup>

Cabe mencionar que en ningún establecimiento de salud fue necesario realizar la selección aleatoria en la sala de recuperación que se planteó inicialmente, puesto que el número de parturientas fue escaso, por lo que en la mayoría de las clínicas hubo que esperar hasta que se completara el número necesario de mujeres. Se explicó e invitó a participar en el estudio a las personas que cumplieran con los criterios de selección, siempre y cuando al aceptar firmaran la carta de consentimiento informado.

## 3.3 Instrumentos de recolección de información

### 3.3.1 Recolección de información cuantitativa

Se utilizaron tres diferentes instrumentos, dos de los cuales (cuestionario y guía de entrevista) aplicados a las participantes del estudio en dos momentos distintos; el tercero fue una guía de observación, que se describen a continuación. Es importante mencionar que todos fueron previamente piloteados, revisados y aprobados por los institutos involucrados en el estudio (UNICEF, SSA, IMSS e INSP). (Cuadro 3)

- a) Un cuestionario con preguntas cerradas aplicado hasta siete horas después del parto, cuyo fin fue captar los factores que facilitaban o impedían el establecimiento de la LM dentro del hospital. Al mes posparto, se visitaron las mismas participantes en sus hogares, donde se les aplicó otro cuestionario que abarcó los aspectos que favorecían o impedían la continuación de la LM exclusiva en el ámbito del hogar.

**Cuadro 2.** Afecciones que justifican el uso de fórmula infantil (sustituto o complementaria)

Del recién nacido	De la madre
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Galactosemia</li> <li>- Enfermedad de orina en jarabe de arce</li> <li>- Fenilcetonuria</li> <li>- Recién nacidos &lt;1500g</li> <li>- Recién nacidos &lt;32 semanas</li> <li>- Recién nacidos en riesgo de hipoglicemia</li> <li>- Otra causa que amerite incubadora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- VIH</li> <li>- Septicemia</li> <li>- Herpes simple Tipo 1</li> <li>- Medicación (psicoterapéuticos sedantes, antiepilépticos, opioides, iodo radioactivo, yodo, yodóforos tópicos, quimioterapia)</li> <li>- Absceso mamario</li> <li>- Hepatitis B</li> <li>- Hepatitis C</li> <li>- Mastitis</li> <li>- Tuberculosis</li> <li>- Uso de sustancias adictivas (nicotina, alcohol, drogas)</li> </ul>

<sup>35</sup> Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Secretaría de Salud. México, D.F., 2016

<sup>36</sup> Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo modelo para libros de texto dirigido a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. EUA, 2010.

- b)** La guía de entrevista semiestructurada (realizada en las primeras siete horas posparto) captó su experiencia sobre la atención que recibieron durante su estancia hospitalaria, y una segunda entrevista realizada un mes después del parto se centró en las creencias y apoyo que recibieron de la familia y de la comunidad, y que permitieron o impidieron iniciar, continuar o abandonar la LM. Además se buscaron en el discurso las sugerencias/alternativas/ventanas de oportunidad que permitirían mejorar las prácticas de lactancia entre las mujeres.
- c)** Una guía de observación -o lista de cotejo- cuyo objeto fue captar la presencia de publicidad de sucedáneos de leche materna visible/disponible en la unidad de salud, a través de la observación por parte del encuestador en las diferentes áreas del hospital. Esta observación fue realizada por las encuestadoras cuando fue posible durante la visita a la clínica. Cabe mencionar que la guía forma parte de la metodología establecida por la Red para el Monitoreo Global y Apoyo a la Implementación del Código Internacional de Comercialización de los Sucédáneos de la Leche Materna (NetCode).<sup>37</sup>

### 3.3.2 Recolección de información cualitativa

Se realizaron entrevistas uno a uno para identificar las prácticas hospitalarias y creencias

familiares que favorecen u obstaculizan el establecimiento de la lactancia materna (LM) en las primeras horas posparto, a través de la saturación teórica. Con base en esto se priorizaron cuatro temas exploratorios:

- a)** Percepción de los beneficios y diferencias entre la leche materna, fórmula infantil (o sucedáneo de leche materna) u otras leches.
- b)** Uso (consumo) de otro tipo de leches de bote/lata/ paquete/bolsa (NAN, Nido, Nutri Leche y otras)
- c)** Identificación de facilitadores y/u obstáculos para iniciar la LM, practicar la lactancia materna exclusiva (LME) y continuar con la LM de acuerdo con las recomendaciones de la OMS.
- d)** Identificación de actores claves que influyen en la toma de decisiones de las madres respecto a las prácticas de alimentación de sus recién nacidos.

## 3.4 Levantamiento de información

### 3.4.1 Contacto en el hospital (hasta siete horas posparto)

Las participantes fueron reclutadas en días y horarios de atención rutinarios, entre mayo y agosto de 2017. Se excluyeron los domingos y horarios nocturnos sobre todo por cuestiones de seguridad.<sup>38</sup> El equipo operativo fue de sexo femenino, y en todo momento estuvo

**Cuadro 3.** Instrumentos de recolección de información, lugar de aplicación y muestra

Instrumento	N	Aplicado a:	Unidad de Salud	Hogar
Cuestionario cerrado sobre factores que facilitan o impiden el establecimiento de la lactancia materna	543	Mujer	X	X
Guía de entrevista semiestructurada sobre facilitadores y barreras para el establecimiento y continuación de la lactancia materna	60	Mujer	X	X
Guía de observación sobre publicidad y promoción de sucedáneos de la leche materna en los hospitales	49	Observación en la Unidad de salud u Hospital	X	N/A

<sup>37</sup> Durante el día de encuesta, mientras se esperó que las encuestadas se encontraran listas para responder, o bien después de aplicar todas las encuestas, se realizaron observaciones detalladas en varias áreas del establecimiento de salud, incluidas las áreas de espera, salas de chequeo, área de mediciones de peso y talla, salas de asesoría y oficinas. Se buscó identificar cualquier elemento que pueda ser considerado como material de difusión y/o promoción. Se observaron materiales informativos y promocionales como carteles, gráficas de crecimiento, folletos, relojes, ropa, bolígrafos, papelería etc., de marcas/empresas que promocionan estos artículos. Se tomó una fotografía de los mismos (si los profesionales lo permitieron) o, cuando se pudo, se obtuvo una ejemplar (folletos, etc.).

<sup>38</sup> Por recomendación de las autoridades de salud estatales se excluyó el turno nocturno para salvaguardar la seguridad del personal de campo.

debidamente identificado. Una vez que se invitaron las mujeres y se les explicaron las implicaciones de su participación, las que aceptaron participar dieron sus datos de contacto para fines del cuestionario de seguimiento que se aplicaría al mes posparto, y se les dio una fecha probable de visita. Es importante mencionar que se pidió a las participantes firmar un consentimiento informado como condición para su participación.

A todas las mujeres reclutadas para el estudio se aplicó el cuestionario cerrado que indaga los factores que facilitan o impiden el establecimiento de la LM dentro del hospital. Se seleccionó, por factibilidad de aplicación en tiempo y accesibilidad de la informante (a conveniencia), una submuestra de mujeres a las cuales se aplicaron las entrevistas a profundidad, tratando de cubrir un mínimo de tres entrevistas por tipo de US estudiado: IMSS urbano, IMSS rural, SSA urbano, SSA rural y privado urbano. Cabe recalcar que algunas entrevistas se llevaron a cabo en las salas de expulsión, pero en su mayoría se realizaron en la sala de recuperación del área de maternidad.

Por último, durante la estancia de las encuestadoras en la clínica/hospital se realizaba la observación de las áreas e instalaciones de la unidad médica, con el fin de registrar cualquier promoción o publicidad visible de sucedáneos de la leche materna.

### 3.4.2 Visitas en el hogar un mes después del parto

Un mes después del parto se visitaron en sus hogares a las mujeres reclutadas en el ámbito hospitalario para aplicarles el cuestionario cerrado sobre factores que facilitan o impiden el establecimiento de la LM en el ámbito del hogar y comunitario, y la entrevista (submuestra) correspondiente.

La identificación de los domicilios a visitar se llevó a cabo mediante la ubicación de la dirección o los contactos registrados durante la fase de reclutamiento. Para la visita al hogar por cuestiones de seguridad se recomendó que la encuestadora, en la medida de lo posible, acudiera acompañada. Cabe mencionar que, para dar confianza a las participantes, se procuró que la misma encuestadora que encuestó a la participante en el hospital/clínica, hiciera el seguimiento al mes posparto (~95%).

El levantamiento de información se realizó por medio de computadoras portátiles y grabadoras de audio, por lo que la captura fue simultánea al trabajo de campo. La entrada de datos y audios fue resguardada en un servidor central por los supervisores vía internet, y fueron integrados de forma automatizada a una base de datos, con cortes diarios; se realizaron respaldos en llaves USB. La información fue validada por el personal de informática del INSP para que, en caso de detectar alguna información inconsistente y/o con errores muy evidentes, se diera seguimiento para corregirla.

## 3.5 Análisis de la información

### 3.5.1 Análisis de la información cuantitativa

Los datos se revisaron para verificar su plausibilidad y su correcta captura. Se estimaron estadísticas descriptivas, según correspondiera a la naturaleza distribucional de las variables recolectadas en cada formulario. Se calcularon los indicadores de prácticas de LM (Cuadro 4), indicadores de LM a nivel hospitalario (tomando como marco la Iniciativa del HAIN)<sup>39</sup> y sobre el cumplimiento de los dispuesto por el Código, del mismo modo, se tabularon las barreras y ventanas de oportunidad para la promoción y protección de la LM durante la estancia hospitalaria y a nivel comunitario (Cuadro 4).

También se realizó estadística analítica (de asociación bivariada y modelos de regresión) para responder al objetivo de la propuesta de estudio, es decir, los factores que se relacionan mayormente con el inicio temprano de la LM y la LME en la muestra estudiada. Se utilizaron pruebas de  $X^2$  y de ANOVA para identificar las diferencias entre grupos y un valor de  $p$  menor a 0.05 fue considerado como estadísticamente significativo.

Se consideró como "inicio temprano de la lactancia materna" cuando el niño o la niña fue amamantado dentro de la primer hora de vida. La práctica de lactancia materna exclusiva fue determinada por el reporte de la madre referente al día y noche previos a la entrevista, por la batería de preguntas status quo que la OMS señala.<sup>40</sup> Por su parte, el uso de SLM fue identificado a través de la pregunta: ¿Está dando algún sucedáneo de leche materna?

<sup>40</sup> Lung'aho M, Huffman SL, Labbok MH, Sommerfelt E, Baker J. Tool kit for monitoring and evaluating breastfeeding practices and programs. Washington, DC: Wellstart International, Expanded Promotion of Breastfeeding Program, septiembre 1996; USAID Policy & Technical Monographs.

<sup>39</sup> Organización Mundial de la Salud. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. OMS. 1998 Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/7858.2003;45 suppl 4:S508-S519>.



**Cuadro 4.** Indicadores a nivel hospitalario y de prácticas de lactancia materna y del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna

Indicador	Momento de recolección de información	
	Posparto inmediato	A los 30 días después del parto
1. Inicio temprano de la lactancia materna: % de niños amamantados dentro de la 1ª hora después del nacimiento	X	
2. Porcentaje de niños alguna vez amamantados durante el mes posparto: % de niños que fueron puestos al pecho para recibir calostro o leche materna durante el primer mes de vida		X
3. Lactancia materna exclusiva (LME) al mes después del parto: % de niños que el día anterior sólo recibieron leche materna		X
4. Alimentación con biberón al mes después del parto: % de niños de esta edad que fueron alimentados con biberón, ya sea de leche materna o cualquier otra bebida o alimento		X
5. Informar a todas las embarazadas (y púérperas) acerca de los beneficios y el manejo de la lactancia	X	
<b>Prácticas hospitalarias</b>		
6. Colocar a los bebés en contacto piel a piel con sus madres justo después del nacimiento por lo menos por una hora, alentar a la madre a reconocer cuando su bebé está listo para amamantar y ofrecer ayuda si es necesario (inicio temprano de la LM)	X	
7. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia incluso si tienen que separarse de su hijo	X	
8. Dar al recién nacido un alimento o líquido que no sea leche materna, a no ser que esté medicamente indicado	X	
9. Practicar el alojamiento conjunto, permitir que las madres y los recién nacidos permanezcan juntos las 24 horas del día	X	
10. Dan biberones o chupones de distracción a los bebés que amamantan	X	
11. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo y referir a las madres a estos grupos en el momento del alta del hospital	X	
<b>Publicidad y promoción de sucedáneos de la leche materna</b>		
12. Porcentaje de mujeres madres que informaron haber recibido al menos una muestra de un sucedáneo de la leche materna, biberón o chupón durante sus embarazos o desde el nacimiento de su niño	X	X
13. Porcentaje de mujeres que informaron haber recibido un regalo, artículo o utensilio que pueda promover el uso de sucedáneos de la leche materna o biberones	X	X
14. Porcentaje de establecimientos de salud con información escrita acerca de la alimentación infantil, dirigida a madres y patrocinadas por empresas	X	
15. Porcentaje de establecimientos de salud con información visual acerca de la alimentación infantil o exhibidores financiados por empresas	X	
16. Número de publicidades en los establecimientos de salud estudiados	X	
17. Prevalencia de madres que reportaron que haber sido asesoradas en el uso de fórmula infantil o cualquier otra bebida o alimento para lactantes y menores de 24 meses de edad		X
18. Porcentaje de madres que informaron que les fue recomendada una leche de fórmula de una empresa en particular		X
19. Medir la prevalencia de madres que informaron haber visto publicidad de leche de fórmula, bebidas/comidas para lactantes menores de 24 meses de edad, biberones o chupones		X



La información acerca de la LM recibida durante el embarazo se construyó en una escala de 0 a 9, según el número de temas/consejos recibidos por la mujer sobre LM (beneficios de la LM, qué es el calostro, duración de la LM, solución a dificultades y técnicas de LM, entre otros; ver Cuadro 6).

Por otra parte, el nivel socioeconómico se construyó a partir de las condiciones de la vivienda, por medio de un análisis de componentes principales: la información fue captada sobre características de la vivienda y posesiones de enseres domésticos.<sup>41</sup>

Algunas variables biológica y contextualmente importantes fueron incluidas en el modelo de regresión, tales como: edad materna (años), edad gestacional (a término), estado civil (vive en pareja), escolaridad (secundaria o menos), dominio de un idioma indígena (sí o no), tipo de parto (vaginal o cesárea), lugar de residencia (urbano o rural), apoyo de la familia para LME en el hogar, información sobre LM durante el embarazo (0 a 9), nivel socioeconómico (terciles) y tipo de clínica (pública o privada).

Los modelos finales fueron definidos mediante el comando *stepwise*,<sup>42</sup> el cual selecciona las variables estadísticamente más asociadas con el evento ( $p < 0.20$ ) y omite aquellas que presentan colinealidad; esto permite pasar de un modelo saturado a un modelo con parsimonia.<sup>43</sup>

Todos los análisis se realizaron mediante el

paquete estadístico *Stata* en la versión 14.2 (StataCorp., College Station, TX, USA). El modelo *svy* fue utilizado para considerar el muestreo por conglomerados y el tamaño de la unidad de salud visitada. A todos los análisis se les aplicó un factor de expansión, con el fin de estimar la representatividad de la muestra. Los ponderadores se calcularon a partir de la información disponible y el número de nacimientos por día y turno en cada clínica, que fue recuperada también por vía telefónica.

### 3.5.2 Análisis de la información cualitativa

Las entrevistas, transcritas en formato Word, fueron vaciadas de manera desagregada en formato Excel con la finalidad de formar una unidad hermenéutica para su análisis, con el objeto de codificar la información. Cabe mencionar que dicho análisis fue realizado por una experta en el área.

El análisis fue guiado por la metodología de la teoría fundamentada de Strauss y Corbin (2002),<sup>44</sup> que permite construir categorías a partir de datos empíricos y establecer relaciones relevantes entre ellas a partir de sus propiedades y dimensiones. Se trabajó en la modalidad de codificación abierta, buscando diferencias y similitudes entre las categorías hasta lograr la saturación teórica, para después organizar de manera jerárquica los componentes principales y secundarios que dieran sentido al objetivo y temas prioritarios de exploración.

<sup>41</sup> Villalpando S, Montalvo-Velarde I, Zambrano N, García-Guerra A, Ramírez-Silva CI, Shamah-Levi T, Rivera JA. Vitamins A and C and folate status in Mexican children under 12 years and women 12-49 years: A probabilistic national survey. *Salud Publica Mex*

<sup>42</sup> *Stata* en la versión 14.2 (StataCorp., College Station, TX, USA)

<sup>43</sup> Hosmer DW, Lemeshow S. A goodness-of-fit test for the multiple logistic regression model. *Communications in statistics* 1980;A10:1043-1069.

<sup>44</sup> Strauss AL, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín, Universidad de Antioquia, 2002.

---

## 4. Resultados

Dada la naturaleza de los resultados de este estudio, se presentan en primer lugar los resultados cuantitativos y después los resultados cualitativos.

En los resultados del análisis cuantitativo se presentan las características de la muestra, las barreras para iniciar la LM y el registro de la promoción o publicidad visible de sucedáneos de la leche materna, seguido de los indicadores de alimentación infantil, los indicadores a nivel hospitalario sobre LM y sobre el cumplimiento del Código; por último, se presentan los factores asociados a las prácticas de LM. La estratificación por adscripción de la unidad de salud (IMSS, SSA y privado) y la certificación de IHAN se presentan en el Anexo 1.

En los resultados del análisis cualitativo se presentan inicialmente los resultados de las entrevistas durante la estancia hospitalaria durante las primeras siete horas posparto, seguidos de los resultados de las entrevistas realizadas en el hogar al mes después del parto. Finalmente, se presentan los actores claves y su papel en las prácticas de alimentación del recién nacido.

### 4.1 Resultados cuantitativos

#### 4.1.1 Características de la muestra

La muestra del estudio fue conformada por 542 parejas madre-hijo, mismas que representan a 6,540 mujeres mexicanas (Cuadro 5). En promedio, las mujeres entrevistadas tenían 25 años de edad ( $\pm$  5.8 años), 41% de ellas en su primer embarazo, más 85% vivían en pareja, y cerca de un 50% tenían un nivel de escolaridad de secundaria o inferior.

Los resultados estratificados por tipo de adscripción de la clínica mostraron un mayor porcentaje de partos por cesárea y de madres con mayor escolaridad en las clínicas privadas y de localización urbana en comparación con clínicas públicas o de ámbito rural ( $p < 0.05$ ). Se observó que  $<10\%$  de las instituciones públicas contaban con certificación IHAN, según información recuperada vía telefónica y/o con la información disponible que las instituciones participantes estatales facilitaron para el presente estudio. Asimismo, se relevaron diferencias estadísticamente significativas en

relación con el nivel socioeconómico entre las madres que asisten a clínicas privadas y las que asisten a clínicas públicas. Por ejemplo, el porcentaje de madres en el segundo tercil socioeconómico fue mayor en clínicas públicas (35.5%), mientras que el porcentaje de madres de nivel socioeconómico alto fue mayor en las clínicas privadas (55.8%;  $p < 0.001$ ). Se apreció el dominio de una lengua indígena en 3.5% de las madres que asistieron a clínicas de ámbito urbano y 13.6% de las que asistieron a clínicas de ámbito rural ( $p < 0.001$ ).

Asimismo, se observaron diferencias por tipo de parto entre madres adolescentes en comparación con las madres adultas ( $p < 0.05$ ), con un mayor el porcentaje entre estas últimas de nacimientos por cesárea (49.4 % adultas vs. 43.7% adolescentes). En general, las madres adolescentes entrevistadas habían dado a luz a su primer hijo como era de esperarse, mientras que las madres adultas ya tenían uno o dos hijos además del que acababa de nacer ( $p < 0.001$ ). El 68.3% de las madres adolescentes y el 90.1% de las madres adultas reportaron vivir en pareja o casadas ( $p < 0.001$ ). Los resultados mostraron una mayor escolaridad entre adolescentes y un mayor porcentaje de empleo formal entre madres adultas ( $p < 0.001$ ) (Cuadro 5).

#### 4.1.2 Prácticas hospitalarias para el inicio de la lactancia materna

Las prácticas hospitalarias para iniciar la LM durante el período posparto inmediato reportadas por las madres encuestadas se muestran en el Cuadro 6. Se observa que para algunos temas el porcentaje de madres que reportaron recibir información sobre la LM durante el embarazo o la atención al parto fue mayor en las clínicas públicas que en las privadas ( $p < 0.05$ ). Esta información incluye la importancia de darle pecho al bebé (86% vs. 69.1%, pública y privada, respectivamente), los beneficios nutricionales de la leche materna (80.5% pública y 65% privada), el tiempo durante el cual se debe dar únicamente pecho después del nacimiento (77.5% pública y 63.1% privada).

**Cuadro 5.** Características de las mujeres reclutadas en hospitales para atención al parto en Chihuahua y Puebla, 2017.

Características (n expandida)	Adscripción de la clínica		Grupo de edad		Tipo de parto		Área		Total (6540)
	Público (6218.6)	Privado (321.4)	Adolescentes (1242.6)	Adultas (5297.5)	Tipo de parto (3378.4)	Cesárea (3161.6)	Urbano (6244.0)	Rural (296.0)	
Edad materna (Media±DE)	<b>25.1±5.53</b>	<b>23.8±9.29</b>	<b>16.9±1.04</b>	<b>26.9±4.55</b>	25.2±6.01	24.8±5.50	<b>25.1±4.69</b>	<b>24.0±18.1</b>	25.0±5.77
<b>Tipo de parto</b>									
Cesárea	<b>48.0(43.0-52.6)</b>	<b>54.0(30.2-76.2)</b>	<b>43.7(31.6-56.5)</b>	<b>49.4(46.1-52.7)</b>	N/A	N/A	<b>48.7(43.7-53.7)</b>	<b>39.5(29.9-50.1)</b>	48.3(43.7-52.9)
Vaginal	<b>51.9(47.3-56.5)</b>	<b>45.9(23.7-69.7)</b>	<b>56.2(43.4-68.3)</b>	<b>50.5(47.2-53.8)</b>			<b>51.2(46.2-56.2)</b>	<b>60.4(49.8-70.0)</b>	51.6(47.0-56.2)
<b>Paridad (número de hijos)</b>									
Ninguno (sin contar el que nació)	40.7(32.3-49.6)	50.2(39.9-60.4)	<b>94.9(86.1-98.2)</b>	<b>28.6(22.0-36.1)</b>	<b>44.6(32.2-57.6)</b>	<b>37.5(27.4-49.0)</b>	<b>41.3(33.1-49.9)</b>	<b>38.9(29.5-49.3)</b>	41.2(33.3-49.5)
1	34.4(27.3-42.4)	29.7(24.2-35.9)	<b>4.94(1.67-13.7)</b>	<b>41.1(33.8-48.8)</b>	<b>28.2(20.0-38.1)</b>	<b>40.6(30.8-51.3)</b>	<b>34.7(27.5-42.6)</b>	<b>24.1(16.0-34.7)</b>	34.2(27.4-41.7)
2 o más	24.7(20.9-29.0)	20.0(11.7-31.9)	<b>0.06(0.007-0.55)</b>	<b>30.2(26.0-34.8)</b>	<b>27.1(16.6-40.9)</b>	<b>21.7(13.5-32.9)</b>	<b>23.9(20.4-27.8)</b>	<b>36.8(25.9-49.1)</b>	24.5(20.9-28.5)
<b>Estado civil (en pareja o casada)</b>	85.7(80.1-89.9)	92.1(86.6-95.5)	<b>68.3(56.6-78.1)</b>	<b>90.1(82.5-94.7)</b>	87.6(83.3-91.0)	84.2(74.5-90.6)	85.8(80.2-90.0)	90.3(86.1-93.3)	86.0(80.7-90.0)
<b>Dominio de lengua indígena (sí)</b>	4.00(2.00-7.82)	3.59(2.13-6.00)	1.50(0.42-5.21)	4.56(2.16-9.35)	<b>1.65(0.53-5.00)</b>	<b>6.48(2.38-16.4)</b>	<b>3.52(1.57-7.70)</b>	<b>13.6(4.68-33.8)</b>	3.98(2.05-7.57)
<b>Nivel de escolaridad</b>									
Secundaria o menos	<b>48.4(41.4-55.4)</b>	<b>50.7(32.6-68.6)</b>	<b>34.3(13.8-63.0)</b>	<b>51.8(44.9-58.6)</b>	<b>55.1(49.5-60.6)</b>	<b>41.4(32.4-51.1)</b>	<b>47.6(40.9-54.3)</b>	<b>68.7(58.4-77.5)</b>	48.5(41.7-55.3)
Técnica, bachillerato,/ preparatoria	<b>40.1(32.5-48.3)</b>	<b>29.7(25.4-34.5)</b>	<b>65.6(36.9-86.1)</b>	<b>33.5(25.9-42.2)</b>	<b>34.4(27.2-42.4)</b>	<b>45.2(36.7-54.0)</b>	<b>40.2(32.7-48.3)</b>	<b>25.9(19.3-33.7)</b>	39.6(32.3-47.5)
Licenciatura o más	<b>11.4(7.67-16.6)</b>	<b>19.4(6.83-44.2)</b>	-	<b>14.5(10.1-20.5)</b>	<b>10.4(5.92-17.7)</b>	<b>13.2(9.44-18.2)</b>	<b>12.0(8.41-17.0)</b>	<b>5.31(2.34-11.5)</b>	11.7(8.21-16.6)
<b>Ocupación materna</b>									
Trabajo formal	<b>38.3(31.4-45.7)</b>	<b>25.0(20.1-30.6)</b>	<b>14.1(4.85-34.8)</b>	<b>43.1(35.6-51.0)</b>	35.2(26.6-44.8)	40.2(29.3-52.2)	<b>38.9(31.9-46.3)</b>	<b>11.2(6.69-18.2)</b>	37.6(31.0-44.7)
Trabajo informal	<b>5.14(2.76-9.37)</b>	<b>7.62(4.38-12.9)</b>	<b>1.96(0.67-5.6)</b>	<b>6.04(3.22-11.0)</b>	8.11(3.78-16.5)	2.20(0.92-5.17)	<b>5.02(2.65-9.29)</b>	<b>10.4(4.16-23.7)</b>	5.26(2.96-9.20)
Estudiante	<b>14.1(8.74-22.0)</b>	<b>18.1(8.63-34.2)</b>	<b>62.7(34.5-84.3)</b>	<b>2.93(1.09-7.67)</b>	13.8(7.32-24.6)	14.8(9.47-22.5)	<b>14.6(9.40-22.1)</b>	<b>7.31(4.67-11.2)</b>	14.3(9.18-21.6)
Hogar	<b>42.3(36.0-48.9)</b>	<b>49.1(38.6-59.7)</b>	<b>21.1(8.10-44.8)</b>	<b>47.8(41.4-54.3)</b>	42.7(29.0-57.7)	42.6(30.4-55.9)	<b>41.3(35.5-47.4)</b>	<b>71.0(59.9-80.0)</b>	42.7(36.5-49.1)
<b>Institución de adscripción</b>									
IMSS	<b>86.2(68.2-94.8)</b>	--	80.7(57.0-92.9)	82.3(62.6-92.8)	<b>83.2(62.3-93.7)</b>	<b>80.7(60.6-91.9)</b>	<b>83.8(63.6-93.9)</b>	<b>43.2(17.4-73.3)</b>	82.0(61.8-92.7)
SSA	<b>13.7(5.14-31.7)</b>	--	13.1(4.63-32.0)	13.0(5.06-29.5)	<b>12.3(4.66-29.0)</b>	<b>13.7(5.34-30.9)</b>	<b>11.0(3.91-27.5)</b>	<b>54.3(24.7-81.1)</b>	13.0(5.04-29.7)
Privada	--	<b>100.0</b>	6.11(1.52-21.4)	4.63(1.21-16.0)	<b>4.36(0.78-20.9)</b>	<b>5.49(1.81-15.4)</b>	<b>5.03(1.27-17.9)</b>	<b>2.41(0.28-17.5)</b>	4.91(1.29-16.9)
<b>Certificación IHAN (sí)**</b>	9.61(2.48-30.7)	--	9.91(2.56-31.4)	9.54(2.42-30.8)	10.9(2.47-37.5)	8.13(2.46-23.7)	9.62(2.40-31.4)	9.25(1.63-38.4)	9.61(2.48-30.7)
<b>Área</b>									
Urbana	<b>95.3(87.9-98.2)</b>	<b>97.7(81.0-99.7)</b>	95.4(87.0-98.4)	95.4(88.5-98.2)	<b>94.7(86.1-98.0)</b>	<b>96.2(90.5-98.5)</b>	N/A	N/A	95.7(89.0-98.4)
Rural	<b>4.64(1.70-12.0)</b>	<b>2.22(0.22-18.9)</b>	4.53(1.50-12.9)	4.52(1.70-11.4)	<b>5.29(1.91-13.8)</b>	<b>3.70(1.40-9.40)</b>			4.24(1.57-10.9)
<b>Estado</b>									
Chihuahua	52.9(20.4-83.0)	64.3(21.6-92.1)	52.9(18.8-84.4)	53.5(22.5-82.1)	50.7(19.2-81.6)	56.4(25.1-83.2)	<b>54.7(21.0-84.6)</b>	<b>25.5(9.34-53.3)</b>	53.4(21.9-82.4)
Puebla	47.0(16.9-79.5)	35.6(7.82-78.3)	47.0(15.5-81.1)	46.4(17.8-77.4)	49.2(18.3-80.7)	43.5(16.7-74.8)	<b>45.2(15.3-78.9)</b>	<b>74.4(46.6-90.6)</b>	46.5(17.5-78.0)
<b>Nivel socioeconómico</b>									
1er. tercil (bajo)	<b>15.0(6.58-30.8)</b>	<b>14.3(6.61-28.2)</b>	17.9(6.89-39.0)	14.3(6.51-28.7)	<b>13.0(5.00-29.8)</b>	<b>17.1(7.92-33.3)</b>	<b>13.1(5.55-27.9)</b>	<b>55.5(46.2-64.3)</b>	15.0(6.83-29.9)
2do. tercil (medio)	<b>35.5(25.9-46.6)</b>	<b>29.8(23.4-37.2)</b>	31.3(17.5-49.3)	36.2(26.7-46.9)	<b>37.0(28.6-46.3)</b>	<b>33.4(20.7-48.9)</b>	<b>35.4(25.8-46.4)</b>	<b>31.6(24.7-39.3)</b>	35.3(26.0-45.8)
3er. tercil (alto)	<b>49.3(41.1-57.5)</b>	<b>55.8(48.3-63.0)</b>	50.7(33.7-67.6)	49.3(42.0-56.6)	<b>49.8(38.7-61.0)</b>	<b>49.3(43.5-55.2)</b>	<b>51.3(44.1-58.5)</b>	<b>12.8(7.17-22.0)</b>	49.6(41.9-57.3)

\*Se presentan proporciones o lo especificado. \*\* Información recuperada de responsables de unidad de salud y/o datos disponibles proporcionados por las diferentes instituciones participantes. Abreviaturas: IHAN=Iniciativa Hospital Amigo del Niño; IMSS=Instituto Mexicano del Seguro Social; SSA=Secretaría de Salud. Prueba X<sup>2</sup> Valor p<0.05 en negritas. N expandida se refiere que se consideran los factores de expansión del muestreo.

En menor proporción se ofreció información sobre cuánto tiempo dura el calostro (32.5% pública vs. 13.6% privada), así como sobre la alimentación de la madre mientras amamanta (57.5% pública y 24.5% privada), las técnicas para establecer la LM (64.2% pública y 41.6% privada) y continuar la LM (55.8% pública vs. 24.2% privada), y sobre las desventajas de dar fórmula infantil (48.9% pública y 22.5% privada).

En general, un mayor porcentaje de madres adultas reportaron haber recibido información sobre la LM durante el embarazo en comparación con las madres adolescentes (p < 0.05). No se encontraron diferencias entre los tipos de personal que les proporcionaron dicha información.

Asimismo, las mujeres reportaron que la información sobre la alimentación de su bebé fue proporcionada por el médico (25.2%) y la enfermera (36.6%). El alojamiento conjunto en el hospital fue reportado por casi todas las mujeres encuestadas (99.0%) y más de la mitad de las madres (58.7%) reportó que se dio fórmula al bebé durante su estancia hospitalaria. Las razones de esto, según reportaron las madres, fueron diferentes según el tipo de clínica y el área de residencia (p<0.01); la principal razón reportada fueron las barreras para dar LM por ejemplo, no les bajaba la leche, su leche no era suficiente, el bebé se quedaba con hambre o les dolía el pezón) (46%) (Anexo 1).



**Cuadro 6. Información sobre el recién nacido y prácticas hospitalarias sobre lactancia materna (LM) durante la estancia hospitalaria por tipo de adscripción, grupo de edad, tipo de parto y ámbito urbano-rural (n expandida=6540)\***

Información del recién nacido y prácticas hospitalarias (n expandida)	Adscripción de la clínica		Grupo de edad		Grupo de edad		Tipo de parto		Área		Total
	Público (6218.6)	Privado (521.4)	Adolescentes (1242.6)	Adultas (5297.5)	Natural (3278.4)	Cesárea (3161.6)	Urbano (6244.0)	Rural (296.0)			
									Peso al nacer (kg)		
<b>Peso al nacer (kg)</b>	3.19±0.34	3.12±0.48	<b>3.07±0.35</b>	<b>3.22±0.35</b>	3.13±0.39	3.25±0.31	3.19±0.29	3.20±1.15			3.19±0.36
<b>Edad gestacional (a término 38-40 semanas)</b>	90.3(86.5-93.1)	95.2(81.7-98.9)	98.1(94.3-99.3)	88.8(85.1-91.7)	92.1(86.2-95.6)	88.9(77.4-94.9)	90.4(86.6-93.2)	93.1(89.5-95.5)			90.6(87.0-93.2)
<b>Personal de salud que atendió el parto</b>											
Médico	96.6(90.6-98.8)	94.1(87.6-97.3)	<b>92.9(78.7-97.9)</b>	<b>97.3(92.8-99.0)</b>	<b>96.6(90.9-98.8)</b>	<b>96.3(88.8-98.8)</b>	96.7(90.8-98.9)	90.8(80.2-96.0)			96.5(90.9-98.7)
Enfermera	3.17(1.04-9.21)	3.37(1.67-6.66)	<b>7.01(2.06-21.2)</b>	<b>2.28(0.73-6.87)</b>	<b>2.80(0.96-8.36)</b>	<b>3.49(1.03-11.1)</b>	3.03(1.98-8.99)	6.13(2.10-17.4)			3.18(1.11-8.75)
Partera	0.05(0.006-0.51)	-	-	<b>0.06(0.008-0.59)</b>	<b>0.10(0.01-0.93)</b>	-	-	1.23(0.18-7.75)			0.05(0.006-0.48)
Otro (esposo)/No sabe/No responde	0.11(0.02-0.52)	2.48(0.87-6.87)	-	<b>0.29(0.07-1.13)</b>	<b>0.34(0.07-1.71)</b>	<b>0.11(0.01-0.99)</b>	0.17(0.03-0.95)	1.55(0.34-6.78)			0.23(0.06-0.92)
<b>Información sobre LM durante el embarazo / atención al parto (sí)</b>											
1. dar pecho o lactancia materna al bebé	<b>86.0(78.5-91.1)</b>	<b>69.1(58.2-78.1)</b>	78.6(65.1-91.3)	86.7(80.5-91.1)	88.7(76.4-94.9)	81.4(72.1-88.0)	85.4(77.7-90.8)	78.9(65.9-86.3)			85.1(77.6-90.4)
2. los beneficios nutricionales de la leche materna	<b>80.5(75.1-85.0)</b>	65.0(54.9-73.9)	<b>64.0(52.9-73.7)</b>	<b>83.5(78.7-87.4)</b>	78.7(71.2-84.6)	80.9(72.2-87.4)	80.5(75.2-84.9)	63.7(46.8-77.8)			79.8(74.7-84.1)
3. los beneficios y valor de la lactancia materna exclusiva 6 meses	73.7(66.5-79.8)	56.2(47.2-64.8)	<b>54.1(39.0-68.5)</b>	<b>77.2(71.2-82.3)</b>	76.0(62.0-86.0)	69.4(65.9-77.6)	73.5(66.3-79.7)	58.1(43.4-71.5)			72.8(65.7-79.0)
4. los beneficios y valor de dar cualquier tipo de lactancia materna	55.0(49.3-60.6)	38.2(23.9-54.9)	<b>35.2(23.0-49.6)</b>	<b>58.7(53.7-63.5)</b>	46.2(37.7-54.9)	62.6(63.4-71.3)	54.8(49.0-60.5)	41.8(31.7-52.7)			54.2(78.8-59.6)
5. el tiempo después de que nace el bebé se debe dar únicamente pecho o lactancia materna	<b>77.5(70.2-83.4)</b>	<b>63.1(45.9-77.5)</b>	<b>70.4(40.2-89.4)</b>	<b>78.3(73.7-82.2)</b>	76.8(67.1-84.3)	76.8(67.3-84.1)	77.5(70.3-83.3)	61.5(48.5-73.1)			76.8(69.5-82.7)
6. Sí. ¿Cuánto tiempo después de nacer el bebé se debe dar únicamente pecho o lactancia materna? (6 meses)	76.9(65.9-85.1)	78.9(68.7-86.4)	69.6(57.1-79.7)	78.5(67.9-86.3)	79.0(63.0-89.2)	74.8(48.2-90.4)	76.7(65.9-84.9)	82.9(65.8-92.4)			76.9(66.4-84.9)
7. Hasta que edad se debe continuar dando pecho o lactancia materna al bebé	53.2(47.8-58.6)	50.3(39.5-61.0)	43.9(24.4-65.5)	55.2(46.5-63.6)	46.1(38.1-54.4)	60.5(63.7-66.8)	53.5(48.0-58.8)	44.7(31.4-58.8)			53.1(47.9-58.1)
8. Sí. ¿Cuál es la edad que le dijeron a la que se debe continuar dando pecho o lactancia materna al bebé? (6 meses)	<b>9.50(4.93-17.5)</b>	<b>2.21(0.21-19.5)</b>	2.39(0.51-10.3)	10.4(4.89-20.8)	4.81(1.20-17.3)	12.7(5.0-28.6)	9.14(4.61-17.3)	9.63(4.74-18.5)			9.16(4.76-16.8)
12 meses	25.5(13.4-43.0)	47.4(30.8-64.5)	<b>55.8(14.7-90.4)</b>	<b>21.1(11.8-34.7)</b>	22.3(11.3-39.4)	29.9(16.3-48.4)	26.3(14.3-43.4)	30.9(15.2-52.8)			26.5(14.8-42.8)
24 meses	60.4(43.1-75.4)	42.4(30.8-64.5)	<b>35.1(18.0-76.1)</b>	<b>64.1(50.0-74.8)</b>	67.9(64.6-78.8)	62.7(60.6-73.7)	59.9(42.9-74.7)	51.3(33.4-68.8)			59.5(43.3-73.9)
9. ¿Qué es el calostro o primera leche?	62.5(51.5-72.4)	52.0(45.1-58.8)	<b>36.1(14.8-64.7)</b>	<b>68.1(60.5-74.8)</b>	<b>55.1(39.1-70.1)</b>	<b>69.4(61.9-75.9)</b>	62.8(61.7-72.7)	44.9(31.6-59.0)			62.0(51.7-71.3)
10. ¿Cuánto tiempo dura el calostro?	<b>32.5(23.4-43.1)</b>	<b>13.6(5.20-31.1)</b>	<b>13.5(4.59-33.8)</b>	<b>35.8(26.9-45.8)</b>	25.2(15.6-38.0)	38.3(27.2-50.8)	32.1(23.1-42.8)	19.1(12.5-28.1)			31.5(23.0-41.5)
11. Dificultades que el establecimiento de la lactancia materna, tales como posición, agarre o succión.	<b>64.2(52.7-74.4)</b>	<b>41.6(33.9-49.8)</b>	<b>41.9(22.9-63.7)</b>	<b>68.1(56.8-77.6)</b>	65.0(49.9-71.0)	65.5(61.0-77.5)	64.1(62.5-74.2)	43.3(31.0-56.5)			63.1(51.6-73.3)
12. Técnicas que puede tener a la hora de alimentar al seno materno	54.9(47.5-62.0)	36.9(31.6-42.6)	44.5(27.6-62.8)	56.2(48.6-63.5)	46.4(41.7-51.3)	62.1(47.4-74.8)	54.8(47.5-61.9)	37.2(24.0-52.6)			54.0(46.6-61.2)
13. Soluciones a las dificultades que se pueden enfrentar para dar pecho o amamantar	44.2(38.1-50.4)	28.6(24.3-33.4)	<b>26.1(18.3-35.7)</b>	<b>47.5(40.1-55.0)</b>	35.4(26.4-45.7)	52.0(40.3-63.4)	44.2(38.2-50.5)	26.1(17.1-37.7)			43.4(37.6-49.4)
14. Su alimentación durante el tiempo que amamanta	57.5(48.1-66.4)	24.5(14.1-39.1)	36.2(26.7-46.8)	<b>60.5(48.5-71.4)</b>	58.3(47.9-68.0)	53.3(41.4-64.8)	56.7(46.8-66.0)	39.7(31.2-49.0)			55.9(46.3-65.1)
15. Técnicas para continuar la lactancia materna, tales como: extracción, lactar cuando sea posible, etc.	55.8(44.4-66.6)	24.2(18.9-30.4)	31.1(23.0-40.6)	<b>59.7(45.1-72.7)</b>	50.6(41.2-59.9)	58.2(42.5-72.4)	55.3(43.6-66.4)	32.8(23.8-43.3)			54.3(42.6-65.4)
16. Las desventajas de dar fórmula infantil (o sucedáneos de leche materna) como forma de alimentación de su bebé	48.9(43.6-54.3)	22.5(13.4-35.2)	32.9(24.0-43.2)	<b>51.1(45.3-56.8)</b>	44.2(36.6-52.0)	51.3(45.7-56.9)	48.2(42.6-53.8)	35.8(25.1-48.1)			47.6(42.2-53.1)
<b>Personal de salud que dio información de alimentación del bebé</b>											
Médico	24.6(8.96-52.4)	48.2(11.5-86.9)	62.7(28.1-87.8)	23.8(8.38-51.8)	15.4(4.25-42.9)	30.8(11.5-60.3)	24.7(8.68-53.0)	36.6(20.9-55.9)			25.2(9.38-52.3)
Enfermera	37.1(22.7-54.3)	17.2(1.89-69.1)	37.2(12.1-71.8)	36.6(21.9-54.3)	4.48(1.16-15.8)	55.2(26.6-80.7)	36.0(21.1-54.2)	51.3(31.7-71.0)			36.6(22.4-53.7)
Promotor o asistente de salud/ Otro (nutriólogo, trabajador social, partera, psicóloga y combinación de ellos)	38.5(20.8-58.8)	17.2(3.16-57.0)	-	38.9(21.4-59.6)	79.7(48.7-94.2)	13.1(3.01-42.6)	38.8(21.4-59.6)	9.58(1.91-36.5)			37.5(20.6-58.0)
No sabe	0.10(0.01-1.00)	17.2(3.16-57.0)	-	0.54(0.08-3.51)	0.29(0.02-2.92)	0.66(0.07-5.63)	0.43(0.04-3.97)	2.37(0.30-16.1)			0.52(0.08-3.34)
<b>Inicio temprano de la lactancia materna (sí, &lt;60 minutos)</b>	<b>38.0(28.4-48.6)</b>	<b>17.7(3.7-50.2)</b>	<b>38.4(28.3-49.6)</b>	<b>26.0(13.4-44.4)</b>	<b>48.4(36.9-60.1)</b>	<b>26.4(17.2-38.1)</b>	<b>36.7(26.6-48.2)</b>	<b>59.6(48.2-71.6)</b>			37.8(28.1-48.5)
<b>Se dio fórmula al bebé en el hospital</b>	99.1(97.2-99.7)	97.9(90.7-99.5)	97.4(88.4-99.4)	99.4(98.2-99.8)	99.4(98.3-99.8)	98.6(95.3-99.6)	99.2(97.3-99.8)	95.1(89.8-97.7)			99.0(97.3-99.6)
<b>Razón por la que se dio fórmula infantil (n=146)</b>											
Llanto del bebé	<b>14.0(6.07-29.3)</b>	<b>40.1(24.3-58.3)</b>	29.3(4.89-76.9)	12.0(6.86-20.3)	15.6(7.50-29.6)	14.2(5.76-31.1)	<b>14.9(7.07-28.9)</b>	<b>7.56(2.43-21.1)</b>			14.8(7.04-28.7)
Descanso de la madre	<b>6.01(2.06-16.2)</b>	<b>2.22(2.16-16.3)</b>	12.3(1.66-53.7)	4.64(1.29-15.3)	-	10.9(4.16-25.7)	<b>5.92(2.06-15.8)</b>	<b>3.02(0.36-21.0)</b>			5.89(2.06-15.6)
Barreras para LM (no baja la leche, leche insuficiente, bebé no se llenaba, pezón invertido, etc.)	<b>46.7(32.2-61.7)</b>	<b>22.6(5.05-61.5)</b>	44.7(16.0-77.3)	46.2(31.8-61.2)	41.1(25.1-59.3)	41.1(25.1-59.3)	<b>45.8(31.7-60.6)</b>	<b>55.6(29.5-78.9)</b>			45.9(31.9-60.6)
Enfermedad de la madre	<b>0.09(0.02-0.38)</b>	-	0.15(0.01-1.40)	0.07(0.01-0.39)	0.12(0.02-0.68)	0.06(0.007-0.53)	-	<b>8.82(3.03-23.0)</b>			0.09(0.02-0.36)
Problemas en técnica de lactancia (no se pega bien, no succiona, no supo cómo darle pecho, rechazo del bebé)	<b>9.04(3.31-22.4)</b>	-	5.65(1.08-24.6)	9.36(3.26-24.0)	9.06(2.46-28.2)	8.50(3.05-21.5)	<b>8.77(3.22-21.7)</b>	<b>7.20(1.34-30.6)</b>			8.76(3.24-21.5)
Razones médicas (revisión, anestesia) o procedimientos con la madre	<b>9.71(5.68-16.1)</b>	-	11.2(6.60-18.5)	11.2(6.60-18.5)	-	10.2(2.67-31.9)	<b>9.37(5.36-15.8)</b>	<b>13.4(4.91-31.9)</b>			9.41(5.44-15.8)
Prevenir deshidratación, hipoglucemia y complementar la alimentación del bebé	<b>8.88(4.59-16.4)</b>	-	5.11(87.24-9)	9.29(4.25-19.0)	10.4(2.93-31.1)	7.02(2.08-21.1)	<b>8.70(4.46-16.2)</b>	-			8.61(4.40-16.1)
Otro (n=10)**	<b>3.79(1.02-13.0)</b>	<b>3.50(15.0-62.2)</b>	2.73(0.56-12.1)	5.16(1.59-15.4)	4.42(0.82-20.4)	5.05(1.16-19.4)	<b>4.76(1.55-13.6)</b>	<b>4.28(0.67-22.8)</b>			4.76(1.57-13.5)
No sabe	<b>1.64(0.24-10.0)</b>	-	0.20(0.02-1.68)	1.90(0.29-11.3)	0.20(0.02-1.85)	2.77(0.40-16.6)	<b>1.60(0.24-9.79)</b>	-			1.59(0.24-9.69)
<b>Exposición a promoción de sucedáneos de leche materna (SLM)</b>											
Ha recibido muestras de SLM	<b>2.33(0.57-8.93)</b>	-	0.22(0.02-1.95)	2.68(0.60-11.0)	0.08(0.009-0.72)	4.49(0.95-18.7)	2.32(0.57-8.90)	-			2.21(0.63-8.72)
Ha recibido/Visto/leyó publicidad de SLM	0.87(0.15-4.73)	2.22(0.46-10.0)	-	1.15(0.25-5.18)	0.27(0.03-2.33)	1.65(0.31-8.25)	0.98(0.20-4.55)	-			0.93(0.19-4.29)
Ha recibido regalos de SLM (biberones o chupones)	<b>0.20(0.02-1.68)</b>	<b>0.65(0.06-6.16)</b>	<b>0.16(0.01-1.50)</b>	<b>0.23(0.02-1.94)</b>	0.24(0.02-2.09)	0.19(0.03-0.99)	<b>0.23(0.03-1.52)</b>	-			0.22(0.03-1.44)

\*Se presentan proporciones o lo especificado: \*\*no le cae bien al estómago del bebé (n=1), porque el bebé no había evacuado (n=1), la madre lo solicitó (n=1 en pública y n=3 en privada), porque se le tenía que dar (n=1), para un mejor desarrollo (n=1), por políticas del hospital (n=1), no había podido amamantar (n=1), Prueba X<sup>2</sup> p<0.05; Valor p<0.05 en negritas. € Se presentan todas las barreras desglosadas en el Anexo 3. N expandida se refiere que se consideraron los factores de expansión del muestreo.

## 4.2 Resultados cualitativos

### 4.2.1 Promoción o publicidad visible de sucedáneos de la leche materna

Durante la visita a los hospitales, cinco de ellos presentaron publicidad de SLM (tres del sector público y dos del sector privado) y se registraron nueve objetos. No se observaron diferencias significativas entre clínicas públicas y privadas, ni entre las clínicas de ámbito urbano y las de ámbito rural. Los objetos registrados con mayor frecuencia fueron carteles, y la compañía promotora con mayor frecuencia del objeto observado fue Nestlé.

### 4.2.2 Indicadores de alimentación infantil

En relación con los indicadores de alimentación infantil (Cuadro 7), tan sólo un 37.8% de las mujeres entrevistadas reportó haber amamantado a su hijo durante la primera hora después del parto. El inicio temprano de la LM fue menos común entre las mujeres que tuvieron a su bebé por parto cesáreo (26.4% cesáreas vs 48.4% natural;  $p=0.0001$ ), en clínicas privadas (26% privadas y 38.4% públicas;  $p=0.001$ ), y en el ámbito urbano (59.6% rural y 36.7% urbano;  $p=0.0001$ ). (Cuadro 7)

Por otro lado, en el levantamiento de información realizado al mes posparto, y contrariamente a la recomendación actual, tan sólo un 47.4% de las mujeres reportó dar LME, toda vez que un mayor porcentaje de madres adolescentes dio alimentación con biberón en ese mismo periodo (47.7% adolescentes y 45.5% adultas ( $p < 0.001$ )).

Al clasificar por tipo de adscripción de la unidad de salud, se observó que menos de la mitad de madres en clínicas públicas tuvieron inicio temprano de la LM (38.4%) y sólo 26% en clínicas privadas ( $p=0.001$ ). De forma similar, 94.2% amamantaron alguna vez en el hospital en unidades públicas y 85.8% en clínicas privadas. Correspondientemente, reportaron dar SLM al mes después del parto (44.5% públicas y 79.6% privadas;  $p=0.0001$ ).

Por otra parte, un mayor porcentaje de madres de clínicas rurales reportaron LME al mes después del parto, en comparación con las madres de clínicas urbanas (58.3% y 46.9% respectivamente,  $p < 0.001$ ). Se observó también que las madres con partos naturales tienen un inicio temprano de la LM mayor (48.4% vaginal vs. 26.4% cesárea;  $p < 0.001$ ).

Un mes después del parto, los bebés de madres del ámbito urbano reciben con mayor frecuencia fórmula infantil (46.6%) que los bebés de madres del ámbito rural (33%) ( $p < 0.001$ ).

Asimismo, el porcentaje de madres que inician temprano la LM es mayor en clínicas de ámbito rural (59.6% rurales y tan sólo 36.7% urbanas;  $p < 0.001$ ) (Cuadro 8). Respecto al apoyo recibido en el hogar durante el mes posparto para mantener la LM, las participantes refirieron a la madre o suegra como el principal apoyo (37.1%), seguido por familia en general y amigos (32.1%) (Cuadro 7)

### 4.2.2.3 Indicadores sobre LM a nivel hospitalario

Los indicadores sobre LM a nivel hospitalario se muestran en el Cuadro 8. Se observa que la media, en una escala del 0 a 9, sobre información de LM recibida durante el embarazo fue de 6.60 ( $\pm 3.12$ ) puntos. Alrededor del 60% de la muestra recibió información sobre técnicas de LM (63.1%) y 54.3% sobre técnicas para continuar la LM al salir del hospital. Por otro lado, menos del 25% de las madres encuestadas refirió tener conocimiento de grupos de apoyo dentro del hospital o clínica y de éstas, sólo el 71.8% recibió apoyo del grupo de LM en la unidad de salud. El porcentaje de madres que refirieron tener conocimiento de grupos de apoyo dentro del hospital o clínica fue aún menor en unidades de salud privadas (13.6%).

### 4.2.2.4 Indicadores de cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna

Los indicadores del Código en el ámbito hospitalario se muestran en el Cuadro 9. Durante el contacto hospitalario inmediato, el tipo de unidad de salud y el área de residencia arrojaron diferencias entre las madres que reportaron haber recibido regalos de sucedáneos de leche materna (SLM) (7.89%): de este porcentaje se reportó una mayor frecuencia en el sector privado (14%) y el área urbana (8.25%) ( $p=0.0001$ ) (datos no mostrados). Por otra parte, en general la asesoría sobre el uso de SLM durante la estancia hospitalaria fue de 10.2%, en un 7.44% para madres adolescentes y un 10.8% para las madres adultas; al primer mes después del parto, el 52.2% de madres adolescentes y el 54.4% de madres adultas recibieron asesoría sobre el uso de SLM. (Cuadros 9 y 10)

Al mes después del parto, se reportó que en la clínica donde éste se atendió se repartieron

**Cuadro 7.** Indicadores de prácticas de alimentación infantil en una muestra de mujeres en el período posparto inmediato y al mes después del parto, en Chihuahua y Puebla

Indicadores de prácticas de alimentación (n expandida)	Grupo de edad		Adscripción de unidad de salud		Tipo de parto			Área		Total (5221.6)
	Adolescentes (1242.6) %	Adultas (5297.5) %	Público (6218.6) %	Privado (321.4) %	Natural (3378.4) %	Cesárea (3161.6) %	Urbano (6244) %	Rural (296) %		
Inicio temprano LM (<1hr)	<b>38.0(28.4-48.6)</b>	<b>37.7(26.7-50.2)</b>	<b>38.4(28.3-49.6)</b>	<b>26.0(13.4-44.4)</b>	<b>48.4(36.9-60.1)</b>	<b>26.4(17.2-38.1)</b>	<b>36.7(26.6-48.2)</b>	<b>59.6(46.2-71.6)</b>	<b>37.8(28.1-48.5)</b>	
Alguna vez ha amamantado en hospital	94.6(74.2-99.1)	93.6(89.3-96.2)	<b>94.2(91.0-96.3)</b>	<b>85.8(78.8-90.7)</b>	89.8(83.8-93.7)	97.9(94.4-99.2)	93.6(90.8-95.7)	97.3(92.8-99.0)	93.8(91.0-95.8)	
Información al mes después del parto										
Alguna vez ha amamantado a los 30 días	100.0	97.0(91.6-98.9)	97.7(92.7-99.3)	95.8(93.1-97.5)	95.7(86.7-98.6)	99.5(97.9-99.9)	97.5(92.6-99.1)	100.0	97.6(93.0-99.2)	
LME al mes después del parto	<b>53.0(18.1-85.2)</b>	<b>52.3(43.7-60.9)</b>	<b>48.9(38.5-59.3)</b>	<b>17.1(6.87-36.7)</b>	44.9(35.6-54.6)	49.9(29.9-69.9)	<b>46.9(35.7-58.5)</b>	<b>58.3(50.4-65.8)</b>	47.4(36.9-58.2)	
Apoyo para mantener LM al mes después del parto	2.41(12.4-47.3)	26.3(12.4-47.3)	20.5(8.28-42.7)	21.1(8.58-43.3)	11.5(2.90-36.5)	29.1(14.4-50.2)	20.9(8.59-42.7)	10.0(3.81-23.9)	20.6(8.64-41.6)	
Personal de salud	-	12.9(5.41-27.9)	10.2(3.77-24.8)	2.06(0.20-17.5)	11.7(3.60-32.3)	8.06(3.10-19.3)	9.76(3.53-24.2)	13.4(3.44-40.4)	9.87(3.71-23.7)	
Paraja	36.9(8.37-78.9)	37.1(31.1-43.6)	36.4(24.7-49.9)	52.2(27.7-75.7)	45.5(31.2-60.6)	29.1(15.4-48.0)	36.7(25.0-50.1)	51.2(38.2-64.0)	37.1(25.5-50.4)	
Madre/suegra	60.6(18.7-91.1)	23.2(7.99-51.2)	32.5(10.0-67.5)	24.5(4.98-66.8)	31.0(10.4-63.4)	33.2(19.76-69.5)	32.4(10.1-66.9)	23.8(13.5-38.4)	32.1(10.3-66.0)	
Familia/amigos	-	0.28(0.04-1.77)	0.22(0.03-1.47)	-	0.42(0.06-2.63)	0.18(0.02-1.58)	0.18(0.02-1.58)	0.20(0.03-1.39)	0.20(0.03-1.39)	
Otro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Alimentación con biberón al mes después del parto	<b>47.7(14.7-82.8)</b>	<b>45.5(35.4-56.0)</b>	<b>44.5(31.9-57.7)</b>	<b>79.6(57.7-91.8)</b>	44.8(34.4-55.6)	47.0(27.6-67.3)	<b>46.6(32.9-60.7)</b>	<b>33.0(25.7-41.2)</b>	46.0(33.2-59.3)	

\*Se presentan proporciones o lo especificado; Abreviaturas: LM= lactancia materna, LME=lactancia materna exclusiva; \*\* Prueba X<sup>2</sup> p<0.05; Valor p<0.05 en negritas. N expandida se refiere que se consideran los factores de expansión del muestreo.

**Cuadro 8.** Indicadores sobre LM a nivel hospitalario en una muestra de mujeres en el período posparto inmediato y al mes después del parto, en Chihuahua y Puebla

Indicadores sobre LM a nivel hospitalario (n expandida)	Adscripción de unidad de salud		Área			Total (5221.6)
	Público (6218.6) %	Privado (321.4) %	Urbano (6244) %	Rural (296) %		
Información durante embarazo sobre LM (escala 0 a 9)E	<b>6.68±2.97</b>	<b>5.09±5.00</b>	<b>6.67±2.52</b>	<b>5.21±9.91</b>	6.60±3.12	
Inicio temprano de LM (<1hr)	<b>38.4(28.3-49.6)</b>	<b>26.0(13.4-44.4)</b>	<b>36.7(26.6-48.2)</b>	<b>59.6(46.2-71.6)</b>	37.8(28.1-48.5)	
Técnicas para LM	<b>64.2(52.7-74.4)</b>	<b>41.6(33.9-49.8)</b>	64.1(52.5-74.2)	43.3(31.0-56.5)	63.1(51.9-73.3)	
Técnicas para mantenimiento de la LM	<b>55.8(44.4-66.6)</b>	<b>24.2(18.9-30.4)</b>	55.3(43.6-66.4)	32.8(23.8-43.3)	54.3(42.6-65.4)	
Recibió alimento/líquido diferente a leche materna en el hospital (SLM)	59.9(49.9-69.1)	34.8(22.3-49.8)	<b>60.9(50.7-70.2)</b>	<b>11.4(6.51-19.4)</b>	58.7(48.8-67.9)	
Alojamiento conjunto	99.1(97.2-99.7)	97.9(90.7-99.5)	<b>99.2(97.3-99.8)</b>	<b>95.1(89.8-97.7)</b>	99.0(97.3-99.6)	
Grupos de apoyo de LM en la US (n expandida)	25.3(17.6-34.9)	13.6(6.02-28.0)	<b>25.5(18.0-34.9)</b>	<b>7.74(3.71-15.4)</b>	24.7(17.2-34.2)	
Recibió apoyo del grupo de LM de la US (n expandida)	<b>(1131.6)</b>	<b>(32.3)</b>	<b>(1146.7)</b>	<b>(17.2)</b>	<b>(1163.9)</b>	
Dan biberón/ o chupón	71.8(57.2-82.9)	73.6(48.6-89.1)	<b>(398.8)</b>	75.1(51.3-89.6)	71.8(57.7-82.7)	
	<b>(358.5)</b>	<b>(156.1)</b>	<b>(10.4(5.05-20.4)</b>	<b>(7.62)</b>	<b>(406.4)</b>	
	9.62(4.36-19.9)	42.7(14.7-76.2)		<b>22.4(7.92-49.3)</b>	10.5(5.16-20.4)	

LM= lactancia materna; US= Unidad de Salud. \*Se presentan proporciones o lo especificado; \*\* Prueba X<sup>2</sup> p<0.05; Valor p<0.05 en negritas. La variable información en el embarazo se construyó considerando las preguntas 1,2,3, 4,5,7,9, 11 y 15 de la batería de preguntas sobre información recibida durante el embarazo (Cuadro 6). N expandida se refiere que se consideran los factores de expansión del muestreo.





© UNICEF México/F. Poiré

muestras de SLM en 6.01% de los casos, y regalos en 17.1% (Cuadro 9). El porcentaje de publicidad escrita sobre los sucedáneos de leche materna reportado por las madres fue de 1.11% (datos no mostrados).

Por otro lado, durante la entrevista en el hogar a los 30 días posteriores al parto se indagó de nuevo sobre los indicadores del Código (Cuadro 10). Los resultados mostraron que de las mujeres que utilizaban SLM en esta época ( $n$  expandida=2412), la asesoría sobre su uso provenía con mayor frecuencia del personal de salud (52.1%), y no se observaron diferencias en la fuente de esta información entre madres adolescentes y madres adultas (51.4% y 52.3% respectivamente), o entre ámbito rural y urbano (62.1% y 51.8% respectivamente).

En cambio, se observaron diferencias en la fuente de asesoría sobre el uso de sucedáneos de leche materna entre madres con parto natural y madres con cesárea ( $p < 0.05$ ). El 14.3% de las madres adolescentes y 6.39% de las madres adultas recibieron muestras de sucedáneos de leche materna de algún familiar o amigo ( $p < 0.05$ ). De la misma forma, 3.10% de las mujeres con parto vaginal y 12.9% con cesárea recibieron muestras de SLM de algún familiar o amigo ( $p=0.033$ ).

Un mayor porcentaje de madres recibieron un regalo de sucedáneo de leche materna en clínicas privadas en mayor medida que en clínicas públicas (20.0% vs. 10.3%;  $p < 0.05$ ), y más en clínicas de ámbito urbano que en clínicas de ámbito rural (11.1% vs. 2.49%;  $p < 0.001$ ). (Cuadro 10)

**Cuadro 9.** Indicadores de cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en mujeres durante la estancia hospitalaria. UNICEF, 2017

Indicadores de cumplimiento al Código (n expandida)	Grupo de edad		Adscripción de unidad de salud		Tipo de parto			Área		Total (5221.6)
	Adolescentes (1242.6) %	Adultas (5297.5) %	Público (6218.6) %	Privado (321.4) %	Natural (3378.4) %	Cesárea (3161.6) %	Urbano (6244) %	Rural (296) %		
	Preguntas en el período posparto inmediato (hasta siete horas)									
<b>Asesoría sobre uso de SLM por PS (n=669)</b>	7.44(1.89-25.1)	10.8(7.13-16.3)	10.4(6.17-17.1)	6.25(3.22-11.7)	8.27(2.96-21.0)	12.3(7.26-20.2)	10.1(5.92-16.7)	13.1(8.75-19.3)	10.2(6.17-16.5)	
<b>Fuente de asesoría de uso de SLM</b>										
Médico	88.6(57.9-97.7)	35.4(14.8-63.2)	42.0(22.1-64.9)	64.4(20.9-92.5)	69.0(44.5-86.0)	23.9(7.52-54.8)	43.1(22.3-66.6)	36.3(18.9-58.3)	42.7(23.0-65.0)	
Enfermera	11.3(2.22-42.0)	44.8(17.8-75.2)	40.3(15.9-70.6)	35.5(7.48-79.0)	23.4(7.69-52.8)	52.2(17.6-84.7)	39.9(15.1-71.2)	43.2(26.3-65.3)	40.1(16.3-69.7)	
Promotor de salud	-	2.31(0.64-7.96)	2.05(0.57-7.14)	-	3.64(0.81-14.8)	0.81(0.08-7.44)	1.16(0.21-5.96)	15.3(3.48-47.7)	1.99(0.56-6.84)	
Otro (Familiar, Rep Johnson Baby, Administrativos, Patronato)	-	16.8(5.01-43.8)	14.9(4.97-37.2)	-	2.68(0.67-10.0)	23.0(4.26-66.7)	15.1(4.91-38.0)	4.95(1.01-20.8)	14.5(4.81-36.3)	
<b>Preguntas al mes después del parto</b>										
<b>Recibió muestras de SLM en hospital (n=362.6)</b>	4.96(0.78-25.5)	6.27(2.31-15.9)	6.19(2.34-15.3)	2.29(4.8-10.1)	<b>4.49(1.03-17.4)</b>	<b>7.56(2.51-20.5)</b>	6.18(2.33-15.3)	2.10(0.71-6.04)	6.01(2.32-14.6)	
<b>Fuente de la muestra de SLM</b>										
Médico	89.3(40.8-99.0)	74.8(26.4-96.0)	<b>78.6(41.5-95.0)</b>	-	98.2(85.3-99.8)	64.5(14.7-95.0)	78.1(41.3-94.7)	14.7(1.26-69.9)	77.2(41.4-94.2)	
Enfermera	10.6(0.96-59.1)	7.63(1.33-33.6)	<b>7.47(1.48-30.1)</b>	<b>44.4(3.62-94.4)</b>	1.72(0.17-14.6)	12.0(2.04-47.1)	6.96(1.29-29.9)	85.2(30.0-98.7)	8.12(1.73-30.6)	
Promotor de SLM u otro (trabajador social)	-	17.5(1.69-72.3)	<b>13.8(1.76-59.1)</b>	<b>55.5(5.57-96.3)</b>	-	23.4(2.13-81.2)	14.8(2.15-58.0)	-	14.6(2.12-57.4)	
<b>Compañía de la muestra</b>										
Nestlé	72.2(0.65-47.8)	7.87(0.68-51.2)	7.90(9.2-44.0)	-	2.30(0.30-15.2)	11.0(0.98-1.0)	<b>6.37(0.51-47.0)</b>	<b>100.0</b>	7.76(0.91-43.3)	
Mead Johnson	4.68(0.24-49.9)	2.32(0.32-14.6)	1.96(2.8-12.5)	44.4(3.62-94.4)	-	4.36(0.70-22.6)	<b>2.76(0.49-13.8)</b>	-	2.72(0.49-13.5)	
Abbott	-	13.9(1.73-59.7)	11.8(1.36-56.4)	-	30.7(7.26-71.6)	-	<b>11.7(1.36-56.3)</b>	-	11.6(1.34-55.7)	
Pisa Farmacéutica	-	2.76(0.22-26.4)	2.34(1.19-23.1)	-	66.9(28.3-91.1)	3.70(0.28-34.2)	<b>2.34(0.19-23.0)</b>	-	2.30(0.19-22.6)	
Wyeth	88.0(38.6-98.8)	69.7(31.3-92.0)	74.0(36.2-93.4)	-	66.9(28.3-91.1)	76.3(60.0-96.0)	<b>73.8(36.1-93.3)</b>	-	72.7(35.7-92.7)	
Otro (Nutribaby, sin marca)	-	3.38(0.87-12.1)	1.86(1.33-9.70)	55.5(5.57-96.3)	-	4.53(1.03-17.7)	<b>2.86(0.77-10.0)</b>	-	2.82(0.76-9.85)	
<b>Recibió un regalo de SLM en hospital (n=493)</b>	24.7(5.87-63.4)	15.2(5.00-37.9)	<b>16.6(4.52-45.8)</b>	<b>26.4(15.9-40.6)</b>	20.5(5.21-54.7)	13.6(5.17-31.5)	<b>17.7(5.43-44.8)</b>	<b>2.55(1.05-6.04)</b>	17.1(5.18-43.8)	
<b>Fuente del regalo de SLM</b>										
Médico	2.44(0.17-26.5)	6.52(0.49-49.2)	5.37(0.38-45.4)	4.81(0.78-24.5)	0.69(0.05-7.86)	12.4(1.13-63.8)	5.13(0.40-41.8)	37.4(4.62-88.1)	5.33(0.44-41.3)	
Enfermera	48.4(44.5-52.3)	66.1(46.7-81.3)	62.8(52.6-72.0)	37.7(16.2-65.4)	94.3(60.3-99.4)	10.1(1.40-47.3)	61.3(49.1-72.2)	13.4(1.08-68.7)	61.0(48.4-72.3)	
Promotor de salud/Otro (Familiar, Rep. Johnson Baby, Administrativos, Patronato)	49.1(45.2-52.9)	27.2(19.2-37.1)	31.7(27.7-36.0)	57.4(25.1-84.4)	4.97(0.43-38.4)	77.4(26.3-97.0)	33.5(28.2-39.3)	49.0(6.75-92.7)	33.6(28.3-39.4)	
<b>Compañía del regalo</b>										
Nestlé	-	0.57(0.03-7.98)	0.43(0.02-7.21)	-	0.67(0.03-11.2)	-	<b>0.40(0.02-6.30)</b>	-	0.40(0.02-6.22)	
Mead Johnson	-	8.52(0.91-48.5)	1.74(0.09-24.6)	61.4(8.23-96.5)	3.68(0.30-32.3)	9.63(1.18-48.5)	<b>6.07(0.59-41.0)</b>	-	6.04(0.60-40.5)	
Pisa Pharmaceutical	0.31(0.01-7.47)	-	0.09(0.004-2.25)	-	-	0.23(0.01-3.94)	-	<b>14.4(1.05-72.7)</b>	0.09(0.004-1.90)	
Otro (labero, Johnson Baby, pañales, Menen, biberones)	99.6(92.5-99.9)	90.9(50.1-99.0)	97.7(70.7-99.8)	38.5(3.40-91.7)	95.6(65.5-99.6)	90.1(50.9-98.7)	<b>93.5(57.8-99.3)</b>	<b>85.5(27.2-98.4)</b>	93.4(58.0-99.3)	
<b>Tipo de regalo</b>										
Biberón	-	0.49(0.07-3.24)	0.41(0.06-2.77)	-	0.50(0.08-3.07)	0.28(0.03-2.29)	0.41(0.05-2.76)	-	0.39(0.05-2.62)	
Pañales	0.36(0.05-2.24)	1.42(0.34-5.79)	<b>0.47(0.10-2.09)</b>	<b>16.2(6.67-34.5)</b>	0.86(0.19-3.67)	1.57(0.40-5.88)	1.19(0.27-4.96)	1.62(0.46-5.46)	1.21(0.30-4.69)	
Ropa para bebé	0.23(0.02-2.00)	0.04(0.009-0.25)	0.09(0.02-0.39)	-	0.17(0.03-0.74)	-	0.04(0.005-0.42)	0.93(0.19-4.30)	0.08(0.02-0.37)	
Toallitas, pañales, biberones, etc.	24.1(5.44-63.7)	12.5(2.99-40.1)	<b>15.1(3.41-47.4)</b>	<b>9.94(1.47-44.9)</b>	19.1(4.27-55.7)	10.5(2.70-33.4)	<b>15.5(3.72-46.7)</b>	<b>0.58(0.07-4.65)</b>	14.9(3.50-45.8)	
Otro (productos de higiene, medicamentos, termómetro)	0.29(0.03-2.57)	1.15(0.22-5.60)	0.91(0.16-4.87)	2.29(0.48-10.1)	0.20(0.03-1.09)	1.76(0.32-9.01)	1.02(0.21-4.69)	-	0.97(0.20-4.45)	

\* Se presentan proporciones o lo especificado; Abreviaturas: LM= lactancia materna, LME=lactancia materna exclusiva; \*\* Prueba X<sup>2</sup>; p<0.05; Valor p<0.05 en negritas. N expandida se refiere que se consideran los factores de expansión del muestreo.

**Cuadro 10.** Indicadores de cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en mujeres durante el contacto al mes después del parto. UNICEF, 2017

Ambiente comunitario/hogar (n expandida)	Adolescentes (1242.6%)	Adultas (5297.5%)	Público (6218.6%)	Privado (321.4%)	Natural (3378.4%)	Cesárea (3161.6%)	Urbano (6244.4%)	Rural (296.6%)	Total %
<b>Uso de SLM al mes después del parto (2412.8)</b>	<b>52.2(17.7-85.2)</b>	<b>54.4(43.9-64.5)</b>	<b>44.5(31.9-57.7)</b>	<b>79.6(57.7-91.8)</b>	<b>44.8(30.4-55.6)</b>	<b>47.0(27.6-67.3)</b>	<b>46.6(32.9-60.7)</b>	<b>33.0(25.7-41.2)</b>	<b>46.0(33.2-59.3)</b>
<b>Fuente de asesoría sobre uso de SLM</b>									
Médico o Enfermera	51.4(30.5-71.7)	52.3(39.7-64.6)	51.0(39.0-62.9)	65.0(52.0-76.1)	57.5(31.1-80.1)	47.7(33.4-62.3)	51.8(40.3-63.0)	62.1(50.1-72.8)	52.1(41.0-62.9)
Pareja/Madre/Suegra/Familiar	6.8(0.1-13.3)	23.5(14.1-33.6)	19.9(10.9-33.4)	19.7(9.3-37.0)	18.3(7.9-37.0)	21.1(17.4-27.2)	20.1(11.3-33.0)	14.3(6.1-30.0)	19.9(11.4-32.4)
Amigo	6.2(9.1-43.2)	0.8(0.1-2.0)	1.6(4.3-6.0)	3.1(4.0-16.1)	0.2(0.0-3.2)	3.0(1.0-9.9)	1.8(2.0-5.5)	--	1.7(0.5-5.6)
Dependiente de la tienda	11.9(2.96-37.6)	5.8(2.0-9.6)	7.4(2.1-10.3)	4.4(1.8-10.3)	5.3(0.99-23.4)	8.7(3.2-24.6)	7.4(2.1-21.7)	--	7.1(2.1-21.7)
Otro	23.5(10.0-45.9)	17.7(8.36-33.6)	19.9(10.2-35.1)	7.5(6.5-33.1)	18.5(7.82-37.8)	19.3(10.8-32.1)	18.8(9.68-33.4)	23.5(14.4-35.8)	18.9(10.0-33.0)
<b>Recibió muestras de SLM de familiar/amigo (n=481.8)</b>	<b>14.3(5.54-32.2)</b>	<b>6.39(2.58-14.9)</b>	<b>7.46(3.16-16.5)</b>	<b>18.8(7.25-40.7)</b>	<b>3.1(0.83-10.9)</b>	<b>12.9(5.76-26.6)</b>	<b>8.11(3.52-17.5)</b>	<b>5.25(2.58-10.3)</b>	<b>7.99(3.59-16.8)</b>
<b>Fuente de la muestra de SLM de familiar/amigo</b>									
Pareja	--	23.8(8.05-52.7)	17.0(4.86-45.3)	--	4.86(0.40-39.3)	17.7(4.92-47.2)	15.6(4.33-43.1)	--	15.2(4.21-42.2)
Madre/suegra	41.5(7.92-85.4)	32.7(19.5-56.8)	30.7(11.8-63.8)	60.4(44.6-74.2)	12.3(2.53-43.3)	41.5(17.2-70.7)	35.9(14.7-64.4)	30.4(4.01-82.0)	35.7(15.0-63.6)
Familiar	15.1(1.86-62.5)	30.7(19.6-46.0)	24.7(8.6-55.1)	30.2(23.1-38.3)	75.3(37.4-93.9)	12.8(2.36-47.1)	24.4(8.7-52.4)	46.0(17.9-76.8)	25.0(9.40-51.9)
Amigo	43.3(9.55-84.6)	9.95(1.85-39.2)	24.7(11.0-46.5)	2.9(0.7-25.4)	2.98(0.27-25.4)	26.6(10.2-53.6)	21.9(9.26-43.6)	23.5(7.60-63.5)	22.0(9.53-43.0)
Otro (médico)	--	2.97(0.61-13.2)	0.97(0.09-9.37)	9.38(0.70-60.2)	4.42(0.36-36.9)	1.28(0.21-7.30)	1.95(0.41-8.62)	--	1.89(0.41-8.30)
<b>Compañía proveedora de la muestra</b>									
Nestlé	85.6(37.6-98.3)	64.0(29.1-88.5)	74.6(52.7-88.5)	49.2(41.9-56.6)	47.2(35.2-55.5)	77.8(52.9-91.7)	71.4(51.1-85.7)	83.4(45.3-96.8)	71.8(52.0-85.6)
Mead Johnson	13.0(1.29-63.4)	13.7(0.14-11.6)	6.30(1.06-29.6)	15.1(11.6-19.3)	33.0(16.6-55.0)	6.97(1.20-31.5)	5.77(0.96-27.6)	--	5.60(0.94-27.0)
Abbott	--	23.8(5.65-62.0)	15.2(3.33-44.1)	--	--	10.8(1.48-49.7)	15.6(4.71-41.0)	--	15.2(4.58-40.1)
Bayer Shering Pharma	--	1.17(0.11-10.7)	0.84(0.08-7.81)	--	--	0.93(0.09-8.77)	0.77(0.07-7.12)	--	0.75(0.07-6.89)
Pisa Farmacéutica	--	0.92(0.089-0.8)	--	5.40(0.27-54.0)	3.82(0.31-33.3)	0.73(0.07-7.30)	0.61(0.05-5.56)	--	0.59(0.05-5.76)
Wyeth	1.27(0.11-12.5)	1.17(0.11-10.7)	0.84(0.08-7.81)	30.2(23.1-38.3)	15.8(3.60-48.7)	--	4.90(0.97-21.3)	16.5(3.16-54.6)	5.23(1.16-20.5)
Otro (biberones, Infacare, Fraca)	--	7.46(1.46-30.4)	2.15(0.46-9.41)	--	--	2.63(0.40-15.4)	--	--	--
<b>Tipo de muestra</b>									
Fórmula de inicio (0 a 6 m)	85.6(37.6-98.3)	76.1(37.9-94.3)	78.9(55.5-91.8)	84.8(80.6-88.3)	66.9(44.9-83.3)	82.6(53.9-95.0)	79.4(58.0-91.5)	83.4(45.3-96.8)	79.5(68.8-91.4)
Fórmula de seguimiento	13.0(1.29-63.4)	13.6(1.42-63.5)	15.1(3.86-44.1)	--	24.6(5.74-63.6)	16.7(4.52-46.0)	4.96(0.62-30.1)	--	4.82(0.61-29.4)
Fórmula de continuación	1.27(0.11-12.5)	2.59(0.31-18.4)	0.51(0.05-5.13)	15.1(11.6-19.3)	8.45(1.06-44.2)	0.57(0.05-5.69)	1.70(0.20-12.9)	16.5(3.16-54.6)	13.4(3.36-41.0)
Otras leches (intervalo de edad no identificado)	4.30(1.24-13.8)	12.4(5.11-27.1)	<b>10.3(4.1-23.5)</b>	<b>20.0(11.6-32.4)</b>	8.28(3.54-18.1)	13.3(5.00-30.9)	<b>11.1(4.62-24.4)</b>	<b>2.49(0.65-9.05)</b>	10.7(4.59-23.2)
<b>Recibió regalo de SLM de familiar/amigo (649.9)</b>									
<b>Tipo de regalo</b>									
Biberón	4.03(1.11-13.5)	6.74(2.53-16.7)	5.88(2.21-14.7)	12.6(4.95-28.7)	5.66(2.12-14.2)	<b>6.73(2.27-18.3)</b>	<b>6.37(2.49-15.3)</b>	--	6.19(2.49-14.5)
Chupones	--	0.94(0.14-6.07)	0.79(0.11-5.15)	--	1.38(0.17-9.98)	0.12(0.01-0.99)	0.79(0.11-5.14)	--	0.75(0.11-4.89)
Pañales	--	0.22(0.05-0.87)	<b>0.07(0.008-0.63)</b>	<b>2.29(0.48-10.1)</b>	0.13(0.01-1.19)	0.21(0.04-1.06)	0.18(0.04-0.70)	--	0.17(0.04-0.70)
Ropa para bebé	1.01(0.24-4.04)	5.05(1.36-17.0)	4.18(1.08-14.7)	5.39(2.02-13.6)	2.71(0.72-9.65)	<b>5.80(1.54-19.4)</b>	<b>4.36(1.18-14.7)</b>	1.62(0.26-9.16)	4.24(1.18-14.0)
Toallitas, pañales, baberos, etc.	<b>1.01(0.24-4.04)</b>	<b>1.04(0.18-5.78)</b>	1.03(0.22-4.66)	1.01(0.10-8.90)	0.53(0.15-1.81)	1.56(0.23-9.57)	1.01(0.24-4.37)	1.62(0.26-9.16)	1.04(0.18-4.37)
Otro (sin marca, fórmula y alimento Nestlé)	0.23(0.02-2.06)	0.56(0.09-3.41)	0.47(0.07-2.86)	1.01(0.10-8.90)	0.13(0.01-1.19)	0.86(0.13-5.31)	0.51(0.09-2.74)	--	0.49(0.09-2.59)
<b>Fuente de regalo de SLM de familiar/amigo</b>									
Madre/suegra	5.46(0.49-40.3)	25.6(14.5-41.1)	25.8(14.7-41.2)	5.06(0.38-42.6)	31.7(7.44-72.8)	19.1(4.90-52.0)	24.2(13.5-39.4)	--	24.0(13.4-39.1)
Familiar	68.0(23.5-93.6)	52.2(35.5-68.0)	52.0(35.5-67.9)	69.3(28.0-89.1)	61.7(25.1-88.5)	48.2(28.0-69.1)	53.3(35.6-68.5)	65.1(6.19-97.1)	53.5(37.7-68.5)
Amigo	19.5(2.66-68.2)	12.7(2.00-51.0)	13.2(2.16-51.2)	14.1(6.77-27.2)	6.50(1.71-21.7)	17.6(2.40-64.9)	13.0(2.44-47.5)	34.8(2.81-90.8)	13.3(2.57-47.1)
Otro (médico)	6.91(0.62-46.6)	9.35(2.23-31.7)	8.94(1.98-32.2)	11.4(1.21-57.4)	--	14.9(4.18-41.4)	9.2(4.20-29.6)	--	9.15(2.37-29.4)
<b>Compañía proveedora del regalo</b>									
Nestlé	49.9(10.2-89.7)	43.2(16.2-75.0)	46.1(18.1-76.8)	19.2(12.4-28.4)	38.9(11.8-75.1)	46.8(19.5-76.2)	44.2(18.1-73.9)	--	43.8(17.9-73.5)
Mead Johnson	--	0.47(0.04-4.92)	--	5.06(0.38-42.6)	3.16(0.39-21.3)	0.71(0.06-7.36)	0.44(0.04-4.44)	--	0.43(0.04-4.39)
Abbott	--	133(13-118)	--	14.1(6.77-27.2)	57.8(23.2-86.1)	52.3(23.3-79.8)	54.0(25.2-80.4)	100.0	1.22(0.13-10.5)
Otro (biberones, marca propia, no recuerda, nutry baby)	50.0(10.2-89.7)	54.9(24.1-82.3)	53.8(23.1-81.5)	61.9(44.9-75.8)	--	63.0(39.5-81.5)	--	--	54.5(25.7-80.5)
<b>Publicidad observada de SLM (n=3593)</b>	<b>56.1(24.4-83.5)</b>	<b>60.4(34.6-81.5)</b>	<b>60.2(32.3-82.8)</b>	<b>45.6(25.0-67.7)</b>	<b>56.2(26.1-82.3)</b>	<b>63.0(39.5-81.5)</b>	<b>59.1(31.3-82.2)</b>	<b>68.8(55.2-79.7)</b>	<b>59.6(32.7-81.6)</b>
<b>Donde vio/escuchó la publicidad</b>									
Hospital/Consultorio	0.15(0.01-1.82)	1.40(0.14-12.1)	1.22(0.12-10.8)	--	2.44(0.22-21.4)	--	<b>1.20(0.11-11.1)</b>	<b>0.60(0.08-4.02)</b>	1.48(0.12-10.3)
Radio/televisión	96.2(70.9-99.3)	83.1(64.8-95.2)	85.6(57.7-96.3)	74.6(39.3-93.0)	92.7(71.0-98.5)	78.3(46.7-93.7)	<b>84.9(56.0-96.1)</b>	<b>93.8(89.6-96.3)</b>	85.3(68.3-96.0)
Redes sociales	3.86(0.37-29.8)	8.53(2.05-27.3)	7.06(1.70-24.9)	25.3(6.94-60.6)	4.66(0.82-24.9)	10.5(2.62-33.9)	<b>8.01(2.01-26.9)</b>	<b>2.86(1.02-7.71)</b>	7.70(2.02-25.1)
Farmacias/Supermercados	--	0.26(0.01-1.30)	0.22(0.04-1.19)	0.22(0.04-1.19)	0.04(0.00-0.51)	0.37(0.07-1.97)	<b>0.09(0.009-0.99)</b>	<b>2.86(1.02-7.71)</b>	0.20(0.04-1.12)
Vía pública	--	1.75(0.18-14.5)	1.49(0.15-13.1)	--	0.05(0.005-0.61)	2.73(0.28-21.4)	<b>1.48(0.14-13.5)</b>	<b>0.60(0.08-4.02)</b>	1.44(0.14-12.5)
Otros (folleto, internet, lugar de trabajo, revista, taller, tienda, etc.)	0.73(0.06-8.00)	4.89(0.94-21.7)	4.30(0.78-20.2)	--	0.04(0.004-0.51)	7.99(1.99-31.7)	<b>4.29(0.77-20.5)</b>	<b>1.09(0.26-4.47)</b>	4.15(0.78-19.2)
<b>Compañía de la publicidad referida</b>									
Nestlé	<b>68.7(53.3-80.9)</b>	<b>77.4(70.7-82.8)</b>	75.4(60.9-80.6)	83.3(68.3-94.6)	75.5(57.2-87.6)	75.9(64.0-84.9)	<b>75.2(69.0-84.9)</b>	<b>85.6(75.2-92.2)</b>	75.7(69.9-80.7)
Mead Johnson	<b>0.52(0.04-5.75)</b>	<b>0.02(0.002-0.26)</b>	6.99(1.67-24.8)	10.0(2.05-37.1)	10.3(1.81-41.6)	4.18(0.97-16.2)	<b>7.22(1.72-20.5)</b>	<b>4.74(2.32-9.41)</b>	7.10(1.80-24.1)
Bayer Shering Pharma	--	<b>0.09(0.01-0.94)</b>	0.02(0.002-0.23)	2.23(0.23-17.8)	--	0.15(0.01-1.42)	<b>0.08(0.008-0.84)</b>	<b>0.44(0.06-2.99)</b>	0.02(0.002-0.22)
Pisa Farmacéutica	--	--	4.23(1.63-10.5)	--	8.29(3.25-19.5)	0.24(0.02-2.26)	<b>4.29(1.68-10.5)</b>	--	4.08(1.52-10.4)
Wyeth	<b>21.5(9.45-41.8)</b>	--	13.2(9.53-18.1)	4.43(1.33-13.7)	5.86(1.05-26.7)	19.3(8.93-37.0)	<b>9.11(3.71-20.6)</b>	--	12.9(9.20-17.9)
Otro	<b>9.14(0.96-51.0)</b>	<b>13.8(8.07-22.6)</b>	13.2(9.53-18.1)	4.43(1.33-13.7)	5.86(1.05-26.7)	19.3(8.93-37.0)	<b>9.11(3.71-20.6)</b>	--	12.9(9.20-17.9)
<b>Tipo de SLM publicitado</b>									
Fórmula de inicio	39.9(26.5-55.1)	30.3(13.6-64.6)	31.6(16.1-52.8)	45.7(20.8-72.9)	27.8(22.8-33.3)	36.1(10.7-72.7)	31.5(15.9-62.7)	44.8(34.6-55.5)	32.1(16.6-52.9)
Fórmula de seguimiento	30.2(19.0-44.5)	6.09(1.44-22.3)	10.6(5.48-19.6)	11.1(3.16-32.6)	10.5(1.99-40.4)	10.8(5.55-20.0)	10.8(5.53-20.0)	7.89(2.71-20.8)	10.6(5.63-19.3)
Fórmula de continuación	23.2(11.9-40.3)	29.2(12.9-53.5)	28.6(12.3-51.3)	13.9(3.74-39.7)	31.8(12.9-46.9)	24.7(8.1-54.7)	25.9(13.5-45.9)	12.4(5.55-25.4)	28.1(12.9-50.6)
Cualquier combinación de fórmulas	5.09(0.79-26.3)	5.70(1.56-18.6)	5.70(1.56-18.6)	16.2(10.6-24.0)	6.78(1.35-27.9)	5.43(1.45-18.2)	5.28(1.40-17.8)	21.7(14.6-31.2)	6.07(1.78-18.7)
Otras leches (intervalo de edad)	1.43(0.26-7.48)	2.79(1.66-42.8)	23.2(15.1-34.0)	12.8(4.46-31.6)	23.0(14.8-33.9)	22.7(13.2-36.3)	23.4(15.2-34.1)	13.0(7.19-22.4)	22.9(14.8-33.7)

\*\* Se presentan proporciones o lo especificado; LM= lactancia materna, LME=lactancia materna exclusiva; PS= Personal de salud; \* Prueba X<sup>2</sup>; p<0.05; Valor p<0.05 en negritas. N expandida se refiere que se consideraron los factores de expansión del muestreo.

#### 4.2.2.5 Factores asociados con las prácticas de lactancia materna

El análisis de los factores que pueden incidir en la mejora de las prácticas de la lactancia materna se muestra en los cuadros 11 a 13. Los factores asociados de forma positiva con el inicio temprano de la LM fueron el tipo de parto, la unidad de salud donde fue atendida la mujer participante y haber recibido información sobre LM durante el embarazo.

Así, la posibilidad de que las madres tengan un inicio temprano de la LM fue mayor con parto natural que con cesárea (RM= 2.83; p = 0.0001); además, hay 2.52 veces más posibilidad si las madres fueron atendidas en clínicas públicas que en privadas y 6% más posibilidad si recibieron información sobre LM durante el embarazo (p=0.029).

En relación con el reporte de LME al mes después del parto, los factores asociados con la misma fueron la edad materna, haber recibido información sobre LM durante el embarazo y el apoyo recibido en el hogar para continuar con la LM. La posibilidad de practicar la LM exclusiva es 7% por cada año más de edad materna (p = 0.010), 17% más cuando hubo información sobre la LM durante el embarazo (p = 0.003) y casi tres veces mayor cuando se tiene el apoyo de familiares o amigos (p = 0.012) (Cuadro 11). En un modelo previo, el inicio temprano de la LM se asoció con mayor posibilidad de practicar la LME al mes posparto (RM= 1.81; p = 0.003); sin embargo, al introducir la variable de apoyo social en el hogar, se perdió la significancia estadística de dicha variable (datos no mostrados).

El factor asociado con el inicio temprano de la LM en madres adolescentes (Cuadro 12) fue el parto vaginal (RM=4.57; p=0.001). Por otra parte, la información sobre LM durante el embarazo en adolescentes mostró que esto casi duplica la posibilidad de la práctica la LM exclusiva al mes después del parto (RM= 1.53; p = 0.032). Por su parte, el apoyo de familiares y amigos incrementa siete veces la posibilidad de practicar LME entre mujeres adolescentes respecto a aquellas que recibieron apoyo del personal de salud (p=0.02). Por otra parte, la información durante el embarazo protegió contra el uso de SLM al mes posparto entre madres del grupo de edad adolescente (RM=0.79; p=0.008).

Por otra parte, cuando la mujer es adulta y ha tenido un parto vaginal en clínica pública, más que duplica su posibilidad de iniciar de forma temprana la LM (p < 0.002). (Cuadro 13) A su vez, el reporte del primer mes después del parto señala que la práctica de la LME fue 14% mayor entre las mujeres que recibieron información sobre LM durante el embarazo (RM=1.14; p=0.024) y entre las que reportaron no trabajar al momento de la encuesta (RM=0.40; p=0.017). Finalmente, se observó un efecto protector para no usar SLM entre las participantes adultas que iniciaron de forma temprana la LM (RM=0.44; p = 0.001) y recibieron información sobre LM durante el embarazo (RM=0.88; p = 0.001); por otra parte, se detectó una posibilidad 2.8 veces mayor de usar sucedáneos de leche materna cuando se reside en el ámbito urbano que cuando se habita en el área rural ( p = 0.0001).

**Cuadro 11.** Regresión logística para inicio temprano de la LM (<1hr), LME y uso de sucedáneo al mes después del parto en mujeres usuarias de US de Chihuahua y Puebla

	Inicio temprano de LM (n=484)		LME (n=192)		Uso de SLM (n=411)	
	RM	Valor p	RM	Valor p	RM	Valor p
Edad materna (años)	<b>0.95</b>	<b>0.005</b>	<b>1.07</b>	<b>0.010</b>	<b>0.94</b>	<b>0.001</b>
Domina idioma indígena (si)	--	--	--	--	<b>0.63</b>	<b>0.042</b>
Estado civil (casada)	0.65	0.183	--	--	--	--
Empleo materno (sí)	0.72	0.110	<b>0.48</b>	<b>0.030</b>	1.41	0.112
Inicio temprano LM (<1h)	--	--	1.86	0.063	<b>0.42</b>	<b>0.0001</b>
Tipo de parto (natural)	<b>2.83</b>	<b>0.0001</b>	--	--	--	--
Tipo de US (pública)	<b>2.52</b>	<b>0.006</b>	2.20	0.178	<b>0.38</b>	<b>0.012</b>
Información durante embarazo (0 al 9)	<b>1.06</b>	<b>0.029</b>	<b>1.17</b>	<b>0.003</b>	0.89	0.001
Apoyo para la lactancia (Ref=Personal de salud)	--	--	1	--	--	--
Amigos/familiares	--	--	<b>2.71</b>	<b>0.012</b>	--	--

US=unidad de salud, LME= Lactancia materna exclusiva, LM= lactancia materna, SLM= Sucédáneos de Leche Materna. Regresión logística es un análisis estadístico para predecir el resultado de una variable categórica en función de las variables independientes o predictoras.



© UNICEF México/F. Poiré

**Cuadro 12.** Regresión logística para inicio temprano de la LM (<1hr), LME, y uso de sucedáneo al mes posparto en adolescentes usuarias de US de Chihuahua y Puebla

	Inicio temprano de LM (n=111)		LME (n=48)		Uso de SLM (n=84)	
	RM	Valor p	RM	Valor p	RM	Valor p
Etnicidad indígena (si)	--	--	--	--	--	--
Estado civil(casada)	0.47	0.145	--	--	--	--
Empleo materno (si)	--	--	--	--	--	--
Tipo de parto (natural)	<b>4.57</b>	<b>0.0001</b>	--	--	--	--
Tipo de US (pública)	--	--	--	--	0.23	0.202
Información durante embarazo (0 al 9)	1.08	0.197	<b>1.53</b>	<b>0.032</b>	<b>0.79</b>	<b>0.008</b>
Apoyo para la lactancia en el hogar (Ref=Personal de salud)	--	--	1	--	1	--
Amigos/familiares	--	--	<b>7.19</b>	<b>0.020</b>	--	--
Área (urbana)	--	--	--	--	1.20	0.726

US=unidad de salud, LME= Lactancia materna exclusiva, LM= lactancia materna, SLM= Sucedáneos de Leche Materna. Regresión logística es un análisis estadístico para predecir el resultado de una variable categórica en función de las variables independientes o predictoras.

**Cuadro 13.** Regresión logística para inicio temprano de la LM (<1hr), LME, y uso de sucedáneo al mes posparto en mujeres adultas usuarias de US de Chihuahua y Puebla

	Inicio temprano de LM (n=373)		LME (n=144)		Uso de SLM (n=329)	
	RM	Valor p	RM	Valor p	RM	Valor p
Empleo materno (sí)	0.71	0.131	<b>0.40</b>	<b>0.017</b>	1.58	0.066
Inicio temprano LM (<1h)	--	--	1.78	0.119	<b>0.44</b>	<b>0.001</b>
Tipo de parto (natural)	<b>2.41</b>	<b>0.0001</b>	--	--	--	--
Tipo de US (pública)	<b>3.70</b>	<b>0.002</b>	--	--	--	--
Información durante el embarazo (0 al 9)	1.05	0.145	<b>1.14</b>	<b>0.024</b>	<b>0.88</b>	<b>0.001</b>
Apoyo para la lactancia (Ref=Personal de salud)	--	--	1	--	--	--
Amigos/familiares	--	--	1.84	0.183	--	--
Área (urbana)	--	--	0.41	0.055	<b>2.88</b>	<b>0.0001</b>

Abreviaturas: US=unidad de salud, LME= Lactancia materna exclusiva, LM= lactancia materna, SLM= Sucedáneos de Leche Materna. Regresión logística es un análisis estadístico para predecir el resultado de una variable categórica en función de las variables independientes o predictoras.



## 4.3 Resultados cualitativos

### 4.3.1 Entrevistas durante la estancia hospitalaria

#### a. Conocimientos de lactancia materna: lactancia materna exclusiva y su duración

Las ideas de las mujeres referentes al significado de la LM se relacionaron con la producción propia de leche, la concepción de la leche materna como alimento primario que posibilita la transmisión de nutrientes, seguida por la vinculación afectiva entre madre y sus hijos. En ese sentido, es posible decir que, aunque las mujeres cuentan con una noción cercana a la definición formal de la LM, aún queda pendiente extenderla y enriquecerla con algunos elementos, como la importancia de la continuación de la LM hasta los dos años de vida del niño y la relevancia de la LME durante los primeros seis meses.

“Pues en que me ayuda a mí y tanto a mi bebé y para qué sirve. Pues me han dicho que ahorita como está chiquita lo mejor es la leche materna. Y que es como una vacuna que le ayuda para que se desarrolle y también le tengo que dar... bueno que le podemos dar pecho a los seis meses y de los seis meses a los dos años leche materna y comida balanceada.”

#### Puebla

La alimentación de la mamá al hijo es la etapa más importante para el bebé.

Pues para que el bebé no tenga tos, diarrea. Este que no se me enferme diario y así no gastamos para la leche de bote.

En Puebla las mujeres asociaron la LM con la vinculación afectiva madre-hijo/a; también le dieron carácter de mecanismo de defensa o de prevención de enfermedades. Reconocieron que la leche materna representa un beneficio alimenticio para el bebé y que constituye un alimento principal para bebés en los primeros meses de vida. Se mencionó que el calostro era el primer nutriente básico.

#### Chihuahua

Que es muy bueno que los bebés crezcan pues con leche materna, para que crezcan sanos y fuertes, porque nos previenen de enfermedades a él y a mí.

...pues pasarle todas las vitaminas que tiene la mamá al bebé.

Por su parte, en Chihuahua se definió a la LM como la producción de leche por parte de las mujeres, que constituye el alimento principal para niños en los primeros meses de su vida; incluso consideraron a la leche una vía para la transmisión de nutrientes (vitaminas) que impactarán en el desarrollo sano y crecimiento del lactante.

La mayoría de las mujeres mostró desconocimiento respecto a la noción de LME y prefirieron no contestar la pregunta. Quienes respondieron no hicieron una clara diferenciación entre LM y LME, sino que sus asociaciones fueron más en el sentido de vehículos de vitaminas o como algo personal, por lo cual la respuesta quedó ambigua.

#### Puebla

Es darle vitaminas que necesita. Pienso que es mala la fórmula, porque es polvo.

Solamente dar lactancia de la madre.

Pues que son en los primeros meses de vida del bebé.

#### Chihuahua

Sí, que solamente le dé leche materna durante seis meses como mínimo.

...que es darle pecho al bebé.

### b. Beneficios de la lactancia materna

En cuanto a los aspectos positivos o de mejora asociados con la corporalidad y emocionalidad (beneficios psicológicos), las mujeres lactantes identificaron algunos beneficios, tales como la generación de vínculos afectivos entre hijo/a y madre, que genera apego y amor entre ambos. Al parecer, para las madres de Puebla estos beneficios se limitan a lo afectivo, sin trascender a un sentido de protección y bienestar tanto de la madre como del niño. En el caso de Chihuahua hubo excepciones, pues se habló de alegría, del sentido de protección y de la identificación de cambios corpo-emocionales.

#### Puebla

Es un lazo, eso yo lo creo así. Es un lazo que tienes como madre a hijo.

... pues se crea un apego emocional con el bebé.

#### Chihuahua

... cuando le estoy dando pecho veo que se ríe, si hace gestos.

...pues que me veo más apegada a ella; pues me imagino que sí, porque si está más saludable, pues está más contenta y así.

... pues el sentir que se sienta protegido el bebé cuando yo lo amamanto.

... que se siente protegido, que se siente querido, que pues se siente aceptado, amado, que es parte de mí.

Entre los beneficios físicos específicos de la madre se mencionaron sobre todo la prevención de cáncer cervicouterino y de mama y la pérdida de peso.

Entre los beneficios específicos para los lactantes se mencionaron los siguientes:

#### Puebla

Pues le damos calostro, para que su estómago se ponga, para que empiece a vivir.

... es muy importante darle al bebé para que tenga defensas y no se enferme... pues ora sí que no llora mucho mi bebé y que crece sano y que tiene las defensas que ellos tienen.

Pues sería el desarrollo de su cerebro, evitar enfermedades, alergias y que tenga bajas las defensas.

A mi bebé la beneficia en que se desarrolle más rápido y la ayuda en que no se enferme rápido del estomaguito de sus orejitas o de infecciones.

#### Chihuahua

Crece más sano, le ayuda cuando, por decir, cuando va a la escuela. También a él le previene de enfermedades como neumonía, asma, bronquios, todo eso.

...para que tenga mejores defensas, tener mejor desarrollo en sus huesitos.

¿Hacia el bebé?... que no se enferme, es la primera vacuna que recibe el bebé.



### *c. Técnica de amamantamiento*

En general, en Puebla las mujeres fueron capaces de describir las posiciones que practicaban para amamantar. Los elementos mencionados fueron: la posición del niño (recostado, de lado) y la de la madre, forma adecuada para sujetar el pecho y pezón durante la práctica, y cuánto tiempo la llevaban a cabo, con los turnos que se requerían para cada seno.

Entre otros elementos, también se cuenta la limpieza de las manos y los senos; agarrar pecho y pezón con la punta de los dedos mientras se

introduce en la boca de bebé; masajes circulares antes de dar pecho; pezón completo dentro de la boca del bebé; forma de C: sin tapar nariz del bebé; bebé recostado por encima del pecho de la madre; de lado: recostados, bebé y madre, ella apoyada en un cojín abrazando al bebé; madre sentada y bebé recostado.

Algunas mujeres de Chihuahua identificaron por nombre las siguientes posiciones para colocar al bebé y cómo colocar la mano para ofrecer el pecho: en forma de C: sin tapar la nariz del bebé; balón, caballito.

## Chihuahua

Estar cómoda, que este cómodo el bebé, que esté limpio. Si pues que no esté orinado o que no esté sucio del pañal, que este limpio para que este cómodo también el bebé. Sí, la posición que tenemos los dos, pues la posición que sea cómoda para ambos... mmm pues sentada o este puedo también hacerla acostada en una posición correcta para que no se valla a ahogar. Pongo mi brazo en bueno su cabecita la acomodo en mi codo por decirlo así, este para poderlo ayudar o algo si se ahoga o algo. Tomo mi pecho y lo meto a su boquita, veo que le entre todo el pezón a su boca para que no me vaya a lastimar. [cuida] que no se obstruya su naricita, pues que pueda respirar por su naricita mientras está comiendo... mmm que esté saliéndome leche, que tenga leche. [se da cuenta porque] Pues lo veo que esté comiendo que no lllore o que no reniegue porque no le sale. Si, cuando esta succionando, como succiona cuando traga. Pues normalmente dejo que, que tome hasta que donde él quiera, ajá, hasta que él lo suelta, hasta que él ya se queda dormido, hasta que él ya no quiere... le doy de los dos [lados]... verificas que repita muy bien... [amamanta] quince minutos por lo menos de cada pecho.

Pues que se prenda hasta que salga (risas)... sí, ajá, agarrando el bebé y que ella esté cerca de mi pecho lo va estimulando para que empiece a salir la leche. [buscas un lugar cómodo, para ti ese es tu primer paso, que paso sigue] Pues a veces me quito la blusa o el brassier de maternidad que traiga y luego ya me acomodo a la niña, pues si no se ve mucho el pezón lo empiezo a mover para que salga la leche y tenga más forma y así se pueda prender más rápido, no nada más lo masajeas en forma circular. Sentada en el día y acostada en la noche para no batallar. Me gusta mucho con el cojín de lactar, es que ese me lo coloco en medio, ajá, y luego ya la bebé arriba y por la cesárea pues es más cómodo porque no tengo que estar agachada ni con tanta fuerza y ya nada. Pues en la noche al principio pues si le daba sentada en lo que se adapta ella y yo.

Respecto a las diversas acciones u opciones de alimentación para el bebé que las mujeres encuentran o les son sugeridas mientras lactan, o cuando no hay deseo o es imposible amamantar, tanto en Puebla como en Chihuahua se encontró que durante las primeras horas después de nacidos, dos niños habían sido alimentados con fórmula debido a que sus madres presentaron escasez o ausencia de producción de leche; sin embargo, una de ellas mencionó que no supo ni cómo ni en qué momento le dieron fórmula a su bebé.

### *d. Asesoría durante la hospitalización*

Sólo tres mujeres de Puebla dijeron no haber recibido información sobre LM durante su estancia en el hospital, mientras que en Chihuahua fueron seis. Aquellas que recibieron información mencionaron que fue acerca de beneficios físicos y emocionales, así como del periodo de lactancia.

## Puebla

Conforme le vaya dando más el pecho es como se va a ir incrementando la leche. Masajearme los pechos y acomodarlo como acostadito o como encima del pecho. [Masajes] De forma circular. Y después darle el pecho al bebé.

Lo coloco entre mis brazos, lo coloco frente a mi pecho, coloco mi pezón entre el dedo pulgar y coloco al bebé en el pezón y pues él bebé succiona... de forma horizontal entre los brazos y el brazo debe de estar sobre una almohada.

No. No sé. Pues me lo pongo en mi brazo, saco el pecho y lo jala para que salga leche; pues así acostada igualmente cargándola de lado; [sentada] pues cargarlo de lado; [agarrar el pecho] pues con la mano, pues con las dos manos así. Para que se le acomode bien a su boca... [cuanto tiempo] pues hasta que se llene.

Pues la que me dijeron los doctores. Que coman cinco minutos de un pecho y cinco de otro. Me hago masajes para que salga leche... ponerla en posición a mi hijo, cargarlo para ponerlo para que no se ahogue.

En ambos estados el personal hospitalario dedicado a las asesorías mencionó las posiciones recomendadas para lactar, el tiempo mínimo y máximo para la extensión de la LM, además de su vinculación con el desarrollo y crecimiento del niño.

En Puebla el personal enfatizó los beneficios inmediatos para la mujer y el niño, mientras que en Chihuahua se insistió en la prevención de enfermedades, el sostenimiento de la práctica en casa y se hicieron recomendaciones respecto a una dieta balanceada, consumir agua en buena cantidad y evitar irritantes.

### *e. Periodo sugerido de lactancia*

En ambas entidades federativas se ubicó el periodo mínimo de LM en cinco meses, mientras que el máximo fluctuó hasta los dos

o tres años de edad, con un tiempo estándar de seis meses. Cabe señalar que una mujer mencionó que no le gustaría amamantar más de un año medio, pues se sentiría incómoda. Sólo en Chihuahua la asesoría abordó el tema de LME e hizo referencia a su probable sostenimiento hasta los nueve meses.

### *f. Personal que provee información*

El personal médico y de enfermería proporcionó asesoría sobre la lactancia, ya sea en las clínicas o centros de salud durante control del embarazo y/o en los hospitales durante su estancia. También algunas personas referenciaron a sus madres y familias como personas que les proveyeron información sobre el tema de lactancia. Algo distintivo de Puebla es que se menciona que personal de nutrición le proporcionó la información sobre LM.

## Puebla

Me la dieron en la clínica, fue una chica que es estudiante de nutrición, me dijo que la lactancia antes de ser leche es el calostro y que después de los seis meses le puedo dar líquidos. Y a los ocho meses algunas papillas que no sean pesadas.

Mi familia... las enfermeras.

Los médicos y las enfermeras.

En el caso de Chihuahua también se mencionaron estudiantes, aunque al principio no se especificó su profesión.



© UNICEF México/F. Poiré

## Chihuahua

Todas las doctoras (enfermeras).

...una enfermera, mi doctora del consultorio.

...una señorita pasó y los andaba dando. De hecho, me dijo que creo era la semana de la lactancia materna, ¿algo así no?

...que su madre le decía que al bebé le tiene que dar chichi a cada rato o cada vez que quiera pues, que esté chillando... que le dijo que al bebé chiquito, al recién nacido, nomás hay que darle pura chichi, pura chichi, no darle de otra leche.

### *g. Asistencia del personal con técnicas de amamantamiento*

Tanto en Puebla como en Chihuahua siete mujeres de cada entidad mencionaron no haber recibido asistencia por parte del personal hospitalario en relación a las técnicas de amamantamiento.

## Puebla

Sí. Pues primero no me salía la leche y me decían que tenía poquita y que no me tenía que desesperar.

Si, sobre jalarme más la leche para que consuma más el niño, con mangueras.

## Chihuahua

Sí... cómo hacerlo. Como tomarlo de la mejor manera, como pues como me operaron también me hicieron una TD pues se me dificultaba mucho sostener el bebé, acomodarlo, ellas me ayudaron acomodarlo y ya me pasaron tips, y me decían "no mejor mira hazle así está más fácil agarra tu pezón" y ya agarraba al bebé.

...que lo pusiera en que agarrara mi pecho en forma de "C" o en forma de "U" que así lo agarrara, que así le tuviera el pecho para que no lo aplastara, si lo ponía en forma de tijera que lo aplastaría y no podría pasar la leche y sería más complicado.

El resto de mujeres en Puebla mencionó que la asistencia consistió en darles ánimos para no desesperarse y la explicación de cómo podría el bebé consumir mejor la leche. Las mujeres de Chihuahua relataron que no habían necesitado el apoyo o que la explicación que recibieron fue poco clara. En general, el personal de enfermería provee asistencia sobre técnicas de amamantamiento a las mujeres, seguido del personal médico. En casos aislados se mencionaron estudiantes, pero sin mayor especificación.

#### *h. Información recibida sobre otras formas de alimentación*

### Puebla

Sí, a través de la fórmula con el biberón en todo caso que no pudiera darle leche yo como mamá.

### Chihuahua

Sí, me dijeron que a partir de los seis meses podía complementar su alimentación con papilla.

Sólo una mujer de Puebla mencionó que había recibido información sobre otras formas de alimentación mediante fórmula. En Chihuahua a una mujer se le dijo que a partir de los seis meses podía dar inicio a la alimentación complementaria. Las demás mujeres enfatizaron que la única sugerencia recibida había sido mantener la práctica de lactancia como la mejor posibilidad de alimentación para sus niños.

#### *i. Prácticas hospitalarias en relación con el conjunto de intervenciones que realiza el personal a las siete horas posparto*

##### *Promoción y uso de fórmula infantil (o sucedáneo de leche materna)*

Es importante señalar que el concepto de sucedáneo no era manejado por las mujeres. En casi todos los casos la persona que las entrevistó tuvo que especificar a qué se refería y mencionar el contenido.

### Puebla

No. [No sabe lo que son]

[Fórmula] Sí, porque no me salía.

No. [No sabe lo que son]

[Fórmula] Creo que ayer que nació le dieron fórmula. [No sabe cómo se la dieron]

En el caso de Puebla se dio leche de fórmula a un recién nacido debido a que la madre no producía leche. No se especificó el tiempo de espera antes de que el personal hospitalario tomara la decisión.

### Chihuahua

Sí, la pediatra de la noche comentó que iniciara con la NAN 1.

Ayer por la tarde una doctora le dio leche porque no se llenaba.

Una enfermera porque anoche que le amamanté no se llenó y le complementaron.

En Chihuahua a una mujer su pediatra le recomendó usar leche de fórmula puesto que notaba que el bebé no se llenaba. En otros casos fueron el doctor y/o la enfermera quienes hicieron la misma recomendación.

Entre los argumentos de las mujeres para no dar leche de fórmula se encuentran: desinterés en esa práctica, conocimiento de que es perjudicial para los dientes y de que genera cólicos al bebé. En cambio, entre los motivos para usar fórmula están la necesidad de adaptación de la madre a la lactancia y escasez de leche.

## Puebla

No, porque no me interesa.

Me han dicho que los biberones son malos, porque dañan sus dientes y le pueden dar cólicos.

... Pues creo que fue una decisión del pediatra porque como lo llevaron a la incubadora, pues por eso lo más recomendable fue darle fórmula. [Estuvo] tres horas porque le faltaba un poco de oxígeno.

En general hubo recomendaciones de evitar el uso de fórmula, salvo por algún padecimiento por parte de la madre o del lactante.

## Chihuahua

Lo más importante es la lactancia, de eso estoy segura. Nada más en lo que me adapto.

...porque no tengo leche.

En el caso de Chihuahua los motivos fueron: el bebé no se llena, falta de adaptación madre/hijo y la madre no tiene leche.

### *Tiempo conjunto madre-bebé durante la hospitalización*

Respecto a cuanto tiempo la madre y su bebé permanecen juntos/separados durante la hospitalización, algunas mujeres refirieron que se han separado sólo cuando el niño ha requerido de un baño, cambio o alimentación por biberón. El tiempo mínimo de separación fue de 15 minutos y el máximo de 2 horas.

### *Publicidad de fórmulas o sucedáneos*

En relación con la ausencia/presencia (muestra, visual o verbal) de publicidad acerca de fórmulas o sucedáneos dentro de las instalaciones hospitalarias, ésta no contó con referencias por parte de las mujeres entrevistadas. Sin embargo, se mencionó que existen fuentes alternas de información sobre fórmulas o sucedáneos: periódicos, ofertas (supermercados), televisión y redes sociales.

### *Influencia de información y publicidad en alimentación del bebé*

## Puebla

No, porque el biberón les provoca que se inflamen sus intestinos.

Sí, de hecho, me ayudó, como no sabía, porque soy primeriza.

En Puebla se observa una contradicción entre el que las mujeres dicen no sentirse influidas porque saben que la fórmula puede tener efectos negativos para el lactante, y que para ellas puede constituir un apoyo en situaciones de emergencia.

## Chihuahua

No, sólo me han dicho que entre más lo alimente de leche materna mejor.

También en Chihuahua existe la percepción de que la leche de fórmula representa una especie de salvamento para madres primerizas o que presentan dificultades diversas para amamantar.

Entre los facilitadores que contribuyen a que las mujeres inicien la LM en su estancia hospitalaria, en Puebla se mencionó el apoyo del personal de enfermería, practicar posiciones adecuadas, pensar en que no tendrán un gasto económico y tomar agua para producir leche. En Chihuahua las madres mencionaron que cuentan con todos los recursos dentro del hospital: tener al bebé cerca, batas cómodas, pláticas

y tiempo, pero mencionaron que también sería bueno contar con mayor cercanía y frecuencia del apoyo sobre las técnicas de amamantar, soportes o almohadas, camas más cómodas, la posibilidad de tomar agua más seguido.

En general el personal de salud no involucra o brinda información sobre LM al padre o pareja de las mujeres.

#### ***j. Autoeficacia, creencia en la capacidad propia de organización para gestionar situaciones posibles y tener éxito en la LM***

Las entrevistadas de ambas entidades federativas confirmaron que tenían la intención, voluntad y conciencia de extender la práctica de lactancia en casa. Entre sus motivaciones estuvieron:

- Conciencia respecto a la lactancia como protector ante enfermedades
  - “Pues cultura, tradición. Por todos los consejos que nos han dado de que es la manera más viable que tengan salud”
  - “Sí. Pues porque está más sano y mejor.”
- La importancia nutrimental de la leche materna para el crecimiento y desarrollo del bebé (sano/ fuerte/ bonito)
  - “Para que crezca bonito, que crezca sano y fuerte.”
  - “...que la leche es la más importante para ayudar a su crecimiento.”
  - “Sí, porque le pasa los nutrientes y crece más sanito.”
  - “Sí, para que crezca sano.”
- Experiencias positivas anteriores
  - “Sí, porque a todas mis hijas les he dado pecho.”
- Economía para el hogar
  - “Sí. Pues porque es muy económico.”

Los principales elementos que contribuirían a que la mujer mantenga la lactancia estando en su casa fueron:

#### **Puebla:**

- Cuidar la alimentación desde diferentes nociones del cuidado: tener dieta sana (verduras, pollo, pescado y semillas), alimentarse bien (sin especificación), comer bien (atoles y agua)
  - “Sí, ya me quedaré en mi casa. Ya no trabajaré con mi papá... pues

alimentarme bien y pues eso para que tenga yo leche.”

- “Pues yo creo que una alimentación sana: frutas, verduras y carne para producir leche.”
- “Estar bien, estar tranquila y tener una dieta sana: comer verduras, pollo y pescado y semillas.”
- “Que coma yo bien, muchos atoles y agua.”

- Poner en práctica las técnicas para amamantar

- “...en facilidad las técnicas ponerla en práctica y será más fácil.”
- “Desarrollar más mis senos para poder darle más leche.”

- Tiempo para el hogar y para el bebé, tranquilidad

- “Pues tendré más tiempo para hacer el aseo del hogar y que tendré más tiempo con mi bebé.”

#### **Chihuahua:**

- Contar con determinados insumos y materiales que faciliten la lactancia.
  - “Pues conseguir un extractor bueno.”
  - “A lo mejor una posición más cómoda en cuestión de las almohadas que te ayudan a amamantar.”
- Contar con el apoyo de la abuela (madre de la madre ) y esposo/pareja
  - “El apoyo de mi mamá.”
  - “Sí, de mi mamá, de mi esposo [para cuidar] a los otros. En ratos, para poder darle de comer al bebé.”
  - “Sí, gracias a Dios sí lo tengo. De hecho él era de los que lloraba y -¡tiene hambre!-, o sea, para él siempre tenía hambre (risas).”
- Tiempo necesario para la práctica: organización, privacidad, comodidad
  - “Híjole, pues no, no se me hace que necesite algo en especial... pues organizándome sí. [En casa] pues la comodidad de hacer la comida de E, sentarme, acostarme de darle como sea más conveniente, la privacidad también. Sí, y me gusta tener el tiempo, no me gusta así como que rápido para que ya no llore...”

- “No tendría ninguna dificultad para amamantar a su bebé. Dice que ella se va a dar su tiempo para ir a amamantar a su bebé porque trabaja en su casa.”

## Puebla

Yo trabajo, pero me lo cuidarán y pienso sacarme la leche para que esta persona le dé la leche a mi bebé. [dónde guardará la leche] En el refrigerador o en el congelador... es más fácil en casa.

Pues me la llevaré a mi trabajo [¿cuenta con lactario?] No, sería en el baño.

En los espacios de trabajo de algunas mujeres no cuentan con lactarios o espacios destinados a la lactancia, por lo cual piensan hacerlo en el baño o se sacarían la leche y la colocarían en el refrigerador o congelador.

**Dificultades para amamantar.** Pese a que no necesariamente algunos aspectos fueron expresados como dificultades, se mencionaron como inconvenientes, particularmente para las madres que trabajan fuera de casa.

## Chihuahua

[Cuando regrese a la escuela] voy a sacarme leche y la voy a complementar con fórmula [con] biberones. [necesitaré] el instrumento para poder sacarme leche.

... me ordeñaba, me sacaba la leche con el sacaleche y luego ya le hacía dos tetas y esas se las daba así a mi mamá, y luego ya ella le daba de comer. Y en el trabajo, como tenía mucho trabajo, nada más una vez podía sacarme la leche ahí, pero no tenía ningún espacio ni nada, era una bodeguita así al último y ciérrale y dios que te ayude. Ya yo me llevaba mi sacaleche en una bolsita y todo; teníamos refri, en cuanto me la sacaba la metía a que se pusiera tantito fría y en la tarde que iba por ella llegaba con mi mamá ... ya cuando entré a trabajar si usábamos el biberón.

En Chihuahua quienes asisten a la escuela o trabajan se plantearon la posibilidad de complementar la alimentación del bebé con fórmula. También está la posibilidad de extraerse leche durante la jornada laboral y mantenerla en un lugar fresco o frío, en lo que llegan a su casa y la utilizan.

### k. Recomendaciones entre pares

En ambas entidades existen referencias generalizadas respecto a:

- Asociación entre el cuidado del bebé y la leche materna como un buen alimento, incluso privilegiándolo como elemento de prevención de enfermedades.
  - “Pues, el privilegio es darle el pecho, porque no se enferman los niños.”
  - “Pues que alimentar a su bebé con la lactancia. Para combatir las enfermedades considero que es bueno dar pecho... pues que la fórmula no debe suplir a la mamá.”
- Conveniencia de la práctica de lactancia tanto para la madre como para el bebé.
  - “Pues yo les recomendaría que les den leche de una, materna, porque es mucho mejor, pues previene enfermedades y todo eso. Y también les quiero decir: gracias a los doctores porque me dieron todos esos consejos que yo no sabía y gracias a usted.”
  - “Pues que a nosotras como mamás nos conviene darle pecho al bebé. Le ayuda a los bebés y a nosotras como mamás.”
  - “...la lactancia es el mejor alimento. Lo más importante es el apego desde que nace tu bebé. El primer contacto, iniciar la lactancia para que tome el calostro.”

- Énfasis en la recomendación de amamantar a los bebés por encima del uso de fórmulas.
  - “Pues que si tiene la oportunidad de que produzca leche que opte por esa decisión de poder darle pecho a su bebé. Porque a veces piensan que es mejor la fórmula que la leche.”
- Paciencia y no presión sobre ellas mismas (madres)
  - “Que sea paciente, porque yo batallé mucho y era sólo por la paciencia, que todo lleva su tiempo, que pues los más grandes beneficios son de la leche materna para ambos.”
  - “Que sean muy pacientes y que no se presionen mucho porque a una amiga le pasó que se presionó mucho, y ya no dio leche a su bebé pues ya no tuvo ese beneficio [dio fórmula].”
- Dolor de pezones y grietas en los primeros días.
  - “Sí, grietas.”
  - “Pues solo ha sido que me dolían los pezones.”
  - “Pues al principio grietas.”
  - “Se me hizo difícil porque tenía mucho dolor.”
- Requieren consejos para la salida efectiva de la leche.
  - “Que me enseñaran porque no sabía nada al principio.”

#### **Formas que encuentran las madres para enfrentar las dificultades**

- Procura comer “mejor” (sin especificaciones)
  - “Pues he tratado de comer un poquito mejor.”
- Curación de pezones agrietados con y sin atención médica, la leche misma los curó.
  - “Tuve grietas, pero se me quitaron solitas.”
  - “Una amiga me dijo que con la misma leche materna se me iba a ir quitando el agrietamiento.”
  - “Fui al doctor, pero me dijo que la misma leche me la pusiera.”
  - “Tuve grietas los primeros días, pero solitas se me quitaron.”
- Masajes al bañarse
  - “Y me metía a bañar y me daba masajes.”

### **4.3.2 Entrevistas al mes después del parto en el hogar de la participante**

#### **4.3.2.1 Establecimiento de la lactancia materna**

En Puebla el personal de salud hospitalario no proporcionó a las madres ningún tipo de información acerca de la LM en casa. En Chihuahua el personal, específicamente médicos y enfermeras, brindó información particularmente sobre técnicas de lactancia y dio algunos consejos generales.

#### **Dificultades que ha enfrentado la mujer para amamantar**

En Puebla no se reportaron dificultades, toda vez que en Chihuahua algunos elementos han obstaculizado la extensión de la práctica de LM en el hogar:

- Sensación de tener que producir más leche para satisfacer el apetito del bebé, pues consideran que no se llena.
  - “Claro que me gustaría llenarlo yo.”
- Intención de dar leche en polvo por deseo de salir a divertirse y poder dejar al bebé al cuidado de alguien más.
  - “No, pues que sí he pensado en darle el polvo, porque quiero salir con mi esposo, porque se requiere salir con la pareja. Digo, quiero darle leche en polvo para dejarla con mi hermana.”

#### **Facilitadores para la extensión de la lactancia materna**

Existe un pensamiento generalizado según el que amamantar es fácil.

Los principales elementos que contribuyen o favorecen que las mujeres de Chihuahua extiendan la práctica de LM en su hogar fueron:

- Poco gasto, practicidad, facilidad
  - “Pues que no gasta uno y que está bien alimentada.”
  - “No tengo que preparar las medidas ni calentar agua.”
  - “Pues que no cargo con teteras y leche, y no me tengo que parar en la noche a calentar leche.”



- Buena alimentación (entendimiento diverso al respecto) de la madre como consecuencia derivada de la práctica de LM
  - “Comer bien y todo eso. Pues comer atoles y avena.”
  - “Pues seguir tomando atoles y caldos para que se siga llenando el pecho.”
- Extraer la leche y guardarla en el refrigerador
  - “...ahorita estoy con ella, porque ya mero entro a trabajar. Me voy a sacar la leche. Sí, porque me sale bastante leche. He visto en enfermería que tienen un refrigerador para leche, pero no sé si lo pueda usar.”
- Estar en un ambiente tranquilo, y no estresante como el trabajo o la calle
  - “Ahorita no porque se me hace fácil, cuando ella lo pide... pues el hecho de que estoy aquí, que no trabajo y tengo tranquilidad y no se me hace algo latoso.”
  - “Pues la comodidad de mi casa. No cuando puedo le doy en la calle, pero no me agrada, me cubro bien.”
- Acostar o inclinar al bebé se mencionan como posiciones que facilitan amamantar: experiencia
  - “Pues casi siempre le doy acostado, pues cuando estoy en la calle pues así inclinadito cargándolo. [Lo hago porque] por lo que me dijeron que crecen los niños más sanos y más fuertes y evitan enfermedades.”
  - “No hasta ahorita está todo bien. Yo siento que pues ya se me hace más fácil porque ya tengo dos hijos. Casi siempre le doy acostado para que no se embracile y me acuesto con él. Cuando estoy en la calle pues inclinadito.”
- Leche en abundancia
  - “No, para mí no es difícil pues tengo mucha producción de leche.”
- Apoyo del esposo
  - “A veces mi esposo me ayuda a ponerme al bebé.”



© UNICEF México/S. Lister



© UNICEF México/S. Lister

## Asesoría en casa

Sólo cuatro madres dijeron no haber recibido información o consejos de diversas fuentes (personas u otros) sobre LM y alimentación del bebé. El resto, -la mayoría- la ha recibido.

Acerca de las técnicas contaron con indicaciones sobre la corrección de la postura de ellas para “prenderse al bebé” adecuadamente al pezón, ya que eso aminoraría el dolor que pudieran sentir. Esto lo aconsejaron la madre, la suegra o la hermana de las mujeres. Otro consejo sobre como bajar la leche fue dado por una cuñada.

Respecto a la LM en general, las mujeres recibieron los siguientes consejos:

### Cuidados de la mujer

- Debe comer y no malpasarse
- Tomar agua y atoles para que la leche “baje”

### Opiniones sobre leche materna

- Sólo dar pecho porque es el mejor alimento
- Hace que los niños crezcan mejor y más sanos (abuelas)
- Recomendación de amistades para dar fórmula con la finalidad de que el bebé se acostumbre
- Cuando no es primeriza ya sabe las técnicas

### Tips

- Si el bebé se fastidia porque la leche no sale, sacarla y dársela después con una jeringa

### Dar fórmula infantil (o sucedáneos de leche materna)

En Puebla existe conocimiento de que la fórmula estriñe o genera cólicos.

## Puebla

No le he dado ninguna fórmula porque sé que lo estriñe y le da cólicos.

En Chihuahua se reconoció que se ha utilizado leche de fórmula hasta tres veces al día por los siguientes motivos:

- sienten que no se llenan y complementan la leche materna
- en el Seguro le daban determinada marca y la madre la siguió comprando
- no se tiene la idea de que sean “malas”

pues están recomendadas y en ese sentido son buenas, aunque no tanto como la leche materna, que evita enfermedades

- si usan tetero con chupón en forma de pecho el bebé succiona mejor

Las marcas que se mencionaron fueron: Nan 1, Enfamil (“la mejor para el bebé”) y Optipro.

## Chihuahua

En tetero le compré una de chupón de pecho para que pueda succionar mejor.

No, también fórmula porque no se llena... esa fue en el Seguro, me dijeron cual le estaban dando y se la seguí dando.

Enfamil. Pues le platiqué que estaba pasando y me la recomendó que era la mejor para el bebé.

Bueno, sí le he dado porque me enfermé, la Nan 1 y la Optipro. Le doy como tres veces al día y el pecho cada que ella pide.

Pues no creo que sean del todo malas, pero creo que por algo está permitido que se las den. Pero ahorita no las utilizaría.

En Puebla no hubo menciones. En Chihuahua la abuela, familia, personal de enfermería, médicos y vecinas han brindado información acerca de amamantar a las madres durante el mes posparto. Acerca de usar leche de fórmula, fueron abuela, familia, personal de enfermería y de pediatría, esposo y amigas.

### Asistencia a grupos de apoyo a la LM

En Puebla no se registró asistencia a grupos de apoyo en la comunidad u hospital para recibir información y consejos sobre LM. En Chihuahua cuatro mujeres dijeron haber asistido a grupos de apoyo, pero dos los dejaron. En general mencionaron no haber asistido a grupos de apoyo por los siguientes motivos: no hay grupos, no pueden, no es necesario, desconocen su ubicación, no las han citado para asistir, cuando les toca consulta no están los grupos, les queda lejos o no sabían que existen.

## Conocimiento de pares en la LM

Respecto al contacto y vinculación con otras mujeres que se encuentran en periodo de LM para intercambiar datos o consejos acerca del tema, se mencionó lo siguiente:

### Puebla

Mi concuña, pero su nena ya tiene un año y tres meses.

Conoce a la concuña, pero actualmente no lacta.

### Chihuahua

Sí, de hecho, me parece que se acaba de aliviar una vecina.

No... ah, sí, mi hermana, pero el niño ya tiene un año y ocho meses y le sigue dando pecho.

Sí, una de mis primas.

En Chihuahua 10 mujeres dijeron no conocer actualmente a otras que estuvieran lactando; 14 contestaron que sí conocían: amiga, familiares (tía, hermana, primas) y vecina.

## Facilitadores comunes o diversos para lactar

Entre las mujeres de Chihuahua se mencionaron los siguientes facilitadores:

- Tomó mucha agua antes y durante la lactancia
- Acudió a todos los cursos sobre lactancia del Hospital de la Mujer
- Las pláticas de cada mes en unidades de salud
- Deseaba amamantar a su bebé
- Comer a la hora, tres veces al día, incluyendo fruta

### Chihuahua

Me dice que ella para su leche no batalla, porque ella pura leche materna le dio al niño. Ella usó el agua porque desde antes de que aliviara tomó mucha agua. Yo me tomo hasta una botella y no. Ella dice que ni masajes.

Fue a los cursos del Hospital de la Mujer de lactancia materna. Fue a todos los cursos.

No sé, pero me había dicho que quería amamantar a su bebé.

Sí, la directora de la escuela de mi niña; dice que puro pecho le ha dado. Y tengo una amiga que tiene un niño y dice que solo le ha dado pecho, pero no le da en público. Yo la verdad sí le doy en público, pero eso ya es criterio de cada mujer ¿verdad?, dar pecho en la calle.

Cabe señalar que también se mencionó que sus conocidas dieron fórmula por recomendación médica ante la insistencia del bebé por querer pecho todo el tiempo (sin especificación de horas).

- "Sí, pero le está dando fórmula porque su hija no la dejaba para nada, todo el día quería estar prendida. Por eso el doctor le dio la fórmula."

## Percepciones

En Puebla se indicó que la LM era una buena experiencia porque permitió a la mujer bajar de peso.

## Puebla

Buena. Me ayudó a bajar un poco de peso, porque gané los nueve kilos que se recomiendan. Pues pesé 65 y me dicen que me falta por bajar más.

En Chihuahua las respuestas tuvieron mayor variedad:

## Chihuahua

Ah, pues muy bonita porque te genera un lazo. Me he sentido muy bien, bajé ocho kilos rápidamente. Mi bebé está más nutrida. No he batallado para hacer biberón porque solo le doy leche.

Pues me recuperé bien rápido, para los tres días andaba como si nada. Pues dar leche me ayudó a bajar de peso y a quitar el dolor.

Pues ha sido más fácil que en el Seguro. Aquí me dicen cómo hacerle y en el Seguro no me decían nada las enfermeras.

Pues bonita, lo siento cerca, se apega más a mí.

Pues bonita porque la estoy amamantando y porque es el alimento que deben de tomar ellos.

Pues bien, me baja la leche bien y el niño come muy bien.

Está padre porque uno ve los gestos que hacen.

Bien. Fue complicado al principio. Se me hizo difícil porque tenía mucho dolor. Pues ya sabía qué hacer para poder amamantar sin dolor.

La experiencia de la LM se consideró positiva:

- "Bonita": porque es el alimento que deben tomar bebés, veo los gestos que hacen, siente apego del bebé hacia ella.
- "Bien": porque baja bastante leche y su bebé come bien, no tengo que calentar leche, me he sentido muy bien (sin dolor), recuperación rápida (tres días)
- "Buena" porque es más fácil que en el Seguro, nadie me decía nada; Me dicen cómo hacerle [en casa]; bajar de peso (algunas rápidamente y hasta 8 kg).

Publicidad de fórmulas infantiles

Pues las que vemos en la televisión.

De fórmulas en el súper o el mismo pediatra me dijo que como complementación. No como alimentación en sí.

Pues en la tele y Facebook.

No pues la televisión e internet, no te dicen pero ves que esta fórmula es buena. Por ejemplo, en Facebook una página que dice que a mi bebé no le de la NAN 1 y le dice no pues dale esta. Muchas dicen no le des fórmula.



- a) Marcas mencionadas: Enfagrow, NAN, Gerber, Enfamil, Nido
- b) Medios de difusión: supermercado, televisión y redes sociales (fórmulas, tetetas, chupones para niños grandes sin especificación de edad o momento del desarrollo)
- c) Personal médico (pediatra) la recomienda como complemento

### 4.3.3 Actores clave y su papel en las prácticas de alimentación infantil

Si bien es cierto que en cada apartado se indican los actores clave, así como su papel en las prácticas de alimentación de los niños recién nacidos, en este apartado se mencionan otros puntos específicos a considerar a partir de las personas que proporcionan información.

#### 4.3.3.1 Durante la hospitalización

En orden de sedimentación narrativa existen dos actores clave durante el periodo de hospitalización:

- 1) Personal de enfermería
- 2) Personal médico

En relación con el personal de enfermería, se mencionó que es el más cercano a las mujeres desde el parto y hasta su salida del hospital; son el principal personaje que les provee información respecto a la LM en cuanto a técnicas y temporalidad. Por los elementos que se mencionan la información que proporcionan es confiable. Por su parte, durante este periodo, el personal médico asesora de manera general sobre algunos aspectos, o bien revisa estados

de salud general, pero no necesariamente tiene un papel activo en la LM, como en el caso de las consultas mensuales durante el embarazo.

En cuanto a los familiares, los agentes principales son, en orden de mayor a menor protagonismo:

- 1) abuela materna
- 2) pareja (esposo)
- 3) abuela paterna

Durante el periodo de hospitalización el protagonismo de estos familiares es menor, debido a que se presentan poco y las mujeres tienen un tiempo limitado dentro de la unidad de salud.

#### 4.2.3.2. En casa

Una vez en casa, las mujeres señalaron que sus familiares son fundamentales para conseguir información acerca de LM, así como en el apoyo para sentirse seguras, en confianza y sin estrés:

- abuela materna del lactante
- familiares de sexo femenino (hermanas, tías, primas, cuñadas)
- pareja/esposo
- abuela paterna
- amistades

Estas personas resultan fundamentales porque brindan información acerca de qué dar de comer al niño/a, en qué momento y por cuánto tiempo. Al respecto, en general se manifestó una contradicción discursiva por parte de las madres en relación con el apoyo de esas personas para dar pecho: por un lado, dijeron haber recibido la recomendación de dar sólo pecho por lo menos durante el primer mes y hasta un mínimo de 5-6 meses de edad; sin embargo mencionaron también que esas mismas personas les han recomendado dar té o agua en determinados momentos, por ejemplo, durante alguna enfermedad del estómago o cuando se percibe que el niño tiene sed. Probablemente esto tenga que ver con la noción propia de "dar sólo pecho". Por otro lado, esos actores claves, si bien apoyan la lactancia materna también han recomendado dar leche de fórmula, argumentando que perciben al bebé con hambre, o bien que la madre se cansa.

Cabe mencionar que, si bien no son actores en estricto sentido, otros medios de información que resaltaron como altamente valorados y consultados con frecuencia fueron internet, grupos de Whatsapp y Facebook. Cabría considerar cuál es la información que transmiten en relación con la valoración de la leche materna en comparación con la de fórmula.



---

## 5. Discusión

Este documento es el informe final correspondiente al estudio *Investigación sobre la identificación de áreas de mejora para incidir positivamente en la lactancia materna exclusiva y prolongada*. Éste se centró en la identificación de las barreras que enfrenta la lactancia materna durante el periodo posparto temprano, tales como: percepción de poca producción de leche, inadecuada posición de los labios del bebé y el manejo médico y las prácticas hospitalarias rutinarias que interfieren con la LM.

En este sentido, las creencias y las acciones de los familiares también pueden constituir elementos que favorecen u obstaculizan el establecimiento de la lactancia materna en las primeras horas posparto, así como su continuación al mes posterior. Por otra parte, existe una amplia gama de posibilidades de incidir en esta práctica, que se ven influenciadas también por la edad de la madre, el tipo de parto, el tipo de adscripción de la clínica y el ámbito rural o urbano. En consecuencia se requieren sin duda distintos esfuerzos, lo cual a su vez depende de los recursos disponibles para situar a las prácticas de lactancia materna como una de las prioridades entre los rezagos por atender en la población mexicana.

### 5.1 Prácticas hospitalarias o en el hogar que favorecen o que obstaculizan el inicio temprano de la lactancia materna y la lactancia materna exclusiva

A partir de los resultados obtenidos, podemos señalar que las prácticas que favorecen el inicio temprano de LM son el parto vaginal y la información otorgada sobre LM durante el embarazo. Cabe resaltar que la prevalencia encontrada de inicio temprano de la lactancia materna es muy baja en general (37.8%), y específicamente en unidades públicas (38.4%) y rurales (59.4%); el escenario es aún peor en unidades privadas (26%) y del área urbana (36.7%).

Por otro lado, se observó que al mes después del parto las prácticas de lactancia materna exclusiva son muy bajas, con un 47.4% de mujeres que la reportan. Existen grupos en los que la LME es aún más baja, como el de madres cuyo parto fue atendido en unidades de salud privadas (17.1%) y en zonas urbanas (46.9%). Un factor que favorece la LME fue haber recibido información

sobre LM durante el embarazo, lo cual es acorde con lo estipulado en la Norma Oficial vigente (Cfr. nota 29, *supra*) sobre ofrecer, en el período preconcepcional, factores educativos para lograr una LME exitosa. Al respecto, las madres reportaron haber recibido información sobre beneficios nutricionales de la LM en una proporción superior al 80%. Sin embargo, en algunos aspectos la información recibida fue mucho menor: por ejemplo, sobre las estrategias ante las dificultades para establecer la lactancia en las unidades hospitalarias, recomendaciones sobre la alimentación de la madre durante la LM, técnicas de amamantamiento para continuar la LM (ej. extracción de leche), o desventajas del uso de los SLM. Estos aspectos fueron mencionados por <55% de las mujeres que recibieron información.

Reforzar esos elementos sin duda también contribuiría a que las mujeres puedan discernir -a partir de criterios de bienestar para ellas y sus bebés- entre la información que circula en redes sociales (a las cuales durante la entrevista algunas dijeron recurrir asiduamente), así como manejar la presión social por parte de familiares (padres, amistades, suegro/a) con la intención sostenida de dar leche en polvo por aparente insatisfacción del lactante. En este sentido, la normatividad mexicana (Cfr. nota 29, *supra*) estipula que en los establecimientos de atención médica se debe informar diariamente, durante el embarazo y el puerperio, acerca de los beneficios de la LME.

De acuerdo con lo estipulado en el Código, se debe eliminar la promoción y distribución gratuita de SLM en las unidades de salud y se debe informar sobre los riesgos para la salud de su uso. En este estudio, los datos muestran que, aunque no fue común que se hiciera referencia a publicidad de leches de fórmula cuando se entrevistó a las mujeres en la unidad de salud dentro de las primeras siete horas posparto, cuando se realizó el contacto en el hogar se

detectó la entrega de regalos y muestras a la salida del hospital, y por parte de familiares y amigos en el hogar.

Fue un dato contundente que el uso de sucedáneos de leche materna (SLM) durante la estancia hospitalaria es un factor que obstaculiza el establecimiento de la LM y contraviene la normatividad mexicana (numeral 5.7.8 de la NOM-007-SSA-2016) (Cfr. nota 29, *supra*) sobre no proveer alimentación láctea al recién nacido. Durante la estancia hospitalaria se registró que los niños recibieron fórmula infantil en un alarmante 58.7%. Las razones de esto van desde la percepción de barreras para producir leche y saciar al bebé (45.9%) o llanto del bebé (14.8%), hasta razones médicas (anestesia, revisión de la condición de salud de la madre) (9.41%).

El análisis de los datos documentó que ser madre adulta, recibir información sobre LM durante el embarazo, tener un inicio temprano de la LM, así como autorreconocerse como indígena son factores asociados con un menor uso de SLM (así como haber tenido a sus bebés en hospitales de área rural). Es decir, las madres que tienen alguna de estas características tienen menos posibilidades de usar los SLM durante el primer mes después del parto. En consistencia con lo anterior, los resultados mostraron un porcentaje más alto de bebés que recibieron fórmula infantil durante la estancia hospitalaria en clínicas del ámbito urbano y en clínicas privadas, donde se da un mayor porcentaje de muestras y de regalos de SLM; esto a su vez genera un efecto negativo sobre la LME relevada al mes después del parto.<sup>45</sup>

La Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida (NOM-007-SSA2-2016), estipula que el inicio de la LME a libre demanda debe establecerse dentro de los primeros 30 minutos de la vida de la persona recién nacida. Sin embargo, menos del 40%

de la muestra estudiada inicia de esta forma, toda vez que el inicio temprano de la LM ha sido documentado como un factor importante para el establecimiento y continuación de la LM.<sup>46</sup> Es crucial porque propicia que el bebé reciba el calostro, la primera leche que se asocia con la prevención de la desnutrición crónica en contextos de países en vías de desarrollo y favorece el establecimiento de la LM.<sup>47</sup>

La evidencia científica ha mostrado un retraso en el inicio de la LM en madres que han tenido un parto por cesárea en comparación con aquellas con parto natural.<sup>48,49,50</sup> Los resultados de este estudio demuestran que la probabilidad de inicio temprano de la LM es mucho mayor entre mujeres con parto natural que con cesárea. En este estudio el tipo de parto no se asoció con la LM exclusiva al primer mes después del parto, pero sí con el uso de SLM. Cabe mencionar que el tipo de parto es un factor modificable, y que el alto porcentaje de cesáreas en México resulta alarmante, con 45.1% de los nacimientos por cesárea entre 2012-2014, y con más de la mitad de intervenciones quirúrgicas programadas. Lo anterior coloca al país en el cuarto lugar de cesáreas innecesarias en el mundo.<sup>51</sup>

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) muestran que dicha práctica supera con mucho el límite máximo recomendado por indicación médica; además, este aumento no ha producido ningún beneficio global para el bebé o la madre, de lo cual deriva que es urgente desalentar esta práctica.<sup>52</sup> En consecuencia, las acciones dirigidas a disminuir el número de cesáreas tienen un alto potencial para incidir también positivamente en las prácticas de LM, específicamente en el inicio temprano de la misma, como lo estipulan la normatividad mexicana (Cfr. nota 29, *supra*) y la reciente ENLM sobre la importancia de reducir la práctica de cesárea (Cfr. notas 16 y 17, *supra*) En los

<sup>45</sup> Pivov EG, Huffman SL. The Impact of Marketing of Breast-Milk Substitutes on WHO-Recommended Breastfeeding Practices. Food Nutr Bull. 2015 Dec;36(4):373-86. doi: 10.1177/0379572115602174. Epub 2015 Aug 27.

<sup>46</sup> Atyeo N, Frank T, Vail E, Sperduto W, Boyd D. Early initiation of breastfeeding among maya mothers in the western highlands of Guatemala: practices and beliefs. J of Human Lactation. 2017;33(4):481-89.

<sup>47</sup> Delgado HL, Hurtado E. Los mil días en el altiplano occidental de Guatemala: situación nutricional y propuesta de solución. 2014. Bethesda, MD: University Research Co.

<sup>48</sup> King D, Haile Z, Francescon J, Chertok I. Association between method of delivery and exclusive breastfeeding at hospital discharge. J Am Osteopath Assoc 2016;116(7):430-439.

<sup>49</sup> Watt S, Sword W, Sheehan D, et al. The effect of delivery method on breastfeeding initiation from the The Ontario Mother and Infant Study (TOMIS) III [published online June 23, 2012]. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2012;41(6):728-737. doi:10.1111/j.1552-6909.2012.01394.x.

<sup>50</sup> Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps L, Modi N, and Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. Am J Clin Nutr, 20 12. doi: 10.3945/ajcn.111.030254.

<sup>51</sup> Gibbons L, Belizán J, Lauer JA, Beltrán AP, Merialdi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: Overuse as a barrier to universal coverage. Geneva, Switzerland: WHO2010. Report No.: Background Paper 30

<sup>52</sup> Suárez-López L, Campero L, De la Vara-Salazar E, Rivera-Rivera L, Hernández-Serrato MI, Walker D, et al. Sociodemographic and reproductive characteristics associated with the increase of cesarean section practice in Mexico. Salud Publica Mex. 2013;55 Suppl 2:S225-34.



casos en que la cesárea sea médicamente justificada, es importante sensibilizar al personal médico sobre el que la cesárea no debe resultar necesariamente en un retraso para colocar al bebé al pecho durante la primera hora posparto.<sup>53</sup>

Por otro lado, en este estudio se detectó que sólo 47.4% de las participantes refirieron dar LME un mes después del parto, lo que también es contrario a las recomendaciones internacionales sobre la misma (Cfr. nota 2, *supra*) a pesar de la amplia evidencia sobre los beneficios de la LME durante los primeros seis meses de vida.<sup>54</sup> Se ha documentado que las barreras comunes para abandonar la LM se verificaron durante el período posparto temprano, entre las cuales se encontraron la percepción de poca leche, dar fórmula al lactante y un manejo médico que interfiere con la LM.<sup>55</sup>

En contraparte, existe evidencia de que el acompañamiento del recién nacido y de la madre es crítico para el establecimiento de la LM, ya que proveer apoyo continuo a la madre proporciona una ventana de oportunidad<sup>56</sup> para enfrentar las dificultades asociadas con la práctica de lactancia materna y brindar el apoyo necesario a la madre para que la mantenga. Sin embargo, cabe señalar que el registro de consultas posparto de acompañamiento y su documentación no se incluyó en los objetivos del estudio.

Contar con información sobre la lactancia materna, sus beneficios y técnicas de amamantamiento está relacionado con la intención de dar cualquier tipo de lactancia, así como con la intención de dar LM exclusiva en el ambiente hospitalario.<sup>57</sup> En consistencia con ello, en nuestro estudio la información sobre LM se asoció con el inicio temprano de la misma y con la LME relevada un mes después del parto. De igual forma, el apoyo social de pares, familiares o amigos fue referido, al mes después del parto, como clave para la práctica de LME. No es casual que la Norma Oficial Mexicana (Cfr. nota 29, *supra*) estipule (numeral 5.8.6) especifique que se debe informar a las embarazadas y puérperas acerca de los

beneficios de la LME y de las implicaciones derivadas de uso de biberón o SLM. En este sentido, aunque la información sobre LM durante el embarazo y el apoyo social son factores que favorecen la LME, aún falta mucho por hacer, dado que sólo 47.4% de las mujeres refirieron estar dando LME a los 30 días después del parto.

Por otro lado, de acuerdo con lo reportado por las mujeres de este estudio, si bien un porcentaje considerable de ellas recibió información sobre los beneficios de la LM, una menor proporción reportó haber recibido información adicional sobre técnicas adecuadas de lactancia o soluciones para problemas comunes durante la lactancia. La información que menos se proporciona es precisamente la que se requiere para enfrentar las barreras más comunes (sensación de poca producción de leche y dolor de pezones, entre otras) reportadas durante las primeras horas posparto y transcurrido un mes del parto.

Por otro lado, la exposición a consejos de uso, muestras y regalos de SLM fue documentado tanto en el ambiente hospitalario como en el contexto del hogar, lo que pone en riesgo las prácticas de LM en general, y en específico de la LME.<sup>58</sup> Estos resultados complementan los resultados del estudio realizado por INSP-OPS-SSA sobre La prevalencia de violaciones al Código en dos estados de la República Mexicana (Cfr. nota 23, *supra*). En dicho estudio se encontraron claros incumplimientos al Código, documentando la presencia de distribución de muestras gratuitas, regalos y mercadotecnia (publicidad y promociones) en medios de comunicación y en puntos de venta, así como contactos de las empresas con las unidades de salud con atención pediátrica. Más del 90% de las etiquetas de las fórmulas infantiles analizadas induce a desistir de la lactancia materna, y cerca de un 10% no declara la superioridad de la lactancia materna. En el monitoreo de internet y televisión se concluyó que existe presencia de publicidad de sucedáneos de la leche materna en redes sociales, páginas de la industria de sucedáneos de la leche materna y

<sup>53</sup> OMS. Alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo modelo para libros de texto dirigido a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. EUA, 2010.

<sup>54</sup> Neifert M, Bunik M. Overcoming clinical barriers to exclusive breastfeeding. *Pediatr Clin N Am* 60 (2013) 115–145.

<sup>55</sup> Teich A, Barnett J, Bonuck K. Women's perceptions of breastfeeding barriers in early postpartum period: a qualitative analysis nested in two randomized controlled trials. *Breastfeeding Medicine*. 2014;9(1):9-15

<sup>56</sup> Hall H, McLellan G, Gilmour C, Cant R. 'It's those first few weeks': women's views about breastfeeding support in an Australian outer metropolitan region. *Womens & Birth* 2014;27:259-265.

<sup>57</sup> Jiang H, Li M, Yang D, Wen LM, Hunter C, He G, Qian X. Awareness, intention and needs regarding breastfeeding findings from first-time mothers in Shanghai, China. *Breastfeeding Medicine*. 2012;7(6):526-534.

<sup>58</sup> Escobar Zaragoza L, Hernández Ávila M, González de Cosío Martínez T. Papel de la comercialización de las fórmulas. Ventas de fórmulas y leches en México. En: Lactancia materna en México. Recomendaciones para el diseño e implementación de una política nacional multisectorial de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en México. Editoras: González de Cosío Martínez T, Hernández Cordero S. Academia Nacional de Medicina, 2016. México, DF, 2016.

alimentos complementarios para niños menores de 24 meses, lo cual viola lo establecido en el Código (Cfr. nota 13, *supra*) y lo establecido en la NOM-007-SSA-2016 (Cfr. nota 29, *supra*). Estos resultados son alarmantes, ya que ambos estudios muestran que las mujeres embarazadas y lactantes están expuestas a la comercialización y a recomendaciones de varias fuentes sobre el uso de SLM. Lo anterior llama a acciones inmediatas para asegurar la adecuada implementación del Código (Cfr. nota 13, *supra*) y de la NOM-007-SSA-2016 (Cfr. nota 29, *supra*), así como a una estricta vigilancia de su cumplimiento, asegurando que se apliquen sanciones en caso de violaciones; a la vez, es necesaria una sensibilización del personal de salud sobre su papel en el apoyo, promoción y protección de la LM. Entre los factores individuales, se observó que las adolescentes, un mes después del parto, tienen un mayor uso de SLM, por lo que se requieren intervenciones concentradas en este grupo etario.<sup>59</sup>

En general, no se observó una asociación directa con nivel educativo, nivel socioeconómico, estado civil, empleo materno u origen étnico, a pesar de que se ha demostrado que la ocupación de la madre se relaciona con el abandono temprano de la LM.<sup>60</sup> Cabe señalar que en la muestra estudiada la mayoría de las mujeres se dedicaba al hogar y aquellas con trabajo formal podrían estar gozando de licencia en el trabajo (los primeros 40 días, como lo marca la legislación mexicana).<sup>61</sup>

## 5.2 Creencias familiares que favorecen u obstaculizan el establecimiento de la lactancia materna

Los elementos que favorecen la LM en el hogar incluyen la edad de la madre, la información que haya recibido sobre LM durante el embarazo y el apoyo dado por familiares y amigos. Asimismo, entre los discursos de las madres resaltan algunas creencias y percepciones que operan como elementos facilitadores o como obstáculos para la LM,<sup>62</sup> y se manifiestan como consejos de pares o de familiares.

Entre los facilitadores de la lactancia materna, se identifica el conocimiento de los beneficios que implica la lactancia para los niños y para las madres, tanto físicos como emocionales y económicos. (Cfr. nota 47, *supra*) Los conocimientos con los que cuentan las mujeres provienen de otras experiencias como madres, pero también del personal de enfermería y médico con el que han tratado en sus consultas mensuales durante el embarazo. Para los niños, se sabe que la leche materna constituye el alimento principal durante los primeros meses de vida y que actúa como un mecanismo de defensa o prevención de enfermedades tanto del aparato digestivo como de infecciones respiratorias, además de que es vital para el crecimiento y desarrollo, porque transmite nutrientes (vitaminas) y previene el sobrepeso. Para las madres amamantar resulta beneficioso porque previene el cáncer cervicouterino y de mama, ayuda a la pérdida de peso y también previene o interrumpe hemorragias producto del parto, así como la desinflamación de la matriz.

Entre los beneficios psicoemocionales se mencionó la generación de vínculos afectivos madre-hijo/a (altamente valorada), la alegría y el sentido de protección hacia el bebé. Además, la lactancia se asoció a un menor gasto familiar, a la facilidad y practicidad para alimentar al bebé en diversos espacios, ya que amamantar no requiere instrumental (biberones, latas de fórmula o leche en polvo, calentadores de leche, etc.).

En ese sentido, si bien las mujeres cuentan con un valioso conocimiento acerca de los beneficios de la lactancia materna, falta profundizar sobre la importancia de la LME, el periodo recomendado para la misma, así como el sostenimiento de la práctica de LM complementada hasta los dos años de edad del niño. Asimismo, hace falta reforzar el conocimiento sobre las técnicas de amamantamiento y las técnicas para continuar con la LM aunque la díada sea separada.

Es importante señalar que las informantes puntualizaron diferencias entre la leche materna y la leche de fórmula: principalmente se refirió que la primera tiene un alto contenido nutricional

<sup>59</sup> Sámano R, Martínez-Rojano H, Robichaux D, Rodríguez-Ventura AL, Sánchez-Jiménez B, de la Luz Hoyuela M, et al. Family context and individual situation of teens before, during and after pregnancy in Mexico City. BMC Pregnancy Childbirth. 2017 Nov 16;17(1):382. doi: 10.1186/s12884-017-1570-7.

<sup>60</sup> Sabin A, Manzur F, Adil S. Exclusive breastfeeding practices in working women of Pakistan: A cross sectional study. Pak J Med Sci. 2017 Sep-Oct;33(5):1148-1155. doi: 10.12669/pjms.335.12827.

<sup>61</sup> Cobo-Armijo F, Charvel S, Hernández-Ávila M. La regulación basada en el desempeño: estrategia para incrementar las tasas de lactancia materna. Salud Pública Mex. 2017; 59(3):314-320.

<sup>62</sup> Atyeo N, Frank T, Vail E, Sperduto W, Boyd D. Early initiation of breastfeeding among maya mothers in the western highlands of Guatemala: practices and beliefs. J Human Lactation 2017;33(4):781-789.

para cualquier bebé, que la leche de fórmula no puede alcanzar o igualar. Incluso las mujeres mencionaron los efectos adversos de las leches de fórmula, como cólicos y estreñimiento. Esto no necesariamente se ha traducido en una interrupción del uso de leches de fórmula, toda vez que ésta no se concibe como “mala” o “dañina” ya que se argumenta que está recomendada por el personal médico incluso para bebés recién nacidos. Esto fue consistente con los datos encontrados a través de las encuestas, en donde el médico daba la asesoría respecto a la fórmula al menos en el 88.6% de casos de madres adolescentes y en el 35.4% de las madres adultas durante la estancia hospitalaria, así como en el 51.4% de las madres adolescentes y el 52.3% de las adultas transcurrido primer mes después del parto. Esto sin duda se constituye en un obstáculo.

En adición a lo anterior, otro obstáculo es que existe permisibilidad y flexibilidad del personal médico y de enfermería respecto al uso de SLM: los recomiendan y los usan al interior de los hospitales y en etapas posteriores de la vida del bebé. Las fórmulas infantiles, reportadas por las participantes, que fueron recomendadas o publicitadas dentro del hospital y durante el primer mes después del parto incluyen Nan, Nido, Enfagrow, Gerber, Enfamil, Nido.

En relación al término de lactancia materna de forma exclusiva, existe una noción vaga e imprecisa sobre lo que es e implica la LME, ya que para la mayoría era casi lo mismo hablar de LM y LME; por lo tanto, fue común en los discursos que se mencionara que daban té o agua a sus bebés durante el primer mes de seguimiento y a la vez hicieran referencia a la LME.

Los facilitadores de la lactancia materna exclusiva, de acuerdo con los discursos de las madres, fueron el conocimiento y concreción de los beneficios físicos y psicoemocionales para el bebé y la madre, la valoración de la practicidad de alimentar al lactante con leche materna y del ahorro monetario. Resalta también contar con apoyo familiar una vez que las mujeres se encuentran en sus hogares y la idea de que lactar es un acto de amor que genera un vínculo especial entre la madre y el niño. Asimismo, se mantiene la idea acerca de los efectos de las leches de fórmula, como cólicos y estreñimiento.

Los obstáculos para la extensión y sostenimiento de la práctica de LME son: dolores de pezones y grietas los primeros días, la percepción de insatisfacción del apetito del bebé (las mujeres consideran que su leche no es suficiente para llenar a sus bebés), con la consiguiente intención de dar leche en polvo para satisfacerlo, así como por el deseo de las madres de salir a divertirse y poderlo dejar al cuidado de alguien más; también se cuenta con presión social de familiares (padres, amistades, suegro/a). Otro obstáculo encontrado es que requieren consejos permanentes para la salida efectiva de la leche, que les sean proporcionados tal vez en los mismos espacios dentro de las clínicas o centros de salud en los que recibieron seguimiento de sus embarazos, de modo tal que fueran de fácil acceso. Las mujeres que trabajan de forma asalariada reportan ausencia de lactarios o espacios destinados para lactar, así como de mobiliario (refrigerador), por lo que cual se ven obligadas a extraerse la leche en los baños o a guardarla en casa dentro del refrigerador/ congelador, para facilitar a la persona cuidadora usar esa leche para alimentar al bebé. Por otra parte, también les resulta difícil discernir la información que circula en redes sociales (a las cuales algunas de ellas dijeron recurrir asiduamente) a partir de criterios de bienestar para ellas y sus bebés.

### 5.3 Fortalezas y limitaciones del estudio

Aunque ya existe evidencia sobre las barreras asociadas al inicio y establecimiento de la LM,<sup>63</sup> sobre todo a nivel individual (ej. Nivel de escolaridad), este estudio aborda diferentes escenarios, ya que se tiene contacto con las madres en dos momentos diferentes, lo que permite identificar ventanas de oportunidad para incrementar la práctica de LM mediante el diseño de diferentes estrategias; así como, identificar verdaderas prácticas al mes posparto y no sólo intenciones de lactar, como en otros estudios.<sup>64</sup>

Asimismo, involucra el estudio de contexto social y ambiental al que la madre está expuesta, por ejemplo, con respecto a la publicidad de SLM, casi omnipresente de SLM.

En este trabajo se documentó una amplia gama de testimonios sobre creencias, actitudes y prácticas en el ámbito urbano y rural, público y

<sup>63</sup> Bonvecchio Arenas A, Théodore Rowleron FL, González W, et al. Barreras de la lactancia materna en México. En: Lactancia materna en México. Recomendaciones para el diseño e implementación de una política nacional multisectorial de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en México. Editoras: González de Cosío Martínez T, Hernández Cordero S. Academia Nacional de Medicina, 2016. México, D.F. 2016.

<sup>64</sup> Dunn R, Kalich K, Fedrizzi R, Phillips S. Barriers and contributors to breastfeeding in WIC Mothers; a social ecological perspective. *Breastfeeding Medicine*. 2015;10(10):493-501. DOI: 10.1089/bfm.2015.0084



privado. A partir de la información disponible, el presente trabajo aparece como único en su tipo en la población mexicana, ya que incluye usuarias de los diferentes servicios de salud a nivel nacional (IMSS, SSA y privado), lo que aporta diversidad en la muestra estudiada. A esto se suma la fortaleza del muestreo por etapas y aleatorio de las unidades de salud por estado, lo que disminuye el sesgo de selección<sup>65</sup> de los conglomerados participantes.

Adicionalmente, ante la delicadeza del tema en el contexto cultural mexicano, se tomó la precaución de formar un equipo operativo conformado únicamente por mujeres, y la información fue colectada frente a frente. Por otro lado, este estudio no fue diseñado para conocer las razones y creencias que motivan las prácticas en el personal de salud, toda vez que esta información brindaría una visión importante para orientar las recomendaciones al respecto. La promoción de sucedáneos de leche materna debe ser vigilada y monitoreada de cerca, de manera que las recomendaciones internacionales de la OMS, la IHAN (en caso que aplique) y el Código internacional para la comercialización de sucedáneos de leche materna se respeten en todo momento.<sup>66</sup>

Por otro lado, se reconocen las limitaciones de este estudio porque es observacional y por el

posible sesgo de memoria de las participantes respecto a las preguntas que se plantean de forma retrospectiva; sin embargo, se debe resaltar que los hallazgos se basan en técnicas de recopilación cuantitativas y cualitativas, lo cual brinda información abundante, útil para comprender y ahondar en los mecanismos de apoyo para las madres que amamantan o de intervención para las que abandonan.

Otra posible limitación es que la muestra analizada se compone en su mayoría de mujeres urbanas, no indígenas y con acceso a servicios de salud, lo que podría restringir la extrapolación de los resultados. Por otro lado, el uso de la variable de certificación de IHAN fue limitado, dado que fue construida a partir de la recuperación de información (vía telefónica o por registros de años anteriores) y de datos disponibles del año 2015, lo cual se debe en parte a su baja cobertura en México (como han documentado Gonzalez-Castel y colaboradores) (Cfr. nota 24, supra). Esto último limitó la posibilidad de conocer el efecto de esta intervención en la muestra estudiada.<sup>67</sup> Aun así, se sabe que los efectos de IHAN son importantes acerca de la LM; aunque en nuestro caso no se preguntó específicamente sobre la certificación a los hospitales, se indagó sobre los elementos que contempla la IHAN y que se incluyen en este reporte.

<sup>65</sup> Hernández-Ávila M, ed. Epidemiología. Diseño y análisis de estudios. 2da ed. Cuernavaca. México: Instituto Nacional de Salud Pública. 2015.

<sup>66</sup> González de Cosío Martínez T, Hernández Cordero S. (Eds): Lactancia materna en México. Recomendaciones para el diseño e implementación de una política nacional multisectorial de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en México. Editor: Academia Nacional de Medicina, 2016. México, D.F. 2016.

<sup>67</sup> Pérez-Escamilla R, Martínez JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Maternal & Child Nutrition* (2016), 12, pp. 402–417.

---

# Conclusiones y recomendaciones

El presente estudio muestra bajas tasas de prevalencia de inicio temprano de LM y de LME al primer mes después del parto, así como un importante uso de SLM en este último periodo. Sin embargo, con la modificación de prácticas hospitalarias (inicio temprano de la LM o parto vaginal), apoyo para iniciar y/o continuar la LM (por el personal de salud y familiares) y sobrepasar los retos que representa la práctica de LME (la percepción de baja producción de leche), es posible incrementar dichas cifras.

Con base en este trabajo es posible afirmar que tanto el inicio de la LM como la exclusividad y riesgo de uso de SLM pueden ser abordados desde el ámbito hospitalario, y deben ser reforzados en el hogar y/o la comunidad.

Asimismo, se constató la importancia de capacitar al personal de salud y de educar a familiares y personas que influyen en la alimentación del lactante, además de tomar en cuenta la complejidad de todos los factores involucrados y sus diferentes niveles (las estrategias de mercado de los SLM). Lo anterior contribuiría a reducir las inadecuadas prácticas de alimentación infantil y los efectos con ésta asociados, gracias a la práctica de la LM en toda la sociedad mexicana. Existen estimaciones según las cuales, si se cumpliera adecuadamente la Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA-2016), se pasaría de un 31% a un 43% de LME.<sup>68</sup>

En este sentido, algunas recomendaciones específicas serían las siguientes:

1. Dadas las prácticas durante la estancia hospitalarias y durante el primer mes posparto en el hogar, resulta adecuado brindar diferentes recomendaciones para contribuir a promover la LM de acuerdo con distintos factores: en primer lugar, de acuerdo con el tipo de adscripción de la clínica, ya que se observaron desventajas en las clínicas privadas en comparación con las públicas. En segundo lugar, de acuerdo con el ámbito geográfico, ya que se observaron diferencias en las clínicas del ámbito urbano en comparación con las del ámbito rural. Finalmente, se debe brindar una serie de recomendaciones en relación con la promoción y uso de sucedáneos de

leche materna. Todo lo anterior proporciona diversas áreas de oportunidad para fortalecer las prácticas de la LM.

2. Si bien es cierto que el inicio de la LM es mayor en las clínicas públicas que en el sector privado, aún falta mucho por hacer, dadas las prevalencias encontradas; en efecto, aunque se da información sobre LM durante el embarazo, ésta resulta insuficiente para enfrentar barreras y solucionar dificultades al momento de practicar la LME; a esto se suma que aún es prevalente el uso y las recomendaciones de SLM por parte del personal de salud (médicos y enfermeras) en el ambiente hospitalario. Por tanto, es prioritario reforzar las acciones que se están implementando en materia de LM en los establecimientos de salud, tal como la capacitación continua del personal sobre el tema, buscar la certificación a la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y del Niño y el cumplimiento del Código.
3. Por otro lado, en clínicas privadas es prioritario revisar las acciones y la información que se brinda en relación con la LM y además fortalecer tanto la información como las acciones que ahí se lleven a cabo, acorde con lo estipulado en la NOM-007-SSA2 (Cfr. nota 29, supra). Para todos los tipos de clínica/hospital, resulta fundamental que se reduzca la práctica de cesáreas, se brinde contacto inmediato madre-hijo/a para la lactancia, se reduzca la introducción de fórmulas lácteas o líquidos distintos a la leche materna durante la estancia hospitalaria. Asimismo, es necesario que se procure el

---

<sup>68</sup> UNICEF, INSP. Prácticas de Lactancia materna en México. Fact Sheet. Ciudad de México, 2017.

inicio temprano de la lactancia para facilitar el establecimiento de la lactancia materna exclusiva, y lograr que ésta se mantenga por más tiempo (idealmente hasta los seis meses), a través del acompañamiento y la creación de grupos de apoyo para LM. Se reconoce que la necesidad de fortalecer un gran número de áreas, y que éstas enfrentan retos importantes en términos de recursos, prioridades, y posiblemente de capacitación, para lograrlo.

4. En relación con el ámbito urbano, las posibilidades de que se establezca y mantenga la LM, así como las de dar LM exclusiva, son menos que en el ámbito rural, pues se releva un menor inicio temprano de la lactancia y, aunque hay un mayor alojamiento conjunto que en el ámbito rural, se le da biberón al bebé en el hospital porque llora o para que la madre descanse. Estas razones pueden estar relacionadas no sólo con el personal de salud sino también con la madre; de igual manera, en el ámbito urbano el porcentaje de cesáreas también es mayor, lo que, a su vez, disminuye el porcentaje de inicio temprano de la LM.
5. Es prioritario alertar al personal de salud sobre las situaciones en las que la cesárea es o no necesaria, así como de las consecuencias de llevarla a cabo sin fundamento clínico real. Asimismo, se recomienda reforzar la información que el personal de salud brinda para el inicio, establecimiento y mantenimiento de la LM, especialmente sobre la duración de la lactancia materna recomendada y la duración de la lactancia sostenida. Esto último, se puede realizar tanto en la atención prenatal como durante y después del parto, a través de brindar información poco conocida sobre resolución de problemas para una LME exitosa y mediante asesoría sobre cómo hacer frente a los obstáculos para la LM.
6. En general, es necesario que el personal de salud tanto de clínicas públicas como privadas se mantenga motivado, se le reconozca su trabajo y esfuerzo en relación con la promoción de la LM y que se le estimule a que lo haga con todas las mujeres embarazadas y las madres de niños menores de seis meses que se benefician de sus servicios. Adicionalmente, es especialmente importante desalentar el uso de sucedáneos de leche materna. Las creencias de las madres indican que ellas no los consideran superiores a la leche materna, pero toman en cuenta algunas ventajas que proveen, así como su practicidad. Los utilizan porque creen que la leche materna que producen no es suficiente para alimentar a su bebé y posiblemente duden de poderse alimentar correctamente como para lograr una producción suficiente de leche, ante lo cual el personal de salud escoge o prefiere recomendar los sucedáneos.
7. Asimismo, recomendamos el fortalecimiento de la información que reciben las madres durante el embarazo y en el posparto inmediato sobre la lactancia materna. Si bien un porcentaje alto reportó haber recibido información sobre los beneficios de la LM, un gran porcentaje indicó que no recibió información sobre técnicas y solución de problemas de la lactancia. Es fundamental también resaltar las ventajas de la lactancia materna exclusiva, tanto para la madre como para el bebé.
8. En el contexto del hogar y/o comunitario se debe reconocer la importancia de los aspectos culturales (creencias/ideas) que condicionan el establecimiento de la LME. Es evidente el papel de familia, pares y amigos, que influyen en el uso de SLM y de otros líquidos adicionales a la LM, por lo que es necesario trabajar en intervenciones que ayuden a modificar la idea generalizada según la cual los SLM son equivalentes o superiores a la leche materna; a la par, se deben considerar concepciones culturales y derivadas de los usos y costumbres de las familias, que por generaciones han tenido un papel preponderante en el establecimiento de la alimentación infantil en las familias mexicanas (Cfr. nota 53, supra).
9. Uno de los factores asociados con el abandono precoz de la LM es el retorno de la mujer al trabajo, por lo que otra recomendación al respecto sería la generación de políticas que apoyen la LM en los lugares de trabajo a través de la creación de lactarios adecuadamente acondicionados o de tiempos permitidos para la práctica de LM.<sup>69</sup>

<sup>69</sup> Cobos F, Chavel S. Lactancia, empleo materno y lactarios. En: Lactancia materna en México. Recomendaciones para el diseño e implementación de una política nacional multisectorial de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en México. Editoras: González de Cosío Martínez T, Hernández Cordero S. Academia Nacional de Medicina, 2016. México, D.F. 2016.



© UNICEF México / F. Poitré

La ventana de oportunidad de estas recomendaciones es que donde se requieren más esfuerzos en general, pero con mayor urgencia, es donde suele haber más recursos tanto humanos como económicos (esto es en el ámbito urbano y en clínicas privadas).

Aun así, el reto más importante es priorizar la lactancia materna. Las acciones que se implementen deben presentarse como positivas, económicamente convenientes y, de ser posible, novedosas, tanto para el personal como para las instituciones de salud.

## Referencias bibliográficas

- » Atyeo N, Frank T, Vail E, Sperduto W, Boyd D. Early initiation of breastfeeding among maya mothers in the western highlands of Guatemala: practices and beliefs. *J Human Lactation* 2017;33(4):781-789.
- » Atyeo N, Frank T, Vail E, Sperduto W, Boyd D. Early initiation of breastfeeding among maya mothers in the western highlands of Guatemala: practices and beliefs. *J of Human Lactation*. 2017;33(4):481-89.
- » Bartick M, Reinhold A. The Burden of Suboptimal Breastfeeding in the United States: A Pediatric Cost Analysis. *Pediatrics* 2010;125:e1048. DOI: 10.1542/peds.2009-1616.
- » Bartick MC, et al., Cost analysis of maternal diseases associated with suboptimal breastfeeding. *Obstetrics & Gynecology*. 2013.
- » Bonvecchio Arenas A, Théodore Rowleron FL, González W, et al. Barreras de la lactancia materna en México. En: *Lactancia materna en México. Recomendaciones para el diseño e implementación de una política nacional multisectorial de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en México*. Editoras: González de Cosío Martínez T, Hernández Cordero S. Academia Nacional de Medicina, 2016. México, D.F. 2016.
- » Charvel S y Cobo F. Regulación un reto, 2015. México Social. Disponible en: <http://www.mexicosocial.org/index.php/secciones/especial/item/687-regulacion-un-reto> (Consultado en: Julio, 2016)
- » Cobo-Armijo F, Charvel S, Hernández-Ávila M. La regulación basada en el desempeño: estrategia para incrementar las tasas de lactancia materna. *Salud Publica Mex*. 2017; 59(3):314-320.
- » Cobos F, Chavel S. Lactancia, empleo materno y lactarios. En: *Lactancia materna en México. Recomendaciones para el diseño e implementación de una política nacional multisectorial de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en México*. Editoras: González de Cosío Martínez T, Hernández Cordero S. Academia Nacional de Medicina, 2016. México, D.F. 2016.
- » Cohen R, Mrtek MB. Comparison of Maternal absenteeism and infant illness rates among breast-feeding and formula-feeding women in two corporations. *Am J Health Promot* 1995;10(2):148-153.
- » Colchero MA, Contreras-Loya D, Lopez-Gatell H, González de Cosío T. The costs of inadequate breastfeeding of infants in Mexico. *Am J Clin Nutr*. 2015 Mar;101(3):579-86. doi: 10.3945/ajcn.114.092775. Epub 2015 Jan 7.
- » Creswell JW, Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches. 2nd edition. EUA: SAGE, 2003:196.
- » Delgado HL, Hurtado E. Los mil días en el altiplano occidental de Guatemala: situación nutricional y propuesta de solución. 2014. Bethesda, MD: University Research Co.
- » Diario Oficial de la Federación 22/06/12. Acuerdo por el que se establecen las directrices para fortalecer la política pública en lactancia materna. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5273984&fecha=22/10/2012](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5273984&fecha=22/10/2012). Consultado Julio 2016
- » Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Secretaría de Salud. México, D.F., 2016.
- » Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se reforma la fracción II del artículo 64 de la Ley General de Salud del Reglamento de la Ley General de Salud en Material de Prestación de Servicios de Atención Médica. Diciembre, 2014. México, D.F.
- » Dirección de Vigilancia de la Nutrición. Centro de Investigación en Nutrición y Salud. Reporte final del estudio para estimar la prevalencia de violaciones al Código Internacional de los Sucedáneos de la leche materna en dos estados de la República Mexicana. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México. Octubre, 2016.
- » Dunn R, Kalich K, Fedrizzi R, Phillips S. Barriers and contributors to breastfeeding in WIC Mothers; a social ecological perspective. *Breastfeeding Medicine*. 2015;10(10):493-501. DOI: 10.1089/bfm.2015.0084
- » Eidelman AI. Breastfeeding and the use of human milk: an analysis of the American Academy of Pediatrics 2012 Breastfeeding Policy Statement. *Breastfeed Med* 2012;7(5):323-4.
- » Escobar Zaragoza L, Hernández Ávila M, González de Cosío Martínez T. Papel de la comercialización de las fórmulas. Ventas de fórmulas y leches en México. En: *Lactancia materna en México. Recomendaciones para el diseño e implementación de una política nacional multisectorial de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en México*. Editoras: González de Cosío Martínez T, Hernández Cordero S. Academia Nacional de Medicina, 2016. México, DF, 2016.
- » Gibbons L, Belizán J, Lauer JA, Beltrán AP, Merialdi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: Overuse as a barrier to universal coverage. Geneva, Switzerland: WHO2010. Report No.: Background Paper 30
- » González de Cosío Martínez T, Hernández Cordero S. (Eds): *Lactancia materna en México. Recomendaciones para el diseño e implementación de una política nacional multisectorial de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en México*. Editor: Academia Nacional de Medicina, 2016. México, D.F. 2016.
- » González de Cosío T, Escobar Zaragoza L, Gonzales Castell LD, Rivera JA. Prácticas de Alimentación Infantil y deterioro de la lactancia materna en México. *Salud Pública Méx*. 2013;55 supl. 2:S170-S179.945/ajcn.111.030254.
- » González-Castell LD, González de Cosío MT. Estado de los programas de apoyo a la lactancia en México: Iniciativa Hospital Amigo del Niño. En: González de Cosío T, Hernández Cordero S (Eds). *Lactancia materna en México. Recomendaciones para el diseño e implementación de una política nacional multisectorial de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en México*. Academia Nacional de Medicina de México. México, DF, 2016.
- » Hall H, McLellan G, Gilmour C, Cant R. 'It's those first few weeks': womens views about breastfeeding support in an Australian outer metropolitan region. *Womens & Birth* 2014;27:259-265.
- » Hernández-Ávila M, ed. *Epidemiología. Diseño y análisis de estudios*. 2da ed. Cuernavaca. México: Instituto Nacional de Salud Pública. 2015.
- » Herrera LF, Sentíes EY. Hospital Amigo del Niño y de la Madre. En: *Dirección General de Atención Materno Infantil-SSA. Lactancia materna en México*. México, D.F: Comité Nacional de Lactancia Materna 1989-1994, Secretaría de Salud, 1994: 33-34
- » Horta B, Victora, CG. Long-term effects of breastfeeding. A systematic review. WHO, 2013.
- » Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Pædiatrica*, 2015; 104: 14-19.
- » Hosmer DW, Lemeshow S. A goodness-of-fit test for the multiple logistic regression model. *Communications in statistics* 1980;A10:1043-1069.



- » Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de Población y Vivienda 2010. México, 2012 (disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/71>).
- » Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México. 2016. Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015 - Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final. Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México.
- » Jiang H, Li M, Yang D, Wen LM, Hunter C, He G, Qian X. Awareness, intention and needs regarding breastfeeding findings from first-time mothers in Shanghai, China. *Breastfeeding Medicine*. 2012;7(6):526-534.
- » King D, Haile Z, Francescon J, Chertok I. Association between method of delivery and exclusive breastfeeding at hospital discharge. *J Am Osteopath Assoc* 2016;116(7):430-439.
- » Kramer MS, Guo T, Platt RW, Sevkoskaya Z, Dzikovich I, Collet JP, Shapiro S, Chalmers B, Hodnett E, Vanilovich I, et al. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 mo of exclusive breastfeeding. *Am J Clin Nutr* 2003;78:291-5.
- » León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martin L. Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence [cited 2013 Sep 11]. Available from: <http://www1.paho.org/English/AD/FCH/BOB-Main.htm>.
- » Lung'aho M, Huffman SL, Labbok MH, Sommerfelt E, Baker J. Tool kit for monitoring and evaluating breastfeeding practices and programs. Washington, DC: Wellstart International, Expanded Promotion of Breastfeeding Program, September 1996; USAID Policy & Technical Monographs.
- » Mayan M. An introduction to qualitative methods: a training module for students and professionals. Alberta Canada: Qual Institute Press, 2001.
- » Neifert M, Bunik M. Overcoming clinical barriers to exclusive breastfeeding. *Pediatr Clin N Am* 60 (2013) 115-145.
- » OMS. Alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo modelo para libros de texto dirigido a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. EUA, 2010.
- » OMS/UNICEF, 1981 Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Disponible: [http://www.unicef.org/repUBLICADominicana/Codigo\\_Intl\\_Comercializacion\\_Sucedaneos\\_Leche\\_Materna.pdf](http://www.unicef.org/repUBLICADominicana/Codigo_Intl_Comercializacion_Sucedaneos_Leche_Materna.pdf)
- » Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo modelo para libros de texto dirigido a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. EUA, 2010.
- » Patel A, Bucher S, Pusdekar Y, Esamai F, Krebs NF, Goudar SS, et al. Rates and determinants of early initiation of breastfeeding and exclusive breast feeding at 42 days postnatal in six low and middle-income countries: A prospective cohort study. *Reprod Health*. 2015 Jun 8;12(Suppl 2):S10. Epub 2015 Jun 8.
- » Pérez-Escamilla R, Martínez JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Maternal & Child Nutrition* (2016), 12, pp. 402-417.
- » Pivow EG, Huffman SL. The Impact of Marketing of Breast-Milk Substitutes on WHO-Recommended Breastfeeding Practices. *Food Nutr Bull*. 2015 Dec;36(4):373-86. doi: 10.1177/0379572115602174. Epub 2015 Aug 27.
- » Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps L, Modi N, and Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr*, 2012. doi: 10.
- » Reporte: La OPS/OMS llama a apoyar a las madres que amamantan para asegurar la lactancia exclusiva hasta los 6 meses. (Disponible en: [http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=715:la-ops-oms-llama-apoyar-madres-que-amamantan-asegura-lactancia-exclusiva-hasta-6-meses&Itemid=227](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=715:la-ops-oms-llama-apoyar-madres-que-amamantan-asegura-lactancia-exclusiva-hasta-6-meses&Itemid=227)) WHO website. (Consultado Noviembre 2017).
- » Sabin A, Manzur F, Adil S. Exclusive breastfeeding practices in working women of Pakistan: A cross sectional study. *Pak J Med Sci*. 2017 Sep-Oct;33(5):1148-1155. doi: 10.12669/pjms.335.12827.
- » Sámano R, Martínez-Rojano H, Robichaux D, Rodríguez-Ventura AL, Sánchez-Jiménez B, de la Luz Hoyuela M, et al. Family context and individual situation of teens before, during and after pregnancy in Mexico City. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Nov 16;17(1):382. doi: 10.1186/s12884-017-1570-7.
- » Strauss AL, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín, Universidad de Antioquia, 2002.
- » Suárez-López L, Campero L, De la Vara-Salazar E, Rivera-Rivera L, Hernández-Serrato MI, Walker D, et al. Sociodemographic and reproductive characteristics associated with the increase of cesarean section practice in Mexico. *Salud Publica Mex*. 2013;55 Suppl 2:S225-34.
- » Teich A, Barnett J, Bonuck K. Women's perceptions of breastfeeding barriers in early postpartum period: a qualitative analysis nested in two randomized controlled trials. *Breastfeeding Medicine*. 2014;9(1):9-15
- » UNICEF, ISNP. Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (ENIM), 2015. Instituto Nacional de Salud Pública. México, DF, 2015.
- » UNICEF, INSP. Prácticas de Lactancia materna en México. Fact Sheet. Ciudad de México, 2017. (documento interno).
- » UNICEF. Criterios globales para la iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Madre. Nueva York (NY): OMS/UNICEF, 1992
- » Victora CG, et al., Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 30 January 30, 2016. Vol 387, pp 1-16.
- » Villalpando S, Montalvo-Velarde I, Zambrano N, García-Guerra A, Ramírez-Silva CI, Shamah-Levi T, Rivera JA. Vitamins A and C and folate status in Mexican children under 12 years and women 12-49 years: A probabilistic national survey. *Salud Publica Mex* 2003;45 suppl 4:S508-S519.
- » Watt S, Sword W, Sheehan D, et al. The effect of delivery method on breastfeeding initiation from the The Ontario Mother and Infant Study (TOMIS) III [published online June 23, 2012]. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2012;41(6):728-737. doi:10.1111/j.1552-6909.2012.01394.x.
- » World Health Organization. Global strategy for infant and Young child feeding. The optimal duration of exclusive breastfeeding. WHO, 2001.
- » World Health Organization. Infant and young child feeding [cited 2013 Sep 4]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/index.html>.
- » World Health Organization. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. WHO. 1998 Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/7858>.

