



Apego a la lactancia materna y factores que influyen en el abandono de la misma en la medicina privada

Attachment to breastfeeding and factors influencing its abandonment in private medicine

Ariadne Fabiola Reyes Cortés,¹ Amador Pereira Díaz,² María Fernanda Pineda Frutos,^{2,3} Daniel Alcivar Arteaga²

Resumen

Introducción: La lactancia tiene múltiples beneficios para el bebé y la madre. Se han identificado algunos factores que intervienen en el apego a la lactancia materna, tales como escolaridad, ocupación y edad materna, vía de nacimiento, la información recibida antes, durante y después del nacimiento, entre otros. **Objetivo:** Describir qué factores influyen en el apego a la lactancia materna en la medicina privada. **Material y métodos:** Se realizó un cuestionario vía telefónica o presencial a 295 madres de pacientes atendidos en el consultorio 755 del Hospital Ángeles Pedregal. Se calcularon medidas de dispersión y tendencia central. Se realizó χ^2 y prueba de Kruskal Wallis. **Resultados:** La media de duración de la lactancia fue 6.1 meses. La razón de abandono más frecuente fue trabajo-escuela. Se encontró asociación entre lactancia materna y escolaridad, trabajo de tiempo completo, embarazos de término, vía de nacimiento y embarazos únicos. La asociación entre lactancia y la información durante el embarazo y la hospitalización fue significativa. **Conclusiones:** El apego a la lactancia en esta población es mayor a la media nacional, aunque menor en duración. La principal razón para el abandono fue trabajo-escuela. La información antenatal recibida y la hospitalización influyen en el apego a la lactancia.

Palabras clave: Lactancia, apego, factores, medicina privada.

Summary

Introduction: Breastfeeding has multiple benefits for babies and mothers. Many factors influence the attachment to breastfeeding, some of them are the mother's schooling, age and occupation, the birth route, and the information received before, during and after birth. **Objective:** To describe which factors influence the attachment to breastfeeding in private practice. **Material and methods:** A telephonic or face-to-face questionnaire was applied to 295 mothers attending private office number 755 of the Ángeles Pedregal Hospital. Measures of dispersion and central tendency were calculated, as well as χ^2 and Kruskal Wallis test. **Results:** The mean duration of breastfeeding was 6.1 months. The main reason for suspending breastfeeding was work-school. An association between breastfeeding and schooling, full-time jobs, term babies, delivery mode and unique pregnancies was found. The association between breastfeeding and the information received during pregnancy and hospitalization was significant. **Conclusions:** In the population studied, attachment to breastfeeding is higher than the national average, although shorter in duration. The main reason for suspending breastfeeding was work-school. The information received before the delivery and during the hospitalization influence breastfeeding attachment.

Keywords: Breastfeeding, attachment, factors, private medicine.

¹ Facultad Mexicana de Medicina, Universidad La Salle; Neonatología.

² Pediatra Neonatólogo.

³ Coordinadora de Pediatría y Neonatología.

Hospital Ángeles Pedregal. Ciudad de México.

Correspondencia:

Ariadne Fabiola Reyes-Cortés

Correo electrónico: ari_blume@hotmail.com

Aceptado: 27-09-2018.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:

www.medigraphic.com/actamedica

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la lactancia materna (LM) puede salvar hasta 820,000 vidas anualmente, así como favorecer el bienestar de niños y madres.^{1,2}

La LM aporta múltiples beneficios para el bebé: disminuye la incidencia de enfermedades infecciosas,³ incluidas meningitis, bacteremia, diarrea, infecciones de las vías aéreas, otitis media, enterocolitis necrosante, infecciones de las vías urinarias y sepsis tardía en prematuros.⁴⁻¹² La mortalidad neonatal en los EUA se ha reducido en 21% en niños alimentados con LM en comparación con aquellos

alimentados con fórmulas.¹³ También se ha visto una disminución en la presencia de síndrome de muerte súbita del lactante, diabetes *mellitus* tipos 1 y 2, así como enfermedades cardiovasculares en la edad adulta.¹⁴⁻¹⁸

Además de los beneficios en el niño, también se ha asociado a un descenso en el sangrado postparto, cáncer de mama y ovario, así como en riesgo de fractura asociada a osteoporosis.¹⁹⁻²⁴ Se han descrito también múltiples beneficios para la comunidad, tales como importantes ahorros en costos de salud.^{1,2}

De acuerdo con la Academia Americana de Pediatría, los índices de LM se han incrementado de forma importante; sin embargo, de 2008 a 2010, el porcentaje de niños con lactancia materna exclusiva disminuyó de 35% a 10.7% a los tres meses y el porcentaje de niños con lactancia materna a los seis y 12 meses se encuentra aún por debajo de la meta de 75%, siendo de 50 y 25%, respectivamente.^{26,27}

La OMS recomienda LM exclusiva durante seis meses, introducción de alimentos apropiados a partir de entonces y mantenimiento de la lactancia materna hasta los dos años o más.²⁸

Según la UNICEF, en México el promedio de LM exclusiva durante los primeros seis meses de vida es de solo 14.4%, siendo el más bajo en Latinoamérica.²⁹ Las estimaciones hechas por investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) a partir de las encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (ENSANUT) ponen de manifiesto los bajos niveles de lactancia materna exclusiva y su deterioro en los últimos seis años (de 2006 a 2012), particularmente en los sectores más vulnerables: en la región sur del país, la LM exclusiva se redujo de 28.5% a 15.5%; en el medio rural pasó de 36.9% a 18.5% y en la población indígena de 34.5% a 27.5%.^{30,31} Con datos de la ENADID 2014, se observa que del total de 9,070,065 niños nacidos vivos de mujeres de 15 a 49 años en el periodo de enero de 2009 a septiembre de 2014, 91.4% recibieron leche materna (se incluye lactancia materna exclusiva y mixta), contra 7.8% que no la consumieron; a nueve de cada 10 niños se les dio leche materna en 23 entidades.³²

Se han identificado algunos obstáculos para la LM, tales como una educación materna insuficiente, prácticas hospitalarias, falta de seguimiento en la consulta, pobre apoyo familiar, promoción comercial de fórmulas artificiales, entre otros; estos factores difieren de forma significativa dependiendo de la raza, el bagaje cultural, la vía de nacimiento, el nivel educativo y el medio socioeconómico.^{29-36,41,42}

A nivel mundial existen estrategias que buscan fomentar el apego a la LM exclusiva, con eficacia variable,⁴³ sin embargo, a nivel local no hay programas homogeneizados ni información sobre su efectividad, por lo que la identificación de los factores que influyen para el apego permitirá el desarrollo de estrategias aplicables a nuestro medio.

Objetivo. Describir los factores que influyen en el apego a la lactancia materna en la medicina privada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal mediante un cuestionario vía telefónica y/o presencial a las madres de los pacientes de entre dos años y seis meses de edad del consultorio 755 del Hospital Ángeles Pedregal. Se incluyeron los pacientes nacidos entre enero de 2016 y diciembre de 2017 que contaran con mínimo seis meses al momento del estudio e información completa en su expediente clínico, incluyendo peso y talla. El protocolo fue aprobado por el Comité Local de Ética e Investigación del hospital antes de su realización.

Los criterios de selección fueron los arriba mencionados; se excluyeron aquellos pacientes con contraindicaciones absolutas para la lactancia materna al momento del nacimiento. Se eliminó a los pacientes cuyas madres no aceptaron, no pudieron contestar el cuestionario o no contaban con expediente clínico completo.

La variable desenlace fue la presencia de lactancia materna durante los primeros seis meses de vida, tanto exclusiva, como mixta (es decir, con complementación de fórmula maternizada).

Las variables de interés fueron la edad materna, la edad del paciente, la escolaridad materna, la ocupación de la madre, la edad gestacional al momento del nacimiento, el número de gesta, la vía de nacimiento, si hubo habitación conjunta, si el neonato egresó o no con la madre, si ella recibió información durante el embarazo, la estancia hospitalaria para el nacimiento y el seguimiento en la consulta externa; quién fue el informante, el tipo de información recibida y la utilidad de la misma; si se obsequió o no fórmula artificial, el tiempo deseado de lactancia, el cumplimiento de la misma, la duración real de la lactancia en meses, la razón de la suspensión; si el paciente acude o no a guardería, si se le administró algún otro alimento durante los primeros seis meses de vida y el uso o no de chupón, así como su peso y talla al nacimiento y a los seis meses de edad.

La recolección de datos la llevó a cabo el médico pediatra del consultorio 755 vía telefónica o presencial mediante un cuestionario que se empleó como fuente primaria de información, además de los expedientes clínicos de los pacientes.

La persona que recabó y codificó los datos no tuvo relación directa con el proceso de análisis estadístico.

Se calculó el tamaño de muestra con una proporción del fenómeno en estudio en la población referida del 14%,²⁹ con un nivel de confianza de 95% y un nivel de precisión absoluta de 0.05. Se obtuvo un tamaño de muestra de

185; sin embargo se decidió incluir a todos los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión con fecha de nacimiento en el periodo mencionado.

Análisis estadístico. Para el análisis estadístico se obtuvieron porcentajes absolutos para las variables cualitativas; medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (desviación estándar, mínimos y máximos) para las variables cuantitativas.

Para comparar las diferencias entre los grupos que recibieron lactancia materna exclusiva, lactancia materna mixta y sin lactancia materna, se realizó una prueba de asociación para las variables cualitativas con prueba de χ^2 ; para el análisis de las variables cuantitativas se empleó la prueba de Kruskal Wallis.

Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 23.

RESULTADOS

Se obtuvieron 315 expedientes de los pacientes nacidos entre enero de 2016 y diciembre de 2017; de ellos, se excluyeron 20 que no aceptaron contestar la encuesta telefónica o no contaban con datos completos en el expediente clínico. Se incluyeron un total de 295 participantes.

La media de edad en las madres fue de 30.8 años, con un rango de entre 21 y 41 años y una DE (desviación estándar) de 4.26. El 65% contaba con licenciatura, 20% postgrado y 14% bachillerato o menos. En cuanto a la ocupación, 54% de ellas tenían trabajo de tiempo completo fuera de casa, 11% trabajaban desde casa y 36% se dedicaban al hogar. La mediana en el número de gestas fue de una, con 83% de los pacientes de término. Fueron obtenidos mediante cesárea 57%, mientras que 43% por parto. La mayoría de los embarazos fueron únicos (95%), 91% egresaron sin complicaciones con su madre y solo el 32% tuvieron alojamiento conjunto durante su estancia hospitalaria.

Al preguntar sobre la asesoría recibida acerca de la lactancia materna, solo 21% recibieron información durante el embarazo, 75% durante el periodo postnatal inmediato en el hospital y 84% en las consultas de seguimiento.

En el 68% de las asesorías durante el embarazo el informante fue un asesor externo, en su mayoría (52%) mediante clases grupales. Durante el periodo postnatal inmediato, 53% de las asesorías fueron brindadas por enfermería y 25% por asesoras del hospital, en su mayoría (74%) de forma verbal. Finalmente, 92% de las asesorías en las consultas de seguimiento fueron dadas por el médico pediatra, también en su mayoría (94%) de forma verbal. Al interrogar sobre la utilidad de la información recibida, 70% de las madres con información durante el embarazo consideraron la misma fue de gran utilidad, en comparación con las que recibieron información durante la estancia hospitalaria y en

las consultas de seguimiento, quienes solo la consideraron útil en 55% y 64%, respectivamente.

De los pacientes, 53% (155) recibieron lactancia mixta; 46% (135), lactancia materna exclusiva; 2% (5) no recibieron lactancia. La media en el tiempo de lactancia fue de 6.1 meses (DE 3.3), en comparación con la media del tiempo deseado, de ocho meses (DE 3.6), con un cumplimiento de 52% entre el tiempo deseado y el logrado. Al preguntar sobre las razones para la suspensión de la lactancia materna, 53% reportaron haberla abandonado por cuestiones de trabajo o escuela.

En la *Tabla 1* se muestran las asociaciones entre las variables maternas y la lactancia materna; se obtuvo que más de 50% de las que ofrecieron lactancia materna exclusiva y mixta tenían licenciatura ($p = 0.001$), la mayoría de las madres que ofrecieron lactancia materna exclusiva y mixta tenían trabajo de tiempo completo fuera de casa ($p = 0.026$). Se obtuvieron resultados estadísticamente significativos también para embarazos de término ($p = 0.022$), vía de nacimiento ($p = 0.0001$) y embarazos únicos ($p = 0.001$).

Al analizar las asociaciones en relación con la lactancia y el momento en que se dio la asesoría, fue significativa para la información recibida durante el embarazo ($p = 0.002$), durante la hospitalización ($p = 0.017$) y no significativa durante el seguimiento por consulta externa ($p = 0.344$). También se encontró significancia estadística entre el tipo de informante durante el embarazo ($p = 0.003$) y durante la hospitalización ($p = 0.002$).

La asociación entre la utilidad de la información y el tipo de lactancia fue significativa tanto durante el embarazo ($p = 0.004$) como en la hospitalización ($p = 0.0001$) y la consulta externa ($p = 0.032$).

El tipo de información y el tipo de lactancia tuvieron una asociación significativa durante el embarazo ($p = 0.009$) y la hospitalización ($p = 0.001$) (*Tabla 2*).

Al realizar la asociación con el cumplimiento del tiempo deseado, esta fue significativa, con una $p = 0.006$. En ambos casos de lactancia, tanto exclusiva como mixta, la principal causa de suspensión fue por trabajo o escuela, con una $p = 0.0001$.

En cuanto a la lactancia a otros hijos, las madres que dieron lactancia previamente (ya hubiera sido exclusiva o mixta), lactaron en este embarazo, con una $p = 0.001$. De los pacientes que no acudieron a guardería, 81% tenían lactancia materna exclusiva, mientras que 61% de los que acudieron a guardería tenían lactancia materna mixta $p = 0.001$.

Mediante la prueba de Kruskal Wallis se obtuvieron resultados estadísticamente significativos para los meses de licencia, con una $p = 0.005$, y para la distribución del tiempo de lactancia en meses entre los tipos de lactancia ($p = 0.0001$).

Tabla 1: Asociación entre las variables cualitativas y la lactancia materna.

		Lactancia						p
		Exclusiva		Mixta		Sin lactancia		
		n	%	n	%	n	%	
Escolaridad materna	Licenciatura	84	62.20	107	69.00	2	40.00	0.001
	Postgrado	24	17.80	36	23.20	0	0.00	
	Prepa o menor	27	20.00	12	7.70	3	60.00	
Ocupación materna	Hogar	58	43.00	44	28.40	4	80.00	0.026
	Oficina	65	48.10	92	59.40	1	20.00	
	HO	12	8.90	19	12.30	0	0.00	
Sexo del paciente	Femenino	63	46.70	76	49.00	4	80.00	0.335
	Masculino	72	53.30	79	51.00	1	20.00	
Edad gestacional	RNPT	14	10.40	35	22.60	1	20.00	0.022
	RNT	121	89.60	120	77.40	4	80.00	
Vía de nacimiento	Parto	84	62.20	42	27.10	2	40.00	0.0001
	Cesárea	51	37.80	113	72.90	3	60.00	
Producto	Único	135	100.00	141	91.00	5	100.00	0.001
	Múltiple	0	0.00	14	9.00	0	0.00	
Alta con la madre	Sí	128	94.80	138	89.00	3	60.00	0.1
	No	7	5.20	17	11.00	2	40.00	
Habitación conjunta	Sí	65	48.10	28	18.10	1	20.00	0.0001
	No	70	51.90	127	81.90	4	80.00	
Cumplimiento del TD	Sí	80	59.30	72	46.50	0	0.00	0.006
	No	55	40.70	83	53.50	5	100.00	
Razón de suspensión del SM	Trabajo/escuela	28	20.70	44	28.40	0	0.00	0.0001
	Hipogalactia	5	3.70	17	11.00	1	20.00	
	Técnica	4	3.00	13	8.40	2	40.00	
	Viaje	9	6.70	3	1.90	0	0.00	
	Depresión	1	0.70	4	2.60	0	0.00	
	Indicación médica	1	0.70	1	0.60	2	40.00	
	Sin razón	87	64.40	73	47.10	0	0.00	

HO = Home office, RNT = Recién nacido de término, RNPT = Recién nacido pretérmino, TD = Tiempo deseado, SM = Seno materno.

DISCUSIÓN

En la última Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 realizada por el INEGI se reporta que a nivel nacional, 91.4% de las madres brindaron lactancia materna, tomando en cuenta mixta y exclusiva. En la población incluida en este estudio se reportó una cifra similar (aproximadamente 98%), a pesar de tratarse de una población exclusivamente urbana y de medio socioeconómico medio-alto.²⁹⁻³¹

En cuanto a la duración, la misma encuesta menciona una duración promedio de nueve meses, en contraste con lo encontrado en nuestro estudio, en el que la duración promedio fue de 6.1 meses y el tiempo deseado de ocho meses (incluso este estuvo por debajo de la media nacio-

nal).³⁰ Si bien en los estudios nacionales e internacionales no se hace distinción entre apego a la lactancia materna mixta o exclusiva, en nuestro estudio sí hubo diferencia en el cumplimiento de la intención de lactancia entre las madres con lactancia materna exclusiva y mixta: fue mayor y estadísticamente significativa en las primeras, lo cual podría traducir mayor compromiso en las madres que deciden dar lactancia materna exclusiva.

Al explorar las razones por las cuales las madres abandonan la lactancia, en esta población, las razones fueron similares a estudios publicados;^{29-36,41,42} sin embargo, en el análisis particular de los factores que influyen en el apego o no a la lactancia se obtuvieron resultados contrastantes. En cuanto a la ocupación materna, en diversos estudios

Tabla 2: Asociación entre la información recibida y la lactancia.

		Lactancia						p
		Exclusiva		Mixta		Sin lactancia		
		n	%	n	%	n	%	
Información durante el embarazo	Sí	40	29.60	21	13.50	0	0.00	0.002
	No	95	70.40	134	86.50	5	100.00	
Informante en el embarazo	Sin información	93	68.90	134	86.50	5	100.00	0.003
	Asesor del hospital	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
	Asesor externo	32	23.70	13	8.40	0	0.00	
	Enfermera	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
	Pediatra	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
	Gineco	10	7.40	8	5.20	0	0.00	
	Sin información	93	68.90	134	86.50	5	100.00	0.004
Utilidad en el embarazo	Muy útil	33	24.40	11	7.10	0	0.00	
	Útil	7	5.20	9	5.80	0	0.00	
	No útil	2	1.50	1	0.60	0	0.00	
	Sin información	93	68.90	134	86.50	5	100.00	0.009
Tipo de información en el embarazo	Verbal	10	7.40	9	5.80	0	0.00	
	Folleto	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
	Clase personal	8	5.90	2	1.30	0	0.00	
	Clase grupal	24	17.80	10	6.50	0	0.00	
	Sin información	102	75.60	118	76.10	1	20.00	0.017
Información durante la hospitalización	No	33	24.40	37	23.90	4	80.00	
	Sin información	33	24.40	37	23.90	4	80.00	0.002
Informante del hospital	Asesor del hospital	29	21.50	28	18.10	0	0.00	
	Asesor externo	25	18.50	10	6.50	0	0.00	
	Enfermera	46	34.10	75	48.40	1	20.00	
	Pediatra	2	1.50	0	0.00	0	0.00	
	Gineco	0	0.00	5	3.20	0	0.00	
	Sin información	33	24.40	37	23.90	4	80.00	0.0001
	Muy útil	46	34.10	24	15.50	0	0.00	
Utilidad en la hospitalización	Útil	49	36.30	72	46.50	0	0.00	
	No útil	7	5.20	22	14.20	1	20.00	
	Sin información	33	24.40	37	23.90	4	80.00	0.001
	Verbal	67	49.60	103	66.50	1	20.00	
	Folleto	6	4.40	2	1.30	0	0.00	
Tipo de información en la hospitalización	Clase personal	29	21.50	13	8.40	0	0.00	
	Clase grupal	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
	Sin información	113	83.70	131	84.50	3	60.00	0.344
	No	22	16.30	24	15.50	2	40.00	
Información en la consulta externa	Sin información	22	16.30	24	15.50	2	40.00	0.786
	Asesor del hospital	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
Informante en la consulta externa	Asesor externo	1	0.70	2	1.30	0	0.00	
	Enfermera	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
	Pediatra	111	82.20	126	81.30	3	60.00	
	Gineco	1	0.70	3	1.90	0	0.00	
	Sin información	22	16.30	24	15.50	2	40.00	0.032
	Muy útil	32	23.70	16	10.30	0	0.00	
	Útil	62	45.90	94	60.60	2	40.00	
Utilidad en la consulta externa	No útil	19	14.10	21	13.50	1	20.00	
	Sin información	22	16.30	24	15.50	2	40.00	0.802
	Verbal	112	83.00	129	83.20	3	60.00	
	Folleto	0	0.00	1	0.60	0	0.00	
Tipo de información en la consulta externa	Clase personal	1	0.70	1	0.60	0	0.00	
	Clase grupal	0	0.00	0	0.00	0	0.00	

se ha demostrado la asociación entre el mayor número de horas en trabajos fuera de casa y la falta de apego a la lactancia materna, tanto al inicio como en la duración de la misma. En contraste con esta información, las madres con trabajos de tiempo completo (mínimo ocho horas) tuvieron mayor apego a la lactancia, probablemente en relación con el nivel de escolaridad, el cual también es mayor en nuestra población, en comparación con la de otros estudios publicados.⁴⁴⁻⁴⁸

En los estudios realizados por Kitano, Chávez y sus respectivos colaboradores se reporta que el apego a la lactancia materna es menor en madres menores de 20 años y en aquellas mayores de 35 años; sin embargo, a pesar de que el rango de edad materna en esta población fue de 21-41 años, no existió diferencia entre la edad y el apego a la lactancia materna.^{49,50} Similar a lo encontrado en la literatura —donde se ha visto una relación directa entre el grado de escolaridad y el tiempo de lactancia materna—, en esta población, el apego a la lactancia materna (tanto mixta como exclusiva) fue mayor en las madres que contaban con estudios superiores; la escolaridad sirvió como predictor de apego.⁵¹⁻⁵⁵

En cuanto al análisis de la vía de nacimiento, Tokat, Cakmak y sus respectivos grupos describen que las madres cuyos hijos son obtenidos por cesárea tienen un retraso en el inicio de la lactancia en comparación con los obtenidos por parto. En este estudio no se llevó a cabo esa medición; sin embargo, sí se encontró diferencia entre los obtenidos por parto y por cesárea: fue mayor la lactancia materna exclusiva en el primer grupo y la lactancia mixta en el segundo. Sería importante en lo subsecuente analizar el tiempo de inicio de lactancia para identificar los factores en el periodo postnacimiento inmediato que pueden modificarse para que el apego sea de forma más oportuna.^{42,56-58} Similar a lo reportado en la literatura, el apego a la lactancia materna fue mayor cuando el producto era de término, en comparación con aquellos recién nacidos pretérmino; sin embargo, en esta población, el porcentaje de bebés prematuros fue mínimo (17%), por lo que se deben tomar con reserva estos resultados.⁵⁹

Al analizar el peso y la talla de los lactantes incluidos en el estudio, no hubo diferencia en aquellos con lactancia exclusiva o mixta, como se ha reportado en la literatura; sin embargo, en dichas publicaciones se ha encontrado que en el seguimiento a largo plazo, los pacientes con seno materno exclusivo tienen menor riesgo de obesidad y otras enfermedades cardiovasculares en comparación con aquellos alimentados por fórmula. Para fines de este trabajo, solamente se realizó un seguimiento durante los primeros seis meses de edad; sin embargo, sería prudente extender el tiempo de seguimiento más allá de los 24 meses para analizar el impacto sobre el peso y la talla.^{31,67,68}

En múltiples investigaciones se ha demostrado que la mayoría de las mujeres toman su decisión sobre la lactancia materna durante el embarazo, lo cual tiene un impacto sobre el inicio y la duración de la misma, con todas las ventajas que eso conlleva; en la población estudiada se obtuvieron resultados significativos cuando la información fue brindada durante la gestación y la hospitalización; la mayor utilidad reportada fue en el grupo de pacientes que habían recibido información prenatal, lo cual apoya los datos internacionales y resalta la importancia de este tipo de orientación desde las etapas más tempranas del embarazo. En cuanto a la estrategia de educación, en este estudio fue, en su mayoría, mediante clases y de forma verbal; sin embargo, no se cuenta con una estrategia universalmente aplicada: nos topamos con que la información difiere entre informantes y no hay un método de evaluación para la misma, por lo que no existe unificación y la utilidad es variable. En la literatura se han estudiado múltiples estrategias de entrega de información, y si bien los resultados no son concluyentes, sí se ha reportado que mientras más variados son los métodos de información, más unificados, con inicio más temprano y seguimiento constante tanto durante el embarazo como posteriormente, se incrementa el apego a la lactancia y su efectividad.^{43,60-65}

Tomando en cuenta de manera exclusiva la información que se brinda a las madres durante el periodo de puerperio inmediato, a diferencia de lo reportada en diversos estudios, en esta población, la información fue brindada en su mayoría por el personal de enfermería, y en un porcentaje mínimo, por el personal médico. En los trabajos realizados por Arora, Osband y sus respectivos colegas, se vio que la capacitación al personal de enfermería y, sobre todo, a los médicos en formación, es mínimo y de pobre calidad. En este estudio, en múltiples ocasiones las madres entrevistadas reportaron que la información era muy variable entre los informantes. Si bien no se analizó la utilidad entre uno y otro informante, sería de gran importancia desarrollar un proyecto de intervención en este hospital para la unificación de la capacitación a médicos residentes, enfermeras y médicos adscritos.^{60,66}

CONCLUSIONES

Considerando que esta población es exclusivamente urbana y de medio socioeconómico medio-alto, el apego a la lactancia materna es incluso superior al reportado para el resto del país.

Factores tales como el medio socioeconómico y el empleo materno podrían explicar la diferencia en la duración de la lactancia en esta población en comparación con lo reportado a nivel nacional.

En cuanto a las razones de falta de apego a la lactancia materna, la principal fue por motivos de trabajo o escuela.

Es de gran importancia para el apego a la lactancia materna la información que recibe la madre, principalmente antes del nacimiento del bebé y en el puerperio inmediato.

Sería de gran utilidad desarrollar un proyecto de intervención en este hospital para la unificación de la capacitación a médicos residentes, enfermeras y médicos adscritos, para brindar información adecuada tanto en el periodo prenatal como perinatal inmediato y posterior.

REFERENCIAS

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016; 387 (10017): 475-490.
2. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016; 387 (10017): 491-504.
3. Heinig MJ. Host defense benefits of breastfeeding for the infant. Effect of breastfeeding duration and exclusivity. *Pediatr Clin North Am*. 2001; 48 (1): 105-123, ix.
4. Cochi SL, Fleming DW, Hightower AW, Limpakarnjanarat K, Facklam RR, Smith JD et al. Primary invasive *Haemophilus influenzae* type b disease: a population-based assessment of risk factors. *J Pediatr*. 1986; 108 (6): 887-896.
5. Stre GR, Conner JS, Broome CV, Hightower A, Hopkins RS. Risk factors for primary invasive *Haemophilus influenzae* disease: increased risk from day care attendance and school-aged household members. *J Pediatr*. 1985; 106 (2): 190-195.
6. Takala AK, Eskola J, Palmgren J, Rönnerberg PR, Kela E, Rekola P et al. Risk factors of invasive *Haemophilus influenzae* type b disease among children in Finland. *J Pediatr*. 1989; 115: 694-701.
7. Blaymore Bier JA, Oliver T, Ferguson A, Vohr BR. Human milk reduces outpatient upper respiratory symptoms in premature infants during their first year of life. *J Perinatol*. 2002; 22 (5): 354-359.
8. Saarinen UM. Prolonged breast feeding as prophylaxis for recurrent otitis media. *Acta Paediatr Scand*. 1982; 71 (4): 567-571.
9. Pisacane A, Graziano L, Mazzarella C, Scarpellino B, Zona G. Breast-feeding and urinary tract infection. *J Pediatr*. 1992; 120: 87-89.
10. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen-Rivers LA. Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants. *J Pediatr*. 1995; 126(5 Pt 1): 696-702.
11. Hylander MA, Strobino DM, Dhanireddy R. Human milk feedings and infection among very low birth weight infants. *Pediatrics*. 1998; 102 (3): E38. Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/102/3/e38.
12. Chen A, Rogan WJ. Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. *Pediatrics*. 2004; 113 (5): e435-439. Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/113/5/e435.
13. Horne RS, Parslow PM, Ferens D, Watts AM, Adamson TM. Comparison of evoked arousability in breast and formula fed infants. *Arch Dis Child*. 2004; 89 (1): 22-25.
14. Gerstein HC. Cow's milk exposure and type 1 diabetes mellitus. A critical overview of the clinical literature. *Diabetes Care*. 1994; 17 (1): 13-19.
15. Singhal A, Farooqi IS, O'Rahilly S, Cole TJ, Fewtrell M, Lucas A. Early nutrition and leptin concentrations in later life. *Am J Clin Nutr*. 2002; 75 (6): 993-999.
16. Davis MK. Review of the evidence for an association between infant feeding and childhood cancer. *Int J Cancer Suppl*. 1998; 11: 29-33.
17. Armstrong J, Reilly JJ, Child Health Information Team. Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. *Lancet*. 2002; 359 (9322): 2003-2004.
18. Labbok MH. Effects of breastfeeding on the mother. *Pediatr Clin North Am*. 2001; 48 (1): 143-158.
19. Chua S, Arulkumaran S, Lim I, Selamat N, Ratnam SS. Influence of breastfeeding and nipple stimulation on postpartum uterine activity. *Br J Obstet Gynaecol*. 1994; 101 (9): 804-805.
20. Kennedy KI, Labbok MH, Van Look PF. Lactational amenorrhoea method for family planning. *Int J Gynaecol Obstet*. 1996; 54 (1): 55-57.
21. Newcomb PA, Storer BE, Longnecker MP, Mittendorf R, Greenberg ER, Clapp RWJk et al. Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer. *N Engl J Med*. 1994; 330 (2): 81-87.
22. Rosenblatt KA, Thomas DB. Lactation and the risk of epithelial ovarian cancer. WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. *Int J Epidemiol*. 1993; 22 (2): 192-197.
23. Cumming RG, Klineberg RJ. Breastfeeding and other reproductive factors and the risk of hip fractures in elderly women. *Int J Epidemiol*. 1993; 22 (4): 684-691.
24. World Health Organization. (2001) *The World Health Organization's infant feeding recommendation*. [Consultado el 28 de enero, 2016]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/en/index.html.
25. Ryan AS, Wenjun Z, Acosta A. Breastfeeding continues to increase into the new millennium. *Pediatrics*. 2002; 110 (6): 1103-1109.
26. Polhamus B, Dalenius K, Thompson D, Scanlon K, Borland E, Smith B et al. *Pediatric Nutrition Surveillance 2001 Report*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services.
27. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. En: Rockville MD. Agency for Healthcare Research and Quality; 2007. *Evidence Report/Technology Assessment No. 153*.
28. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; (8): CD003517.
29. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (s. f.). *Innocenti declaration on the protection and support of breastfeeding*. [Consultado el 10 de marzo, 2016] Disponible en: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>.
30. Cuevas-Nasu L, Rivera-Dommarco JA, Shamah-Levy T, Mundo-Rosas V, Méndez-Gómez H. Inseguridad alimentaria y estado de nutrición en menores de cinco años de edad en México. *Salud Pública Méx*. 2014; 56 (Supl.1): S47-S53.
31. González-de Cossío T, Escobar-Zaragoza L, González-Castell D, Shamah-Levy T, Rivera-Dommarco JA. La lactancia materna exclusiva en menores de seis meses se asocia con un mejor peso para la longitud en hogares con inseguridad alimentaria en México. *Salud Pública Méx*. 2014; 56 (Sup.1): S31-S38.
32. INEGI (2014). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014*.
33. The Ross Mothers Survey. *Breastfeeding Trends Through 2002*. Abbott Park, IL: Ross Products Division, Abbott Laboratories; 2002.
34. World Health Organization and United Nations Children's Fund. *Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1989: 13-18.
35. Powers NG, Naylor AJ, Wester RA. Hospital policies: crucial to breastfeeding success. *Semin Perinatol*. 1994; 18 (6): 517-524.
36. Freed GL, Clark SJ, Sorenson J, Lohr JA, Cefalo R, Curtis P. National assessment of physicians' breast-feeding knowledge, attitudes, training, and experience. *JAMA*. 1995; 273 (6): 472-476.
37. Braveman P, Egarter S, Pearl M, Marchi K, Miller C. Problems associated with early discharge of newborn infants. *Pediatrics*. 1995; 96 (4 Pt): 716-726.
38. Williams LR, Cooper MK. Nurse-managed postpartum home care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1993; 22 (1): 25-31.

39. Gielen AC, Faden RR, O'Campo P, Brown CH, Paige DM. Maternal employment during the early postpartum period: effects on initiation and continuation of breast-feeding. *Pediatrics*. 1991; 87 (3): 298-305.
40. Howard FM, Howard CR, Weitzman M. The physician as advertiser: the unintentional discouragement of breast-feeding. *Obstet Gynecol*. 1993; 81: 1048-1051.
41. Sloand E, Lowe V, Pennington A, Rose L. Breastfeeding practices and opinions of Latina mothers in an urban pediatric office: a focus group study. *J Pediatr Health Care*. 2018; 32 (3): 236-244.
42. Cetisli NE, Arkan G, Top ED, Gulden A. Maternal attachment and breastfeeding behaviors according to type of delivery in the immediate postpartum period. *Rev Assoc Med Bras*. 2018; 64 (2): 164-169.
43. World Health Organization. Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Geneva: World Health Organization; 2009.
44. Fein SB, Roe B. The effect of work status on initiation and duration of breast-feeding. *Am J Public Health*. 1998; 88 (7): 1042-1046.
45. Hawkins SS, Griffiths LJ, Dezateux C, Law C; Millennium Cohort Study Child Health Group. The impact of maternal employment on breast-feeding duration in the UK Millennium Cohort Study. *Public Health Nutr*. 2007; 10 (9): 891-896.
46. Cooklin AR, Donath SM. Maternal employment and breastfeeding: results from the longitudinal study of Australian children. *Acta Paediatr*. 2008; 97 (5): 620-623.
47. Baker M, Milligan K. Maternal employment, breastfeeding, and health: Evidence from maternity leave mandates. *J Health Econ*. 2008; 27 (4): 871-887.
48. Nkrumah J. Maternal work and exclusive breastfeeding practice: a community based cross-sectional study in Efutu Municipal, Ghana. *Int Breastfeed J*. 2017; 12: 10.
49. Kitano N, Nomura K, Kido M, Murakami K, Ohkubo T, Ueno M et al. Combined effects of maternal age and parity on successful initiation of exclusive breastfeeding. *Prev Med Rep*. 2016; 3: 121-126.
50. Chávez R, Lamounier JA. Factors associated with duration of breastfeeding. *J Pediatr*. 2007; 83 (3): 241-246.
51. Bertini G, Perugi S, Dani C, Pezzati M, Tronchin M, Rubaltelli FF. Maternal education and the incidence and duration of breastfeeding: a prospective study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2003; 37 (4): 447-452.
52. Skafida V. The relative importance of social class and maternal education for breast-feeding initiation. *Public Health Nutr*. 2009; 12 (12): 2285-2292.
53. Herich LC, Cuttini M, Croci I, Franco F, Di Lallo D, Baronciani D et al. Maternal education is associated with disparities in breastfeeding at time of discharge but not at initiation of enteral feeding in the neonatal intensive care unit. *J Pediatr*. 2017; 182: 59-65.e7
54. Zhao J, Zhao Y, Du M, Binns CW, Lee AH. Maternal education and breastfeeding practices in China: a systematic review and meta-analysis. *Midwifery*. 2017; 50: 62-71.
55. Acharya P, Khanal V. The effect of mother's educational status on early initiation of breastfeeding: further analysis of three consecutive Nepal Demographic and Health Surveys. *BMC Public Health*. 2015; 15: 1069.
56. Alus Tokat M, Serçekuş P, Yenal K, Okumuş H. Early postpartum breast-feeding outcomes and breast-feeding self-efficacy in Turkish mothers undergoing vaginal birth or cesarean birth with different types of anesthesia. *Int J Nurs Knowl*. 2015; 26 (2): 73-79. doi: 10.1111/2047-3095.12037. Epub 2014 Jun 5.
57. Cakmak H, Kuguoglu S. Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered their babies per vagina and via cesarean section: An observational study using the LATCH breastfeeding charting system. *Int J Nurs Stud*. 2007; 44 (7): 1128-1137.
58. Hobbs AJ, Mannion CA, McDonald SW, Brockway M, Tough SC. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016; 16: 90.
59. McDonald SW, Benzies KM, Gallant JE, McNeil DA, Dolan SM, Tough SC. A comparison between late preterm and term infants on breastfeeding and maternal mental health. *Matern Child Health J*. 2013; 17 (8): 1468-1477.
60. Arora S, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P. Major factors influencing breastfeeding rates: mother's perception of father's attitude and milk supply. *Pediatrics*. 2000; 106 (5): E67.
61. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 11: CD006425.
62. Wolfberg AJ, Michels KB, Shields W, O'Campo P, Bronner Y, Bienstock J. Dads as breastfeeding advocates: results from a randomized controlled trial of an educational intervention. *Am J Obstet Gynecol*. 2004; 191 (3): 708-712.
63. Mattar CN, Chong YS, Chan YS, Chew A, Tan P, Chan YH et al. Simple antenatal preparation to improve breastfeeding practice: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2007; 109 (1): 73-80.
64. Hannula L, Kaunonen M, Tarkka MT. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs*. 2008; 17 (9): 1132-1143.
65. Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; (2): CD001688. doi: 10.1002/14651858.CD001688.pub2.
66. Osband YB, Altman RL, Patrick PA, Edwards KS. Breastfeeding education and support services offered to pediatric residents in the US. *Acad Pediatr*. 2011; 11 (1): 75-79. doi: 10.1016/j.acap.2010.11.002.
67. Arenz S, Ruckerl R, Koletzko B, von Kries R. Breast-feeding and childhood obesity—a systematic review. *Int J Obes Relat Med Disord*. 2004; 28 (10): 1247-1256.
68. Constantino MH, Struchiner CJ. Effect of predominant breastfeeding duration on infant growth: a prospective study using nonlinear mixed effect models. *J Pediatr (Rio J)*. 2008; 84 (3): 237-243.