



UNIVERSIDAD
DE MURCIA

Escuela
de Doctorado

TESIS DOCTORAL

*Estudio analítico de la influencia de la etnia y la
religión en el inicio y duración de la lactancia
materna.*

AUTORA

D^a Verónica Requena Martínez

DIRECTORAS

D^a Ana María González Cuello

D^a María Ángeles Requena Fernández

2025



UNIVERSIDAD
DE MURCIA

Escuela
de Doctorado

TESIS DOCTORAL

*Estudio analítico de la influencia de la etnia y la
religión en el inicio y duración de la lactancia
materna.*

AUTORA D^a Verónica Requena Martínez

DIRECTORAS D^a Ana María González Cuello
D^a María Ángeles Requena Fernández

2025



**DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DE LA TESIS PRESENTADA
PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR/A**

Aprobado por la Comisión General de Doctorado el 19 de octubre de 2022.

Yo, D^a. Verónica Requena Martínez, habiendo cursado el Programa de Doctorado en ciencias de la salud de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad de Murcia (EIDUM), como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor/a titulada:

Estudio analítico de la influencia de la etnia y la religión en el inicio y duración de la lactancia materna

y dirigida por:

D^a.: Ana María González Cuello

D^a.: María Ángeles Requena Fernández

D.:

DECLARO QUE:

La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Del mismo modo, asumo ante la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada, en caso de plagio, de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

Murcia, a 19 de septiembre de 2025

(firma)

Información básica sobre protección de sus datos personales aportados:	
Responsable	Universidad de Murcia. Avenida teniente Flomesta, 5. Edificio de la Convalecencia. 30003; Murcia. Delegado de Protección de Datos: dpd@um.es
Legitimación	La Universidad de Murcia se encuentra legitimada para el tratamiento de sus datos por ser necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. art. 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos
Finalidad	Gestionar su declaración de autoría y originalidad
Destinatarios	No se prevén comunicaciones de datos
Derechos	Los interesados pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación del tratamiento, olvido y portabilidad a través del procedimiento establecido a tal efecto en el Registro Electrónico o mediante la presentación de la correspondiente solicitud en las Oficinas de Asistencia en Materia de Registro de la Universidad de Murcia

Esta DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD debe ser insertada en la quinta hoja, después de la portada de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor/a.

Código seguro de verificación: RUxFMmRm-x9FW+PPj-rGHXJ6sq-SwhhiIjG

COPIA ELECTRÓNICA - Página 1 de 1

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento administrativo electrónico archivado por la Universidad de Murcia, según el artículo 27.3 c) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre. Su autenticidad puede ser contrastada a través de la siguiente dirección: <https://sede.um.es/validador/>



RESUMEN

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Introducción: La lactancia materna (LM) es la alimentación recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las creencias, valores y tradiciones asociados a determinados grupos étnicos o religiosos pueden influir en la LM. Comprender estas diferencias culturales es esencial para diseñar intervenciones favorecedoras de la LM.

Objetivo principal: valorar la influencia de la etnia y la religión en el inicio y duración de la LM.

Material y método: el estudio se llevó a cabo en el Área Sanitaria de la Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Hellín. La población de estudio estuvo conformada por mujeres con recién nacidos vivos en el Hospital de Hellín en 2017 y 2021, recogiendo información tanto del último parto como de partos anteriores. La recogida de datos se realizó mediante una encuesta telefónica, entre octubre de 2021 y marzo de 2023.

El análisis estadístico se ejecutó con SPSS v27 y GraphPad Prism v9, aplicando las pruebas de chi-cuadrado, Mann-Whitney y curvas ROC.

Resultados: en la GAI de Hellín, el 78.3 % de las mujeres iniciaron LM. A los 3 meses, continuaron el 59.7 % del total de la muestra; a los 6 meses, el 44.29 %; y a los 12 meses, el 31.87 % de las mujeres encuestadas.

En las mujeres de etnia gitana, la práctica de LM fue muy baja; al alta, solo el 25.6 % de las púerperas inició LM.

Las mujeres de etnia árabe presentaron tasas muy elevadas de LM; al alta, el 100 % inició LM

Respecto a las mujeres de etnia caucásica, los datos obtenidos fueron similares a la media nacional: iniciaron LM al alta el 80.3 %.

Entre los factores determinantes de la LM destacaron la edad de la madre y de la pareja, la nacionalidad, la etnia y la religión de ambos progenitores, así como el hecho de que el embarazo sea deseado y que la unidad de convivencia se limite a la pareja e hijos. También influyó la duración de la lactancia anterior y el apoyo recibido durante las primeras seis horas tras el parto, así como la opinión de la pareja y los familiares. La condición laboral de la madre, el nivel educativo de la pareja, y la analgesia epidural

parecen influir en la práctica de LM. La pandemia por COVID-19 no mostró un impacto perceptible en la LM.

Discusión: los resultados evidenciaron una buena tasa de inicio de LM en la GAI de Hellín (78.3 %), con un descenso progresivo hasta alcanzar el 31.8 % al año, en línea con la media nacional. Las diferencias por origen étnico fueron notables: las mujeres árabes mostraron tasas elevadas de LM, mientras que las mujeres gitanas mostraron una práctica muy baja, coincidiendo con estudios previos que asocian esta baja prevalencia a factores socioculturales y maternos. El mantenimiento de la LM se relacionó con el deseo materno, el apoyo familiar y la experiencia previa, mientras que el abandono se asoció principalmente a causas maternas.

Conclusiones: la etnia y la religión de la madre y su pareja influyen en el inicio y duración de la LM.

Limitaciones: este estudio presenta limitaciones derivadas a la escasa representatividad de la muestra y de las dificultades en el reclutamiento y seguimiento de los participantes. El uso de información autoinformada puede introducir sesgos.

Recomendaciones: se recomienda realizar estudios cualitativos con mujeres gitanas para profundizar en las barreras culturales y sociales que afectan la lactancia materna en este grupo. Asimismo, sería pertinente investigar el papel de la religión islámica en la promoción y el mantenimiento de la lactancia en mujeres árabes. Finalmente, se sugiere llevar a cabo estudios multicéntricos con muestras más representativas.

Palabras clave: lactancia materna, cultura, etnia, religión, nacionalidad.

SUMMARY

ANALYTICAL STUDY OF THE INFLUENCE OF ETHNICITY AND RELIGION ON THE INITIATION AND DURATION OF BREASTFEEDING

Introduction: Breastfeeding (BF) is the feeding method recommended by the World Health Organisation (WHO). The beliefs, values and traditions associated with certain ethnic or religious groups can influence BF. Understanding these cultural differences is essential for designing interventions that promote BF.

Main objective: to assess the influence of ethnicity and religion on the initiation and duration of breastfeeding.

Material and method: the study was carried out in the Health Area of the Integrated Care Management of Hellin. The study population consisted of women with live births and previous births. Data collection was carried out by means of a telephone survey between October 2021 and March 2023.

Statistical análisis: was performed using SPSS v27 and GraphPad Prism v9, applying chi-square, Mann-Whitney and ROC curve tests.

Results: In the Health Area of the Integrated Care Management of Hellin, 78,3% of women initiated BF. At 3 months, 59,7% of the total sample continued; at 6 months, 44,29%; and at 12 months, 31,87% of the women surveyed.

Among Roma women, the practice of BF was very low; at discharge, only 25,6% of postpartum women initiated BF.

Women of Arab ethnicity had very high rates of BF; at discharge, 100% had initiated BF.

With regard to women of Caucasian ethnicity, the data obtained were similar to the national average: 80,3% had initiated BF at discharge.

Among the determining factors for BF were the age of the mother and partner, the nationality, ethnicity, and religion of both parents, as well as whether the household consisted only of the couple and their children. The duration of previous breastfeeding and the support received during the first six hours after delivery also had an influence, as

did the opinion of the partner and family members. The mother's employment status, the couple's educational level, and epidural analgesia appear to influence breastfeeding practices. The COVID-19 pandemic did not have a noticeable impact on breastfeeding.

Discussion: The results showed a good rate of initiation of breastfeeding in the Health Area of the Integrated Care Management in Hellin (78,3%), with a progressive decline to 31,8% per year, in line with the national average. There were notable differences by ethnic origin: Arab women showed high rates of breastfeeding, while Roma women showed very low rates, consistent with previous studies that associate this low prevalence with sociocultural and maternal factors. Continued breastfeeding was related to maternal desire, family support and previous experience, while discontinuation was mainly associated with maternal causes.

Conclusions: The ethnicity and religion of the mother and her partner influence the initiation and duration of BF.

Limitations: This study has limitations due to the low representativeness of the sample and difficulties in recruiting and following up participants. The use of self-reported information may introduce bias.

Recommendations: Qualitative studies with Roma women are recommended to gain a deeper understanding of the cultural and social barriers affecting breastfeeding in this group. It would also be relevant to investigate the role of Islam in promoting and maintaining breastfeeding among Arab women. Finally, multicentre studies with more representative samples are suggested.

Keywords: breastfeeding, culture, ethnicity, religion, nationality.

AGRADECIMIENTOS

A mis tutoras, Dra. Ana M. González Cuello y Dra. María Ángeles Requena Fernández, por hacerlo posible y por todo lo que me han enseñado estos años.

A la Universidad de Murcia por brindarme la oportunidad de avanzar en materia de investigación.

A la Gerencia de Atención Integral de Hellín, por permitirme realizar este estudio en su área.

Al servicio de pediatría del Hospital de Hellín y a los centros de salud Hellín 1 y Hellín 2, por su colaboración en la captación de mujeres.

A mis hijas, Coral y Vega, por el tiempo robado.

A mi madre, Pilar Martínez, por educarme en el esfuerzo y la perseverancia y por su apoyo incondicional en cada uno de mis proyectos.

A mi padre, que desde el cielo guía mis pasos.

A mi hermana, Yahisa Del Valle, por sus traducciones y acompañamiento en este camino.

A Alberto Peñalver, por su ayuda con el análisis estadístico de los datos.

A mi familia y amigos, por su comprensión y ánimos constantes.

Y a todas las personas que de una manera u otra me apoyaron en este propósito.



“Puede que la lactancia no sea la mejor opción para todas las madres, pero es la mejor opción para todos los bebés”.

Lavinia Belli.

VERÓNICA REQUENA MARTÍNEZ

ÍNDICE GENERAL

GLOSARIO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE ANEXOS

1 INTRODUCCIÓN.....	2
1.1 Historia de la lactancia materna	3
1.2 Generalidades de la lactancia materna.....	5
1.2.1 Anatomía de la mama	5
1.2.2 Mamogénesis.....	7
1.2.3 Lactogénesis	8
1.2.4 Control neuroendocrino	9
1.2.5 Características de la secreción láctea.....	10
1.3 Concepto de lactancia materna y prácticas recomendadas	12
1.4 Importancia de la lactancia materna	13
1.4.1 Beneficios para el lactante	14
1.4.2 Beneficios para la madre.....	16
1.4.3 Beneficios para la familia y la sociedad.....	17
1.5 Epidemiología de la lactancia materna en España	17
1.5.1 Inicio de la lactancia materna.....	18
1.5.2 Lactancia materna las seis semanas de vida.....	18
1.5.3 Lactancia materna a los tres meses de vida.....	19
1.5.4 Lactancia materna a los seis meses de vida	21
1.6 Factores determinantes en la lactancia materna	22
1.7 Contexto sociodemográfico de Hellín	25
1.7.1 Descripción del territorio	25
1.7.2 Datos demográficos	26

1.8 Atención y apoyo a la lactancia materna en España y en Hellín	29
2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	32
2.1 Justificación teórica	32
2.2 Justificación práctica	33
2.3 Justificación metodológica.....	33
2.4 Justificación final	33
3 HIPÓTESIS DEL ESTUDIO.....	35
4 OBJETIVOS	38
4.1 Caracterización de la lactancia materna en Hellín	38
4.2 Influencia de factores étnicos y culturales.....	38
4.3 Factores determinantes en la práctica de la lactancia materna.....	38
5 MATERIAL Y MÉTODO.....	41
5.1 Ámbito de estudio.....	41
5.2 Planteamiento del problema.....	42
5.2.1 Problema principal.....	42
5.2.2 Problemas específicos.....	42
5.3 Metodología de investigación	43
5.3.1 Tipo de investigación.....	43
5.3.2 Método de investigación	43
5.4 Población y muestra.....	44
5.4.1 Población.....	44
5.4.2 Muestra.....	44
5.4.3 Criterios de inclusión y exclusión	44
5.5 Método de recogida de datos.....	45
5.6 Variables de estudio.....	46
5.7 Análisis estadístico	50
5.8 Aspectos éticos y legales	51

6	RESULTADOS.....	54
6.1	Características demográficas del grupo de madres participantes.....	54
6.2	Influencia de parámetros demográficos, culturales y clínicos de las mujeres que practicaron lactancia materna.....	68
6.3	Influencia de parámetros demográficos, culturales y clínicos de las mujeres que abandonaron la lactancia materna antes de los 12 meses	80
6.4	Comparación de la práctica de la lactancia materna acorde al grupo étnico	91
6.5	Lactancia materna en mujeres de etnia gitana residentes en España.....	97
6.5.1	Aspectos demográficos	97
6.5.2	Embarazo y parto.....	100
6.5.3	Características del recién nacido y la lactancia	102
6.6	Lactancia materna en mujeres árabes residentes en España	109
6.6.1	Aspectos demográficos	109
6.6.2	Embarazo y parto.....	113
6.6.3	Características del recién nacido y la lactancia	114
6.7	Lactancia materna en mujeres caucásicas que viven en España	120
6.7.1	Aspectos demográficos	120
6.7.2	Embarazo y parto.....	124
6.7.3	Características del recién nacido y la lactancia	125
6.8	Estudio del COVID-19	131
7	DISCUSIÓN	136
7.1	Lactancia materna en Hellín	136
7.2	Lactancia materna en mujeres de etnia gitana residentes en Hellín	142
7.3	Lactancia materna en mujeres árabes residentes en Hellín.....	146
7.4	Lactancia materna en mujeres caucásicas residentes en Hellín	151
7.5	Lactancia materna y COVID-19	158
8	CONCLUSIONES	161

8.1	Caracterización de la lactancia materna en Hellín	161
8.2	Influencia de factores étnicos y culturales	162
8.3	Factores determinantes en la práctica de la lactancia materna.....	163
9	ANÁLISIS DE HIPÓTESIS	166
10	LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	168
11	BIBLIOGRAFÍA.....	173
12	ANEXOS	193

GLOSARIO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

- AC: Alimentación Complementaria.
- APP: Academia Americana de Pediatría.
- CLM: Castilla-La Mancha.
- COVID-19: Enfermedad del Coronavirus-19 (por sus siglas en inglés. Coronavirus Disease-19).
- CS: Centro de Salud.
- DG: diabetes gestacional.
- EE. UU.: Estados Unidos.
- FA: fórmula artificial.
- FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.
- FIL: Factor Inhibidor de la Lactancia.
- GAI: Gerencia de Atención Integrada.
- hCG: gonadotropina coriónica humana.
- hPL: lactógeno placentario humano.
- INE: Instituto Nacional de estadística.
- LA: lactancia artificial.
- LM: lactancia materna.
- LME: lactancia materna exclusiva.
- LMM: lactancia materna mixta. Incluye lactancia materna y formula artificial.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- Prl: prolactina.
- TA: tensión arterial.
- UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 <i>Anatomía de la mama (17)</i>	7
Figura 2 <i>Fisiología de la lactancia materna</i>	10
Figura 3 <i>Evolución de la población en Hellín (79).</i>	26
Figura 4 <i>Habitantes residentes en Hellín nacidos en el extranjero según el país, 2022 (80)</i>	27
Figura 5 <i>Localización de Hellín</i>	41
Figura 6 <i>Área sanitaria de la GAI de Hellín</i>	42
Figura 7 <i>Características de la muestra según la etnia de la madre</i>	55
Figura 8 <i>Características de la muestra según la religión de la madre</i>	56
Figura 9 <i>Características de la muestra según la actividad laboral de la madre</i>	57
Figura 10 <i>Características de la muestra según el nivel de estudios de la madre</i>	58
Figura 11 <i>Características de la muestra según el deseo o no de embarazo</i>	59
Figura 12 <i>Características de la muestra según el tipo de parto</i>	60
Figura 13 <i>Características de la muestra según las acciones incentivadoras de la LM</i>	62
Figura 14 <i>Características de la muestra según las preferencias de lactancia</i>	64
Figura 15 <i>Resumen de lactancia</i>	64
Figura 16 <i>Inicio y evolución de la LM</i>	66
Figura 17 <i>Problemas durante la LM</i>	67
Figura 18 <i>Comparativa de edad de las madres y las parejas</i>	69
Figura 19 <i>Comparativa gestaciones anteriores y duración de la LM anterior</i>	76
Figura 20 <i>Regresión logística binaria de las pacientes que practicaron la LM. Análisis multivariante</i>	79
Figura 21 <i>Factores influyentes en el abandono de la LM</i>	86
Figura 22 <i>Regresión logística binaria de las mujeres que abandonaron la LM</i>	91
Figura 23 <i>Lactancia al alta según etnia</i>	92
Figura 24 <i>Comparativa de LMM en las diferentes etnias</i>	93
Figura 25 <i>Condición laboral de las madres gitanas</i>	99
Figura 26 <i>Comparativa de LM anterior</i>	106
Figura 27 <i>Comparativa de lactancia en mujeres gitanas y no gitanas</i>	109
Figura 28 <i>Condición laboral de las madres árabes</i>	111

Figura 29	<i>Comparativa de lactancia en mujeres árabes y no árabes</i>	120
Figura 30	<i>Condición laboral de las madres caucásicas</i>	122
Figura 31	<i>Comparativa de lactancia entre mujeres caucásicas y no caucásicas</i>	131
Figura 32	<i>Comparativa de casos positivos de COVID-19.....</i>	132
Figura 33	<i>Inicio y continuidad de la LM en Hellín</i>	161
Figura 34	<i>Tasas de LM por etnia en Hellín</i>	163
Figura 35	<i>Factores determinantes en la práctica de LM en Hellín.....</i>	164

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Tipo de lactancia a las seis semanas (52)</i>	19
Tabla 2 <i>Tipo de lactancia a los tres meses (52)</i>	20
Tabla 3 <i>Tipo de lactancia a los 6 meses (52)</i>	22
Tabla 4 <i>Población gitana en la provincia de Albacete (82)</i>	28
Tabla 5 <i>Aspectos demográficos de la muestra</i>	54
Tabla 6 <i>Etnia de la muestra</i>	55
Tabla 7 <i>Religión de la muestra</i>	56
Tabla 8 <i>Situación laboral de la madre y su pareja</i>	57
Tabla 9 <i>Nivel de estudios de la madre y su pareja</i>	58
Tabla 10 <i>Embarazo buscado y convivientes</i>	59
Tabla 11 <i>Datos relacionados con el parto</i>	60
Tabla 12 <i>Características de los neonatos de la muestra</i>	61
Tabla 13 <i>Acciones incentivadoras de la LM</i>	61
Tabla 14 <i>Preferencias de lactancia</i>	63
Tabla 15 <i>Datos relacionados con la lactancia</i>	65
Tabla 16 <i>Inicio y continuidad de la LM</i>	65
Tabla 17 <i>Estudio del COVID-19 en la muestra</i>	68
Tabla 18 <i>Influencia de la edad de las pacientes que practicaron LM</i>	69
Tabla 19 <i>Aspectos demográficos de las mujeres que practicaron LM</i>	70
Tabla 20 <i>Aspectos sociales de las mujeres que practicaron LM</i>	72
Tabla 21 <i>Datos relacionados con los neonatos y el parto de las mujeres que practicaron LM</i>	73
Tabla 22 <i>Preferencias de lactancia en la muestra que dio LM</i>	74
Tabla 23 <i>Influencia de las variables cuantitativas de las pacientes que practicaron LM</i>	75
Tabla 24 <i>Estudio de curva ROC de las mujeres que practicaron LM</i>	77
Tabla 25 <i>Correlación Kappa de las pacientes que practicaron LM</i>	78
Tabla 26 <i>Características demográficas de las pacientes que abandonaron la LM antes de los 12 meses</i>	80

Tabla 27 Aspectos sociales de las madres que abandonaron la LM antes de los doce meses	82
Tabla 28 Datos relacionados con el parto de las mujeres que abandonaron la LM antes de los 12 meses	83
Tabla 29 Datos relacionados con los neonatos y el parto de las mujeres que abandonaron la LM	84
Tabla 30 Preferencia de lactancia en las madres que abandonaron la LM antes de los 12 meses	85
Tabla 31 Estudio cuantitativo de las madres que abandonaron la LM	87
Tabla 32 Estudio de curva ROC de las mujeres que abandonaron la LM.....	88
Tabla 33 Correlación Kappa de las mujeres que abandonaron la LM	89
Tabla 34 Comparativa de factores socioculturales en los distintos grupos étnicos.....	94
Tabla 35 Comparativa de embarazo buscado y convivientes en los distintos grupos étnicos	95
Tabla 36 Ayuda a la LM en los distintos grupos étnicos	95
Tabla 37 Preferencia de lactancia en los distintos grupos étnicos	96
Tabla 38 Estudio de la edad de las mujeres de etnia gitana	98
Tabla 39 Características sociodemográficas de las mujeres de etnia gitana.	98
Tabla 40 Características sociales de la muestra de etnia gitana	100
Tabla 41 Embarazo buscado en la muestra de etnia gitana	101
Tabla 42 Aspectos gestacionales de las pacientes de etnia gitana.....	101
Tabla 43 Aspectos cuantitativos relacionados con el embarazo y el parto de las pacientes de etnia gitana	102
Tabla 44 Características neonatales de la muestra de etnia gitana.....	103
Tabla 45 Ayuda en la LM en las madres de etnia gitana	104
Tabla 46 Problemas durante la LM de las pacientes de etnia gitana.....	104
Tabla 47 Preferencia de lactancia en la muestra de etnia gitana	105
Tabla 48 Estudio de lactancia de las mujeres de etnia gitana	107
Tabla 49 Estudio de no inicio y abandono de la LM de las mujeres de etnia gitana .	107
Tabla 50 Duración de la LM de las pacientes de etnia gitana.....	108
Tabla 51 Estudio de la edad de las mujeres de etnia árabe.....	109
Tabla 52 Características sociodemográficas de las mujeres de etnia árabe	110
Tabla 53 Características sociales de la muestra de etnia árabe.....	112

Tabla 54	<i>Embarazo buscado y convivientes en la muestra de etnia árabe.....</i>	112
Tabla 55	<i>Aspectos gestacionales de las pacientes de etnia árabe.....</i>	113
Tabla 56	<i>Aspectos cuantitativos relacionados con el embarazo y el parto de las pacientes de etnia árabe</i>	114
Tabla 57	<i>Características neonatales de la muestra de etnia árabe.....</i>	115
Tabla 58	<i>Ayuda en la LM en las madres de etnia árabe.....</i>	116
Tabla 59	<i>Problemas durante la LM en las mujeres de etnia árabe.....</i>	116
Tabla 60	<i>Preferencias de lactancia en la etnia árabe</i>	117
Tabla 61	<i>Estudio de lactancia en las mujeres de etnia árabe</i>	118
Tabla 62	<i>Estudio de no inicio y abandono de la LM en las mujeres de etnia árabe... </i>	119
Tabla 63	<i>Duración de la LM de las pacientes de etnia árabe.....</i>	119
Tabla 64	<i>Estudio de la edad de las mujeres de etnia caucásica</i>	121
Tabla 65	<i>Características demográficas de las mujeres de etnia caucásica.....</i>	121
Tabla 66	<i>Características sociales de la muestra de etnia caucásica</i>	123
Tabla 67	<i>Embarazo buscado en la muestra de etnia caucásica</i>	123
Tabla 68	<i>Aspectos gestacionales de las pacientes de etnia caucásica.</i>	124
Tabla 69	<i>Aspectos cuantitativos relacionados con el embarazo y el parto de las pacientes de etnia caucásica.....</i>	125
Tabla 70	<i>Características neonatales de la muestra de etnia caucásica</i>	125
Tabla 71	<i>Ayuda en la LM en las madres de etnia caucásica</i>	127
Tabla 72	<i>Problemas durante la lactancia de las pacientes de etnia caucásica</i>	127
Tabla 73	<i>Preferencia de lactancia en la muestra de etnia caucásica</i>	128
Tabla 74	<i>Estudio de lactancia en mujeres de etnia caucásica</i>	129
Tabla 75	<i>Estudio de no inicio y abandono de la LM de las mujeres de etnia caucásica</i>	130
Tabla 76	<i>Duración de la LM de las pacientes de etnia caucásica</i>	130
Tabla 77	<i>Estudio de COVID-19 en mujeres caucásicas</i>	133

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I. Hoja de información para participantes.	193
Anexo II. Hoja de información para participantes árabes.	197
Anexo III. Declaración de consentimiento informado.	201
Anexo IV. Cuestionario.	203
Anexo V. Informe conformidad del CEIm.	209
Anexo VI. Informe conformidad de la GAI de Hellín.	210

INTRODUCCIÓN

1 INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (LM) es el tipo de alimentación recomendado en exclusividad por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida, y de forma complementaria hasta los dos años de vida o más. Sus beneficios son múltiples para el binomio madre-hijo, además de generar repercusiones positivas en el colectivo social en general. Sin embargo, las estadísticas muestran que, a nivel mundial, solo al 38 % de los lactantes menores de 6 meses reciben LM exclusiva (LME) (1).

La LM constituye un proceso fundamental para el desarrollo integral del recién nacido, no solo por sus beneficios nutricionales, sino también por su impacto en la salud emocional y en el fortalecimiento del vínculo madre-hijo. No obstante, la decisión de iniciar y mantener la LM no se limita únicamente de factores biológicos o médicos, sino que también está profundamente influenciada por aspectos socioculturales. Entre estos, la etnia y la religión juegan un papel determinante al moldear creencias, costumbres y prácticas relacionadas con la alimentación infantil.

El primer paso para promover la LME es asegurar que las madres cuenten con información adecuada durante el embarazo. Conocer las etapas de la lactancia, sus beneficios y los recursos de apoyo disponibles, tanto durante la gestación como en el periodo posparto, facilita el inicio de la LM y ayuda a las madres a afrontar los retos que puedan surgir en el proceso.

Asimismo, resulta esencial identificar los factores que influyen en el éxito de la lactancia materna, como el estado de salud de la madre, el apoyo familiar, las condiciones sociolaborales o el acceso a servicios sanitarios. Comprender estos determinantes permite optimizar los recursos y las estrategias de apoyo dirigidos a las mujeres que optan por amamantar.

Dentro de estos factores, los aspectos socioculturales, en particular la etnia y la religión, desempeñan un papel clave en la toma de decisiones sobre el inicio y la duración de la lactancia. Las creencias, valores y tradiciones asociados a determinados grupos étnicos o religiosos pueden influir en la percepción sobre la LM, en la predisposición a iniciarla o mantenerla e, incluso, en la adopción de prácticas específicas relacionadas con la

alimentación del lactante. Centrar la atención en estas diferencias culturales es esencial para diseñar intervenciones eficaces y respetuosas con la diversidad.

En coherencia con lo anterior, este estudio tiene como propósito analizar de forma específica la influencia de la etnia y la religión en el inicio y duración de la LM. A través de este análisis se pretende aportar evidencia que permita adaptar las estrategias de promoción y apoyo a la lactancia a las particularidades culturales de cada población, favoreciendo así una atención más equitativa, respetuosa y efectiva.

1.1 Historia de la lactancia materna

La LM es la forma de alimentación con leche del seno materno. La leche materna humana es el alimento natural producido por la glándula mamaria de la madre para alimentar al recién nacido, y su uso ha sido fundamental para la supervivencia humana a lo largo de la historia. La LM constituye un fenómeno multicultural, y la adopción de un determinado patrón de LM depende de múltiples aspectos religiosos, económicos, culturales, laborales, así como la influencia de los sistemas sanitarios.

A lo largo de la historia, la LM ha enfrentado diversos obstáculos. El primero ha sido la búsqueda de sustitutos de la madre, y uno de los mayores y más arriesgados experimentos de la humanidad ha sido la sustitución de la leche materna humana por leches modificadas de otras especies (2,3).

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX, las clases privilegiadas delegaban la LM a mujeres con escasos recursos económicos, conocidas como nodrizas o madres de alquiler. La Revolución Industrial, junto con la incorporación de la madre al mercado laboral y los avances químicos que permitieron modificar la leche de vaca para asemejar su composición a la leche materna, supuso un duro revés para la LM, favoreciendo la lactancia artificial (LA).

La LA se extendió rápidamente hacia mediados del siglo XX. El pensamiento feminista inicial consideraba el amamantamiento como un problema en contra de su realización profesional y personal, y veía en la alimentación con sucedáneos una liberación. Este marco ideológico, sumado al interés comercial de los fabricantes de las leches artificiales, extendió unas falsas expectativas de la fórmula artificial (FA), lo que provocó la muerte

de numerosos lactantes y múltiples problemas de salud, además de repercutir negativamente en la salud materna, familiar y comunitaria. Debido al espectacular aumento de la morbilidad infantil, a finales de la década de 1970, los países más desarrollados comenzaron a promocionar la LM (2,3).

A lo largo de los últimos años, una serie de acontecimientos han contribuido a impulsar la LM (4):

- 1939: Cecily Williams, destacada pediatra, en su conferencia *Leche y asesinato*, atribuyó al uso generalizado de sustitutos de leche humana miles de muertes de lactantes.
- 1956: se fundó la Liga de la Leche en Chicago, un prestigioso grupo de madres que apoyan la LM.
- 1972: se presentó a la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la OMS un borrador del Código para regular las prácticas de comercialización de alimentos infantiles. Un año después, la OMS, la FAO y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en encuentros con gobiernos, profesionales de la salud y representantes de la industria de fórmulas de alimentación infantil, definieron el papel de las partes implicadas.
- 1974 y 1978: la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) advirtió sobre el descenso de la LM en muchos países del mundo, relacionándolo con la promoción indiscriminada de sucedáneos de LM.
- 1981: se aprobó el Código de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna, un conjunto de reglas destinadas a proteger la LM de prácticas comerciales poco éticas (5,6).
- 1989: la OMS y UNICEF publicaron un comunicado dirigido a los gobiernos titulado *Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función de los servicios de maternidad*.
- 1 de agosto de 1990, Florencia, Italia: se adoptó la Declaración de Innocenti sobre la Protección, Promoción y Apoyo de la LM. Fue una iniciativa mundial, producida y adoptada por todos los participantes en la reunión de la OMS/UNICEF sobre LM (7).

- 1991: se lanzó la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) (8).
- 2003: la OMS y UNICEF elaboraron la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, documento que busca mejorar el estado nutricional, el crecimiento, el desarrollo y la salud en la infancia a través de una alimentación óptima (9).
- 2004: se lanzó el Plan Estratégico para la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia en Europa, *Protection, Promotion and Support of Breastfeeding in Europe*. Este documento pretende servir como modelo para quienes toma decisiones sobre políticas sanitarias, indicando las acciones que un plan nacional o regional debería contener e implementar para lograr una protección, promoción y apoyo eficaces de la LM (10).
- 2005: se publicó una nueva Declaración de Innocenti, como actualización y revisión de la Declaración de Innocenti de 1990, titulada *Celebrando Innocenti 1990-2005: logros, retos e imperativos futuros*.
- 2012: la American Academy of Pediatrics (AAP) publicó *Breastfeeding and the use of human milk*, una serie de recomendaciones sobre la LM, reafirmando la LME durante los primeros 6 meses de vida, seguida de LM con alimentación complementaria (AC) hasta un año o más (11).
- 2017: en España se publicó la Guía de Práctica Clínica sobre LM del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (12).

En la actualidad se promueve una maternidad emancipadora, en la que la mujer decide si quiere o no tener hijos y cómo desea criarlos. Han surgido legislaciones y organizaciones que apoyan a la mujer durante la gestación y la lactancia, así como a la pareja en la crianza de sus descendientes (13).

1.2 Generalidades de la lactancia materna

1.2.1 Anatomía de la mama

Las mamas de la mujer presentan una forma cónica y prominente, extendiéndose desde la segunda o tercera costilla hasta el sexto o séptimo cartílago costal, y desde el borde del

esternón hasta la línea axilar anterior (14). La glándula mamaria es una glándula cutánea modificada, situada entre las capas superficial y profunda de la fascia superficial (ver Figura 1). El tamaño y la forma de la mama son muy variables según la edad, la etnia y la etapa de la vida. En una mujer no lactante, el peso puede oscilar entre los 150 gr y los 225 gr, mientras que en una mujer lactante el peso puede alcanzar aproximadamente 500gr por mama (2).

Habitualmente, la mama se divide en cuatro cuadrantes: latero-superior externo, latero-superior interno, latero-inferior externo y latero-inferior interno, además de una prolongación hacia la axila denominada “cola de Spencer” (2).

Externamente se distinguen el pezón y la areola, cuya piel presenta mayor pigmentación. El pezón mide entre 0.5 y 2 cm de largo y puede contener entre 10 y 20 poros galactóforos. Posee terminaciones nerviosas no mielinizadas que lo hacen extremadamente sensible, y cuenta con una musculatura radial que provoca erección ante determinados estímulos (15).

La areola mamaria, que rodea al pezón, mide entre 2 y 10 cm de diámetro. En ella destacan la presencia de glándulas sudoríparas, glándulas sebáceas especializadas o de Montgomery, y glándulas accesorias. Pueden encontrarse algunos folículos pilosos, pero carece de papilas dérmicas bien desarrolladas (12,13).

La mama está compuesta principalmente por tejido adiposo, el cual determina su tamaño, pero no influye en la cantidad ni calidad de la leche producida. El tejido glandular mamario está formado por lóbulos (entre 20 o más), que se dividen en lobulillos y, a su vez, en alveolos, la unidad funcional básica de la mama (16,14). Cada alveolo está revestido por células secretoras llamadas “lactocitos”, responsables de la producción de leche. Rodeando a los lactocitos se encuentran las células mioepiteliales que, al contraerse, expulsan la leche hacia los conductos galactóforos. Estos conductos, que se van uniendo para formar conductos de mayor calibre, transportan la leche hacia el pezón.

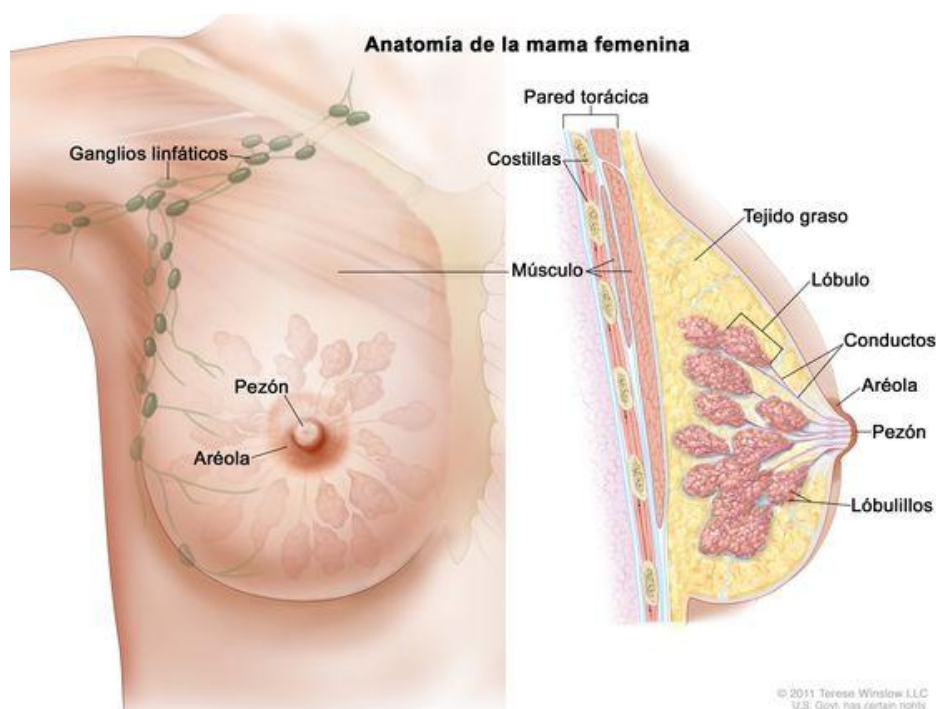
El tejido conjuntivo, en forma de ligamentos de Cooper, proporciona soporte a la mama, conectándola con la piel y los músculos pectorales. Además del tejido glandular y adiposo, la mama contiene una red de vasos sanguíneos y linfáticos, así como terminaciones nerviosas. Las arterias mamarias interna e intercostales proveen el flujo sanguíneo, mientras que un complejo sistema de drenaje linfático, con ganglios que

drenan principalmente hacia la axila, se encarga de la circulación linfática. La inervación proviene de las ramas cutáneas de los nervios torácicos 4º, 5º y 6º.

En resumen, el tejido glandular de la mama se encuentra inmerso en un estroma que incluye tejido adiposo, vasos sanguíneos, nervios, tejido muscular, tejido conectivo laxo, glándulas sebáceas y folículos pilosos (14,16) (ver Figura 1).

Figura 1

Anatomía de la mama (17)



1.2.2 Mamogénesis

El desarrollo de la mama comienza en el embrión humano alrededor de la octava semana, con la formación de unas yemas mamarias (18). Más adelante, durante la pubertad, la glándula mamaria aumenta de volumen y prolifera bajo la acción de los estrógenos producidos en los ovarios.

Durante el embarazo, las influencias hormonales provocan importantes cambios sobre la mama: estrógenos, progesterona y lactógeno placentario humano (hPL) estimulan el crecimiento de los lobulillos y conductos galactóforos, y establecen el epitelio secretor

alveolar, que se activará posteriormente bajo la acción de la prolactina y permanece inhibido mientras predomina la acción de los estrógenos (14).

1.2.3 Lactogénesis

La lactogénesis, o inicio de la secreción láctea, implica una serie de cambios en el epitelio mamario que permiten a la glándula pasar de un estado indiferenciado al inicio del embarazo a un estado secretor. Este proceso se divide en tres etapas:

Etapas I (durante el embarazo): aproximadamente 12 semanas antes del parto, la glándula mamaria se diferencia lo suficiente como para producir pequeñas cantidades de componentes específicos de la leche. Aunque en esta etapa la glándula ya está preparada para secretar leche, la producción se ve inhibida por las altas concentraciones de estrógenos y progesterona.

Etapas II (posparto): tras el parto, la disminución de los niveles de estrógenos y progesterona, junto con la prolactina que se mantiene elevada, desencadenan el inicio de la secreción láctea. La leche producida en estos primeros días se conoce como “calostro”.

Etapas III (lactopoyesis): en esta etapa, la secreción de leche se mantiene gracias al reflejo neuroendocrino de succión. La succión del bebé estimula la producción de prolactina y oxitocina, hormonas esenciales para la producción y eyección de la leche. La interrupción de la succión y el vaciado de la mama provocan un aumento de la presión intramamaria, lo que inhibe la liberación de prolactina y, en consecuencia, la producción de leche. La lactopoyesis finaliza con la involución de la glándula mamaria (16).

La síntesis de la leche involucra diversas rutas transcelulares:

1. Exocitosis: secreción de azúcares, proteínas y minerales.
2. Síntesis lipídica: producción de lípidos en el citoplasma y el retículo endoplasmático liso de los lactocitos.
3. Secreción de agua y electrolitos.
4. Transporte de inmunoglobulinas.

Además de las rutas transcelulares, existe una ruta paracelular que permite el paso de componentes del plasma, como glóbulos rojos, plaquetas y leucocitos (14,18,4). Las principales hormonas que participan en la lactogénesis son:

- Lactógeno placentario humano (hPL).
- Gonadotropina coriónica humana (hCG).
- Prolactina (Prl).

La lactogénesis III, o lactopoyesis, supone el mantenimiento de la secreción láctea gracias al reflejo neuroendocrino. Para el inicio y mantenimiento de la lactancia es esencial la normalidad del eje hipotálamo-hipófisis, que regula las concentraciones de oxitocina y prolactina. En la especie humana, lo que mantiene la lactación es la succión y vaciado de la leche, de modo que, cuando no se extrae la leche, el aumento de presión en la mama inhibe el proceso de lactancia por falta de liberación de Prl en la hipófisis.

1.2.4 Control neuroendocrino

La eyección láctea es un reflejo neuroendocrino que presenta una vía aferente (neural) y otra eferente (hormonal, de origen sanguíneo). La succión estimula el hipotálamo, que a su vez activa la adenohipófisis para la producción de prolactina –responsable de la síntesis de leche– y la neurohipófisis para la liberación de oxitocina –responsable de la eyección de leche– en la glándula mamaria (ver Figura 2).

La Prl es la hormona más relevante en la lactancia, puesto que participan tanto en la mamogénesis como en la lactogénesis. Es secretada por la adenohipófisis y comparte receptores con el hPL en las células mamarias. A las pocas horas del parto, el Hpl desaparece y, en los días posteriores, la disminución de la concentración de progesterona permite que la Prl se una a los receptores de la mama. Los niveles de Prl se incrementan con la succión, dado que esta solo se libera tras la estimulación del pezón y tiene un ritmo circadiano de mayor producción nocturna.

La oxitocina, hormona producida en el hipotálamo y almacenada en la hipófisis posterior o neurohipófisis, también se libera en respuesta a la succión. Una vez en la circulación sanguínea, desencadena el reflejo de eyección, que consiste en el paso de la leche desde los lobulillos hacia los conductos galactóforos grandes y senos galactóforos. La oxitocina también es liberada por estímulos emocionales, visuales o sonoros, generalmente relacionados con el bebé.

El factor inhibidor de la lactancia (FIL) es una proteína producida por las células secretoras de los lobulillos. Si la leche no se vacía con regularidad, el FIL disminuye la sensibilidad a la Prl (14,18,4).

Figura 2

Fisiología de la lactancia materna



Nota. Este esquema ilustra el reflejo de succión del neonato y su conexión con la producción y eyección de leche materna.

1.2.5 Características de la secreción láctea

La leche materna se produce en la glándula mamaria y está compuesta por una fase acuosa, lipídica, coloidal, membranosa y de células vivas. Contiene alrededor de 200 componentes identificados (19), y su composición varía dentro de una misma toma, a lo largo del día e incluso a lo largo del periodo de lactancia, pasando por diferentes etapas que se describen a continuación.

El precalostro comienza a sintetizarse aproximadamente desde la semana 16 de gestación. Se caracteriza por su alto contenido en proteínas, inmunoglobulinas, nitrógeno total, ácidos grasos esenciales, hierro, magnesio, cloro y sodio, mientras que presenta niveles reducidos de lactosa.

Tras el parto, durante los primeros 5-10 días, se produce el calostro, un líquido amarillento rico en betacarotenos, que contiene concentraciones elevadas de proteínas, vitaminas liposolubles (A, D, E y K), probióticos como *Lactobacillus*, factores de crecimiento, inmunoglobulinas (especialmente IgA), sodio y zinc. A diferencia de la leche madura, el calostro tiene menor cantidad de grasa, lactosa y vitaminas hidrosolubles (C y B). Esta composición única lo convierte en un alimento esencial para fortalecer la inmunidad y el desarrollo inicial del recién nacido.

Después del calostro se produce la leche de transición, una etapa que dura entre 5 y 10 días. Esta leche, de color blanco debido a su contenido en grasas y calcio, se caracteriza por un incremento progresivo de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles, mientras que las concentraciones de proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles disminuyen, en parte por el aumento del volumen de producción.

A partir del decimoquinto día tras el parto, comienza la producción de leche madura, que se mantiene durante toda la lactancia. Esta leche, de color blanco, aporta en promedio 700 kcal/L y está compuesta en un 87 % por agua. El resto de sus componentes incluye lactosa, galactosa, grasas, proteínas, inmunoglobulina A, lisozima, caseína, aminoácidos, nucleótidos, vitaminas, minerales como el hierro y oligoelementos como el zinc, el flúor y el magnesio (20,21).

Conseguir este patrón ha sido el objetivo principal de los fabricantes de leche de fórmula; sin embargo, resulta muy difícil de lograr. En la actualidad se sigue investigando para desarrollar fórmulas de alimentación artificial óptimas para la alimentación del neonato (22).

1.3 Concepto de lactancia materna y prácticas recomendadas

La OMS identificó diferentes tipos de LM:

La LME se refiere a la práctica de alimentar al bebé única y exclusivamente con leche materna, incluyendo leche extraída o de nodriza. Bajo esta modalidad, el lactante solo puede recibir, además de la leche, suero de rehidratación oral, gotas o jarabes (medicinas, vitaminas o minerales). No se permite la ingesta de ningún otro alimento o líquido (23).

La lactancia materna predominante (LMP) se refiere a alimentación del lactante con leche materna, incluyendo leche extraída o de nodriza como la fuente principal de alimento, pero también puede consumir líquidos como agua, bebidas a base de agua, zumos de frutas, líquidos rituales, suero de rehidratación oral, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales). No se permite la ingesta de ningún otro alimento, en especial leche de origen no humano o alimentos líquidos o licuados (23).

La LM se refiere a la alimentación del lactante con leche materna junto con cualquier otro alimento o líquido, incluyendo leche de origen no humano y preparados para lactantes (23).

La AC consiste en la alimentación del bebé con leche materna y alimentos sólidos o semisólidos. Permite la ingesta de cualquier alimento o líquido, incluida la leche artificial de origen no humano y los preparados para lactantes. Este proceso se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir todos los requerimientos nutricionales del niño, por lo que es necesario introducir otros alimentos líquidos y sólidos (23).

La lactancia materna mixta (LMM) es un tipo de alimentación complementaria en la que el lactante recibe leche materna y leche artificial.

Se habla de lactancia materna total (LMT) para referirse a la suma de los lactantes alimentados con LME y con LMM.

Los diferentes tipos de LM tienen como objetivo garantizar la adecuada alimentación del bebé en función de sus necesidades nutricionales, recomendándose la LME durante los primeros 6 meses de vida y la LMP y o la AC hasta un mínimo de dos años.

La protección de la LM es considerada por las organizaciones y autoridades sanitarias un área de acción y atención prioritaria. En este sentido, la OMS apoya a los Estados

miembros en el desarrollo y promoción de políticas asertivas sobre LM mediante la ampliación de la cobertura del programa Iniciativa Hospitales Amigos del Niño (24), el fortalecimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y la optimización de los programas educativos en la instituciones de salud, con el fin de garantizar la vigilancia y la promoción de buenas prácticas de LM en la comunidad (25).

La OMS y UNICEF recomiendan la LME durante los primeros 6 meses de vida (26,9). Para lograrlo, es necesario iniciar la lactancia en la primera hora de vida, amamantar al niño tanto de día como de noche, y evitar el uso de biberones, tetinas o chupetes. A partir de los seis meses, se deben introducir alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados, manteniendo la LM hasta los dos años o más.

Aunque la OMS y UNICEF monitorean de forma continua las tendencias globales en LM y se han conseguido avances en este sentido, el cumplimiento de las recomendaciones de LME hasta los 6 meses aún presenta desafíos en muchas regiones. Existen diferencias significativas entre países: en los países de bajos y medianos ingresos, las tasas de inicio de LM suelen ser más altas, aunque la duración y exclusividad varían, mientras que en España y otros países de altos ingresos, a pesar de que las tasas de inicio de LM han aumentado, la duración continúa siendo un reto, con desigualdades relacionadas con el nivel socioeconómico y el acceso a apoyo especializado.

1.4 Importancia de la lactancia materna

La LM, desde una perspectiva académica, representa una intervención biológica y social de trascendental importancia para la salud pública global. Su relevancia se fundamenta en su capacidad para proporcionar beneficios tanto al lactante como a la madre, la familia y la sociedad; por lo ello, la LM constituye una estrategia de salud pública de probada eficacia, con beneficios demostrados a nivel individual y poblacional.

1.4.1 Beneficios para el lactante

Una adecuada alimentación en lactantes y niños pequeños es fundamental para asegurar un correcto desarrollo y crecimiento del niño, así como también para mantener un buen estado de salud. Una alimentación óptima previene enfermedades en la infancia y mejora la salud en la edad adulta (27). Los principales organismos de salud avalan la LM como la mejor alimentación para el lactante y el niño pequeño (1,12,26,27).

La leche materna aporta los nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros 6 meses de vida, incluyendo agua, grasa, proteínas, carbohidratos, vitaminas, minerales y factores que protegen al lactante frente a las infecciones, como inmunoglobulinas, glóbulos blancos, oligosacáridos y proteínas del suero (lisozima y lactoferrina) (26,12,27).

Se estima que una cobertura universal de LM óptima podría evitar hasta un 13 % las muertes en niños menores de 5 años. Si a esto se añaden las prácticas adecuadas de AC, la reducción de la mortalidad en menores de 5 años podría aumentar en un 6 % adicional (27). Este efecto protector de la lactancia frente a la mortalidad infantil es válido tanto para países subdesarrollados y en vías de desarrollo como en aquellos desarrollados. Además, existe una relación dosis-beneficio: cuanto mejores sean las prácticas de lactancia, mayor es la protección (28).

La LM disminuye hasta en un 64 % la incidencia de infecciones gastrointestinales inespecíficas y mantiene un efecto protector residual hasta dos meses después de suspenderla (29). Los lactantes alimentados con FA presentan un incremento del 80 % en el riesgo de presentar diarrea, mientras que los lactantes alimentados con LM durante el primer año de vida presentan un 30 % menos de riesgo de contraer rotavirus (21,29,28).

Los niños alimentados con LM tienen un 75 % menos de riesgo de presentar infecciones respiratorias de vías bajas. En contraste, los niños no amamantados presentan casi 15 veces más riesgo de mortalidad por neumonía en los primeros meses de vida, y aquellos entre seis y 23 meses que reciben fórmula complementada muestran el doble de mortalidad por neumonía en comparación con los que mantienen la lactancia complementada hasta los dos años de vida (39).

Asimismo, se ha demostrado que la LM reduce hasta un 40 % el riesgo de asma en niños alimentados con LM (29,21). En los niños alimentados con LME durante al menos 4 meses, el riesgo de hospitalización por infección respiratoria de vías inferiores disminuye en un 72 % (29). La severidad de la bronquiolitis por virus sincitial respiratorio es un 74 % menor en aquellos niños alimentados con LME por un mínimo de 4 meses, en comparación con quienes recibieron LMM o fórmula exclusiva (29). Finalmente, la LM mantenida durante más de tres meses puede disminuir hasta un 77 % el riesgo de otitis media (29,30,31).

La LME durante al menos 3 meses se asocia con una reducción del 27 % en el riesgo de asma, dermatitis atópica y eczema en niños sin antecedentes familiares de atopia, En aquellos con antecedentes familiares, el riesgo de dermatitis atópica disminuye hasta en un 42 % (29,32,33). Asimismo, se ha evidenciado que la alimentación con LM por un periodo superior a 4 meses disminuye la probabilidad de presentar alergia a la proteína de leche de vaca a los 18 meses (29,32).

Las tasas de obesidad son también significativamente menores en lactantes alimentados con LM. El riesgo de obesidad durante la adolescencia y la edad adulta se reduce en un 15 % y un 30 % en quienes fueron amamantados en comparación con aquellos que recibieron LA. Además, la duración de la lactancia se relaciona de manera inversa con el riesgo de sobrepeso, de tal modo que cada mes adicional de LM se asocia con un 4 % de disminución del riesgo (34,1).

La LM se asocia con una reducción del 31 % de riesgo de presentar enfermedades inflamatorias intestinales durante la infancia. Asimismo, ejerce un efecto protector frente a la enfermedad celíaca, con una disminución de hasta un 52 % de riesgo de desarrollar celiaquía en los lactantes que reciben LM al momento de la introducción del gluten. Además, se ha identificado una asociación entre la duración de la LM y la reducción del riesgo cuando se evalúa la presencia de anticuerpos celíacos (12,29,35). Algunos estudios también afirman que la alimentación con LM se relaciona con una menor probabilidad de desarrollar leucemia durante la infancia, siendo este riesgo inversamente proporcional al periodo de LM (29,36).

En cuanto a factores de riesgo metabólico, la LM se ha vinculado con una reducción de 1,5 mm de mercurio en la presión arterial sistólica y 0,5 mm de mercurio en la presión

arterial diastólica en la edad adulta, en comparación con quienes fueron alimentados con LA (23,26,27). Asimismo, se ha demostrado que la LM podría reducir los niveles de colesterol total en 7 mg/dl y de LDL en 7.7 mg/dl en la adultez (29,32).

De manera paralela, se ha documentado una disminución del 30 % de la incidencia de diabetes mellitus (DM) tipo 1 y una reducción del 40 % en la incidencia de DM tipo 2 (29,32,37,38). Finalmente, la LM se asocia con una disminución de hasta el 68 % en el riesgo de maloclusión dental en la infancia (29,32,39).

Respecto a la influencia de la LM en el neurodesarrollo, se ha evidenciado una relación dosis-respuesta entre la duración de la LM y los puntajes del coeficiente intelectual (CI) (40). Los bebés amamantados durante menos de un mes presentan 6,6 puntos menos en la Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS) y 2,1 puntos menos en la prueba Børge Priens Prøve (BPP), en comparación con aquellos amamantados entre 7 y 9 meses. Asimismo, los niños que recibieron LM mostraron 3,16 puntos más en el desarrollo cognitivo frente a los alimentados con fórmula (41).

En cuanto al riesgo de presentar déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o trastorno de espectro autista (TEA), la LM podría ejercer un efecto protector (29,32,38). Además, esta asociación entre la LM y el desarrollo cognitivo tiene consecuencias a largo plazo sobre el capital humano, aumentando la capacidad de generar ingresos (42).

1.4.2 Beneficios para la madre

Lactar constituye un factor influyente en la salud presente y futura de la madre, generando múltiples beneficios a corto, medio y largo plazo. La oxitocina producida durante el amamantamiento favorece la contracción uterina, lo que disminuye el sangrado y las hemorragias posparto. De este modo, actúa como un factor protector frente a la anemia y aumenta, de manera indirecta, las reservas de hierro. Además, prolonga la duración de la amenorrea posparto e inhibe la ovulación. La LME proporciona anticoncepción durante los primeros seis meses, hecho conocido como método de amenorrea por lactancia (43). En este marco, estudios indican que las madres amamantan recuperan su peso corporal previo al embarazo más rápidamente que las madres que no lo hacen (44).

En las madres que han tenido diabetes gestacional (DG), la LM favorece una normalización más temprana del metabolismo en comparación con las que recurren a la

LA. En las madres con DM, además, reduce las necesidades de insulina. De forma general, la LM se asoció con un 32 % menos de riesgo de DM tipo 2 (32,45).

La LM se ha vinculado con la activación de cadenas de señalización de leptina, que actúan como factor protector frente a enfermedades como el cáncer, obesidad e hipertensión arterial. Asimismo, se ha demostrado que la LM mejora las cifras de tensión arterial (TA) a corto y largo plazo, disminuyendo así el riesgo cardiovascular (21,46).

Una LM de duración superior a 12 meses se asocia con un 26 % menos de riesgo de carcinoma de mama y un 37 % menos de cáncer de ovario (66). Del mismo modo, se ha sugerido que la LM podría favorecer la remineralización ósea, disminuyendo la incidencia de fracturas de cadera y espinales por osteoporosis en la postmenopausia, aunque la evidencia en este aspecto sigue siendo controvertida (45,47).

Finalmente, respecto a los beneficios de índole psicológico, se ha establecido una relación entre la duración de la LM con la posibilidad de sufrir depresión posparto, siendo este riesgo mayor cuanto menor es el tiempo de lactancia (45). Adicionalmente, la LM promueve el vínculo entre la madre y el recién nacido, y mejora la autoestima de la mujer (44).

1.4.3 Beneficios para la familia y la sociedad

La LM se considera un factor protector del medio ambiente, al ser un recurso natural, seguro y renovable, que reduce la generación de residuos y contribuye a la sostenibilidad del planeta. De igual forma, influye en la economía familiar, dado que reduce la dependencia de productos comerciales como fórmulas infantiles, biberones y esterilizadores, lo que representa un ahorro significativo de tiempo y dinero. Además, al mejorar la salud de niños y madres a corto y largo plazo, previene consultas en los servicios sanitarios, toma de medicamentos y absentismo laboral de los progenitores por enfermedad propia y de su hijo (29,32).

1.5 Epidemiología de la lactancia materna en España

La Región Europea de la OMS presenta índices más reducidos de LME entre todas sus regiones, con tan solo un 13 % de lactantes amamantados de forma exclusiva en los

primeros 6 meses. Si bien los índices de LM se ubican entre el 56 % y el 98 % inmediatamente después del nacimiento, estos descienden al 38 % y el 71 % a los 6 meses, alcanzando solo al 13 % si se considera únicamente la LME como indicador (48). Los Estados miembros han manifestado su voluntad de incrementar los niveles de LM en la Región y han solicitado apoyo para lograrlo.

En España, la situación es similar a la observada en otros países europeos, aunque la tasa de LM varía entre las distintas regiones (49,50,51). En el país no existe un sistema oficial de monitorización y seguimiento de la LM, por lo que los datos disponibles proceden de Encuestas Nacionales de Salud (ENS). Estas recogen información sobre la prevalencia de LM por meses, pero sin tener en cuenta la metodología recomendada por la OMS.

1.5.1 Inicio de la lactancia materna

Respecto a las tasas de inicio de la LM, no se han encontrado datos en el Instituto Nacional de Estadística (INE) (52). Sin embargo, diversas investigaciones han abordado este tema, Un estudio longitudinal retrospectivo que analizó los datos de LM en España entre 2017 y 2018 encontró que el 67.2 % de los niños iniciaron LME y el 89.3 % LMT. Los porcentajes más altos de inicio de LME se registraron en Murcia (100 %), País Vasco (79.1 %) y Navarra (74.7 %), mientras que los más bajos correspondieron a Asturias (50.8 %), La Rioja (53.9 %) y Galicia (54.8 %) (53).

El análisis realizado en la Comunidad Valenciana mostró que la prevalencia de LM al alta hospitalaria fue del 68.2 % (54). Otro estudio, llevado a cabo en Huelva, halló que el 52.9 % inició LME y el 63.4 % LMT (55). En Zaragoza se reportó una la tasa de LM al nacimiento de 86.3 % (56). En Madrid, una investigación reflejó una prevalencia de inicio de LME del 77.6 % y de LMT del 88 % (57). En Andalucía, la tasa de inicio precoz de LM alcanzó el 88.4 % (51), mientras que en Guipúzcoa se encontró que la prevalencia de LME fue del 84.8 % al alta hospitalaria (50).

1.5.2 Lactancia materna las seis semanas de vida

Con base en los datos del INE, la media nacional de las tasas de LME a las 6 semanas de vida es del 68.4 %. La Rioja y el País Vasco presentan tasas superiores al 80 %, mientras que Ceuta-Melilla y Asturias registran cifras por debajo del 40 % y 50 %,

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

respectivamente. En Castilla-La Mancha (CLM) los datos se sitúan por encima a la media nacional, con un 73.21 % de LME (52).

Por su parte, la LMM presenta una media nacional del 2.27 %, con valores especialmente elevados en Ceuta y Melilla (superiores al 15 %) y en Aragón (más del 6 %).

En cuanto a la LA, la media nacional se sitúa en un 29.34 %. Asturias destaca con cifras superiores al 50 % de cobertura, mientras que Ceuta, Melilla, Galicia y Extremadura superan el 40 %, posicionándose entre las comunidades con mayor índice de uso de LA. En contraste, La Rioja, Asturias y el País Vasco son las comunidades con menores tasas de LA (52) (ver Tabla 1).

Tabla 1

Tipo de lactancia a las seis semanas (52)

Lactancia 6 semanas. Ambos sexos	Materna	Mixta	Artificial
Total	68.40	2.27	29.34
Andalucía	66.83	1.86	31.31
Aragón	75.42	6.68	17.90
Principado de Asturias	45.80	1.83	52.37
Balears (Illes)	59.21	2.33	38.46
Canarias	60.04	0.00	39.96
Cantabria	66.37	4.27	29.36
Castilla y León	70.59	1.26	28.15
Castilla-La Mancha	73.21	3.26	23.53
Cataluña	69.57	1.17	29.25
Comunitat Valenciana	69.65	4.00	26.35
Extremadura	56.97	2.94	40.08
Galicia	55.40	1.31	43.28
Comunidad de Madrid	71.17	2.63	26.20
Región de Murcia	72.77	2.05	25.18
Comunidad Foral de Navarra	76.58	2.04	21.39
País Vasco	81.37	0.00	18.63
La Rioja	84.11	0.00	15.89
Ceuta y Melilla	37.29	15.35	47.36

1.5.3 Lactancia materna a los tres meses de vida

La LME a los tres meses de vida, según datos del INE, presenta una media nacional del 52.48 %, siendo del 53.11 % para los hombres y del 51.84 % para las mujeres. Destacan

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Ceuta y Melilla, con una tasa del 16.65 %, Asturias con un 28.47 % y La Rioja, donde la tasa alcanza casi el 75 %. CLM registra una tasa de LME a los 3 meses ligeramente superior a la media nacional (55.26 %) (52).

En la Comunidad Valenciana, un análisis evidenció que tasa de LME a los 3 meses descendió al 46.7 % (81), mientras que un estudio realizado en Huelva encontró que a esa misma edad la tasa de LM era de un 47.7 % (55).

En relación con la LMM, la tasa nacional se sitúa en el 10.83 %, con valores superiores al 20 % en Ceuta, Melilla y CLM (52).

Las tasas de LA a nivel nacional alcanzan el 36.70 %, superando el 50 % en Ceuta y Melilla (64.21 %), Asturias (55.55 %) y Canarias (51.74 %). En contraste, presentan tasas de LA por debajo de la media nacional: Castilla- La Mancha, La Rioja, Navarra, Aragón, País Vasco y Cataluña (52) (ver Tabla 2).

Tabla 2

Tipo de lactancia a los tres meses (52)

Lactancia 3 meses. Ambos sexos	Materna	Mixta	Artificial
Total	52.48	10.83	36.70
Andalucía	46.88	15.56	37.56
Aragón	62.17	9.47	28.37
Principado de Asturias	28.47	15.97	55.55
Baleares (Illes)	51.53	5.21	43.26
Canarias	47.18	1.08	51.74
Cantabria	45.90	16.31	37.79
Castilla y León	53.07	7.63	39.29
Castilla-La Mancha	55.26	20.49	24.25
Cataluña	55.88	9.68	34.45
Comunitat Valenciana	47.74	14.09	38.17
Extremadura	44.47	11.72	43.81
Galicia	44.05	7.98	47.97
Comunidad de Madrid	61.17	6.74	32.09
Región de Murcia	52.34	8.52	39.14
Comunidad Foral de Navarra	57.03	14.26	28.71
País Vasco	64.14	5.82	30.04
La Rioja	74.37	0.00	25.63
Ceuta y Melilla	13.65	22.14	64.21

1.5.4 Lactancia materna a los seis meses de vida

La media nacional de LME a los seis meses de vida, según el INE, es del 24.72 %. En Ceuta y Melilla la tasa desciende al 1.59 %, mientras que las cifras más altas corresponden al País Vasco (39.19 %) y La Rioja (35.02 %). En CLM los valores son similares al resto del país (52).

Un estudio nacional encontró que a los seis meses el 39.3 % de los lactantes continuaban con LME y el 62.3 % con LMT. Las mayores prevalencias de LMT se registraron en Castilla y León (71.7 %), Navarra (70.8 %) y Aragón (69.9 %), mientras que las más bajas se observaron en Galicia (44.6 %), La Rioja (50.0 %) y Andalucía (51.2 %) (83).

Otra investigación realizada en Huelva halló que, a los 6 meses, el 26.1 % de los lactantes continuaban con LM (55). El estudio de prevalencia de LM en un centro de salud (CS) de Zaragoza reflejó que, a esa misma edad, el 40.7 % continuaba lactando (56). Los datos en un estudio realizado en Madrid revelaron que la LME a los 6 meses fue del 25.4 % (57), mientras que en Guipúzcoa se encontró que el 15.4 % continuaba con LME a los 6 meses de vida (50).

La tasa de LMM en esta franja de edad se sitúa en el 14.03 %, con la cifra más baja en Canarias (3.18 %) y las tasas más altas, por encima del 20 %, en Navarra y Castilla y León (73). La LA alcanza un 61.25 %, registrándose las tasas más bajas en La Rioja y el País Vasco, y la más alta en Ceuta y Melilla, con un 92.34 % (52) (ver Tabla 3).

Tabla 3

Tipo de lactancia a los 6 meses (52)

Lactancia 6 meses. Ambos sexos	Natural	Mixta	Artificial
Total	24.72	14.03	61.25
Andalucía	20.20	15.45	64.35
Aragón	27.85	19.95	52.20
Principado de Asturias	14.68	7.25	78.07
Baleares (Illes)	30.27	13.23	56.50
Canarias	25.77	3.18	71.05
Cantabria	17.47	8.62	73.92
Castilla y León	25.61	20.67	53.72
Castilla-La Mancha	24.75	18.98	56.27
Cataluña	28.89	10.01	61.10
Comunitat Valenciana	25.61	14.53	59.86
Extremadura	20.64	11.21	68.15
Galicia	20.15	9.92	69.93
Comunidad de Madrid	23.54	17.93	58.53
Región de Murcia	20.14	13.18	66.68
Comunidad Foral de Navarra	25.69	21.11	53.20
País Vasco	39.19	10.86	49.96
La Rioja	35.02	19.89	45.10
Ceuta y Melilla	1.59	6.10	92.30

1.6 Factores determinantes en la lactancia materna

Dados los múltiples beneficios que aporta la LM, resulta lógico plantearse qué aspectos pueden mejorarse para aumentar esta práctica saludable. Cada región, a nivel mundial y regional, presenta sus particularidades, de ahí la importancia de conocer los factores que influyen en la LM en diferentes contextos.

A menudo, el abandono de la LM suele deberse, en muchos casos, a la inexperiencia de las madres, así como a la persistencia de mitos transmitidos de generación en generación, que distorsionan la realidad y, con frecuencia, confunden o desaniman a las mujeres en su deseo de amamantar. Por esta razón, en este trabajo se propone identificar aquellos conocimientos que puedan fortalecer la práctica de la LM y favorecer un mayor apego a ella (58,59,60).

Por otro lado, la amplia comercialización de leches formuladas a través de los medios de comunicación influye en las mujeres y reduce su inclinación a amamantar a sus bebés

(61,62,63). Además, en la actualidad una proporción importante de mujeres quiere mantener su rendimiento físico y continuar con sus actividades sociales sin ser perturbadas por la actividad de lactar (64).

Otros factores que pueden afectar el proceso de LM incluyen el apoyo recibido en los programas de salud a los que las mujeres tienen acceso, así como a la participación en grupos de apoyo que pueden motivarlas y fortalecer sus capacidades para amamantar. Es importante puntualizar que el apoyo de la pareja influye mucho en el éxito de la LM (65), y que la familia, hermanos, amigos y trabajadores de la salud también desempeñan un papel relevante (66).

Se han realizado múltiples estudios sobre los factores que determinan el inicio y la duración de la LM. En un análisis que examinó las diferencias raciales y étnicas en la práctica de la LM, el conocimiento materno y la autoeficacia en la alimentación infantil entre tres grupos de madres de bajos ingresos (blancas no hispanas, afroamericanas no hispanas e hispanas), se encontró que, tras el ajuste por ingresos, nivel educativo, estado civil y situación laboral, las probabilidades de iniciar cualquier forma de LM eran significativamente más altas entre las madres afroamericanas no hispanas y las blancas no hispanas (67).

De forma similar, otro estudio encontró que las mujeres hispanas fueron menos propensas a amamantar que las mujeres no hispanas, durante al menos dos meses, y esto varió de forma significativa según el nivel de estudios. La atención en la maternidad también demostró tener un fuerte efecto, siendo mayor en mujeres no hispanas de habla hispana (68).

Un estudio realizado en Carolina del Sur, que examinó la asociación entre raza/etnia, DG materna e iniciación a la LM, encontró que existían diferencias estadísticamente significativas según la raza/etnia y la presencia o no de diabetes. Las madres negras no hispanas con DG iniciaban más LM que las madres negras no hispanas y no diabéticas, incluso después de ajustar el Índice de Masa Corporal (IMC) previo al embarazo (69).

Respecto a la influencia de la migración, un análisis cualitativo realizado en Brasil evidenció que el proceso migratorio puede influir en la lactancia y ser origen de algunos conflictos de la maternidad, especialmente entre generaciones jóvenes, que requieren

referencias familiares. De esta forma, se concluye que la diversidad sociocultural y el territorio influyen en las mujeres inmigrantes que amamantan (70).

El estudio de Brenne et al. (71), sobre la influencia de antecedentes migratorios en la implementación de la LM y el destete prematuro, halló que el 55.9 % de las mujeres migrantes de primera generación seguían amamantando a los seis meses del parto, cifra similar a la de las mujeres sin antecedentes migratorios (52.9 %). No obstante, en mujeres migrantes de segunda y tercera generación, el porcentaje descendía al 32.9 %. La conclusión fue que los antecedentes migratorios tenían una influencia limitada en la LM (71).

Asimismo, otra revisión bibliográfica de estos mismos autores observó que las mujeres migrantes del sur de Europa, Irlanda y Taiwán mantenían un periodo de LM más prolongados, mientras que las mujeres migrantes en Canadá y las de origen no escandinavo en el norte de Europa presentaban una duración de LM más corta (72).

La observación sobre los factores psicosociales y sociodemográficos asociados a la intención de amamantar en madres primerizas mostró que las mujeres con intención de hacerlo tendían a ser mayores, no negras, con un nivel de educación alto, un IMC bajo, no fumadoras y con mayores ingresos. La planificación del embarazo, no tener complicaciones durante la gestación y otros factores psicosociales se asociaron también con la intención de amamantar (73).

En España, en los últimos años, se han realizado estudios que comparan la LM entre madres nativas españolas y madres chinas. Estos estudios encontraron que las mujeres nativas españolas mostraban una mayor prevalencia de LME en comparación con las mujeres inmigrantes nacidas en China. Esta diferencia parece explicarse por las condiciones laborales, las características culturales chinas –que priorizan la productividad sobre la reproducción–, la maternidad transnacional y la actitud en general de las madres chinas en relación con la LM (74,75).

Una revisión bibliográfica sobre la diversidad cultural y LM concluyó que la cultura dominante ejerce una fuerte influencia en la decisión de amamantar y que el apoyo familiar y profesional son determinantes tanto en la elección de la LME como en su duración (76). Otro estudio, cuyo objetivo fue describir las creencias y prácticas culturales relacionadas con la alimentación durante el embarazo y el puerperio en mujeres adultas

en dos culturas diferentes, aplicando el Modelo de Tradiciones de Salud –aborda las acciones que realizan las personas para proteger, mantener y restablecer la salud desde una perspectiva tradicional–, constató el papel de la cultura en dichas prácticas y el relevante rol de familiares y allegados (77).

De lo expuesto se desprende la necesidad de identificar barreras y limitaciones sociales y culturales que afectan la LM en madres pertenecientes a diferentes grupos étnicos, con un bagaje cultural diversos, pero sometidas a la misma influencia de la modernidad. En particular, destacan los medios de comunicación, que pueden influir tanto en la decisión de amamantar como en el tiempo de la práctica y la forma (exclusiva o no) que ofrecen a sus hijos.

1.7 Contexto sociodemográfico de Hellín

1.7.1 Descripción del territorio

Hellín es un municipio y ciudad española situada en el sureste de la Península Ibérica, en la comunidad autónoma de CLM, provincia de Albacete. Es el segundo municipio más poblado de la provincia tras Albacete, la capital. El municipio comprende la ciudad de Hellín y las pedanías de Agramón, Cancarix, Agra, Cañada de Agra, Isso, Las Minas, La Horca, Minateda, Rincón del Moro, Mingogil, Nava Campana, Torre Uchea y El Maeso.

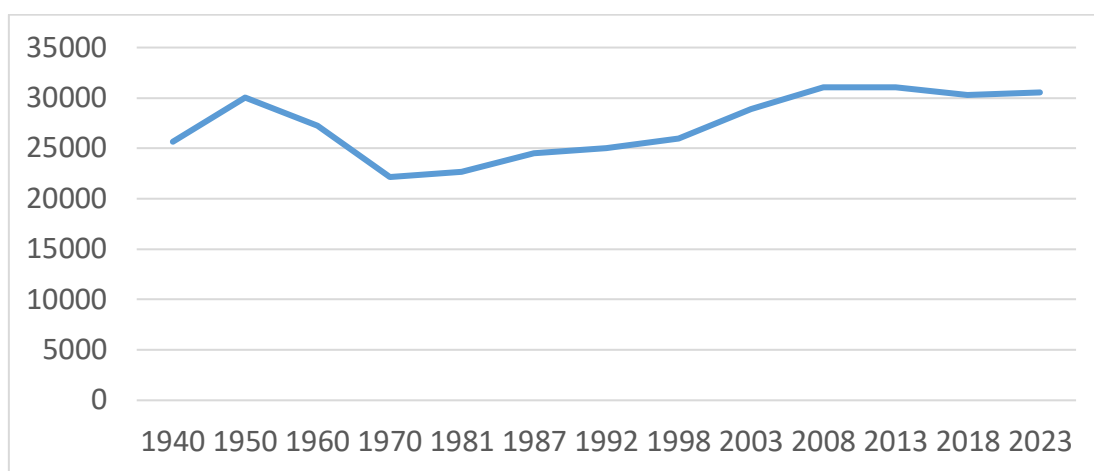
La ciudad cuenta con el Hospital de Hellín, inaugurado en 1990, que da cobertura a más de 70 000 pacientes pertenecientes a las Comarcas de Campos de Hellín y Mancomunidad de Municipios de la Sierra del Segura. La Comarca Campos de Hellín está conformada por los municipios de Hellín, Fuente Álamo, Ontur, Tobarra, Albatana y Liétor. La Mancomunidad de Municipios Sierra del Segura está integrada por los municipios de Elche de la Sierra, Yeste, Riópar, Socovos, Ayna, Bogarra, Molinicos, Paterna del Madera, Férez, Létur y Nerpio (78).

1.7.2 Datos demográficos

La población de Hellín ha experimentado un crecimiento desde el año 2001, cuando contaba con 27 500 habitantes, hasta alcanzar los 31 000 habitantes en 2008. Esta cifra se mantuvo estable hasta 2012, cuando inició un lento descenso, situándose en 2023 en 30 516 habitantes (79) (ver Figura 3).

Figura 3

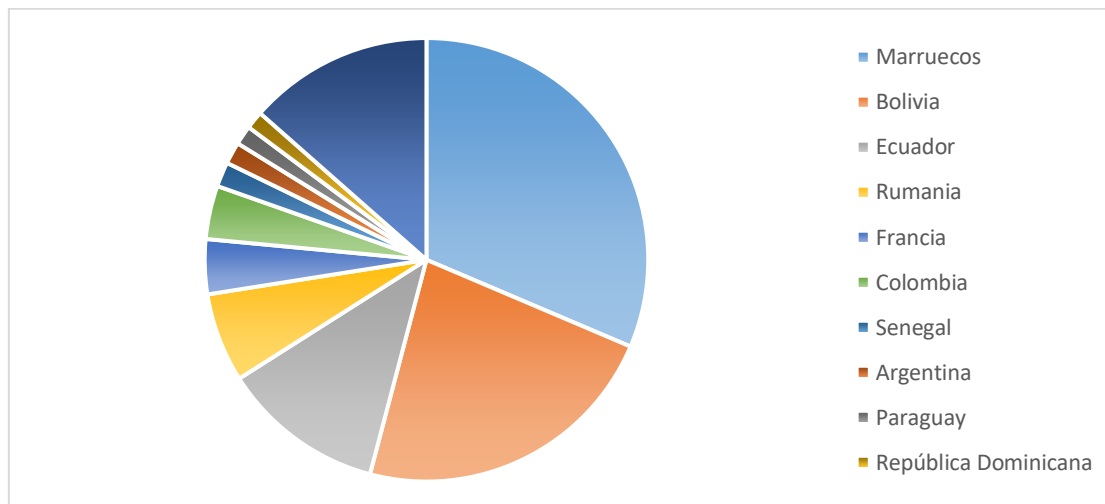
Evolución de la población en Hellín (79).



Según el padrón municipal de 2022, en Hellín el 59.88 % de los habitantes empadronados habría nacido en el propio municipio, el 16.74 % en otros municipios de la provincia de Albacete, el 9.26 % en otras provincias de España y el 4.30 % en el extranjero. Dentro de la población inmigrante de Hellín, el 31.4 % proviene de Marruecos, el 22.7 % de Bolivia, el 11.9 % de Ecuador y el 6.3 % de Rumania (80) (ver Figura 4).

Figura 4

Habitantes residentes en Hellín nacidos en el extranjero según el país, 2022 (80)



La renta bruta media per cápita de Hellín ha aumentado desde el año 2014, cuando se situaba en 17 100 euros, hasta 2019, año en el que alcanzó los 19 484 euros, es decir, 685 euros más que en 2018. Esto sitúa al municipio en el puesto número 1923 en el ranking de renta bruta declarada de toda España, según los datos publicados por la Agencia Tributaria, que solo incluyen a localidades con más de 1000 habitantes (80).

El número de personas desempleadas registradas en las oficinas de los servicios públicos de empleo en Hellín en junio de 2023 fue de 2079 personas (81).

Hellín es el segundo municipio de la provincia de Albacete con mayor población gitana, solo superado por la capital, Albacete. En 2015, se registraron 267 viviendas de población gitana, 154 de ellas en el barrio El Calvario (112) (ver Tabla 4).

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Tabla 4

Población gitana en la provincia de Albacete (82)

Municipio	Denominación del barrio		Número de viviendas habitadas (2015)
Albacete	Centro		11
	Hermanos Falcó - Barrio de las 500		58
	La Estrella - El Cerrico		139
	La Milagrosa - Las 600		233
	San Pablo /Feria		17
	Otras		14
Almansa	Dispersas - San Isidro		10
	Pantera Rosa I y II - Plaza Luis Buñuel		25
	Ramón y Cajal		15
	Zona Centro		10
	Barrio frente a la Oficina de Policía		20
Caudete	-		20
Hellín	Barrio San Roque - 16 Viviendas		3
	Casas Nuevas 69 Viviendas - Casas Amarillas		57
	El Calvario		154
	La Ribera		32
	Zona Centro		21
Madrigueras	-		4
Roda, La	182 viviendas sociales de La Roda - Barrio del Matadero		182
	Zona Centro		18
Tarazona de La Mancha	Tomás Luceño		35
	Zona Centro		15
Tobarra	-		25
Villarrobledo	-		5
9 municipios	29 barrios		1123

1.8 Atención y apoyo a la lactancia materna en España y en Hellín

La gran mayoría de las mujeres pueden amamantar, pero, aunque la LM es un acto natural, también constituye un comportamiento aprendido. De ahí la importancia del apoyo dentro de las familias, las comunidades y el sistema sanitario. Tanto las madres como las familias necesitan información y apoyo respecto a la LM.

Eso pone de manifiesto la necesidad de tomar medidas para potenciar la protección, promoción y apoyo a la LM, así como el fomento de la humanización y la calidad de las prácticas clínicas relacionadas con la atención al parto, el nacimiento y el puerperio. Todo ello con el fin de promover la salud y el bienestar de las madres y de la primera infancia, trabajando en varias líneas (12,83):

- Protección de la LM y apoyo a mujeres que amamantan a través de la legislación:
 - Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras (84).
 - Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural (85).
 - Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (86).
- Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna y las posteriores resoluciones pertinentes de la AMS (6).
- Promoción de la instauración de la iniciativa IHAN en los hospitales de atención materno-infantil y en los centros de salud de atención primaria (8).
- Fomento gubernamental de la implementación de protocolos de actuación basados en la evidencia para la promoción, protección y apoyo a la LM (12).
- Sensibilización a la ciudadanía sobre las recomendaciones internacionales y nacionales sobre LM y sus beneficios (14).

- Formación y sensibilización a los profesionales de salud, a través de la difusión de guías, cursos de capacitación y espacios de encuentro para formación práctica (14).
- Monitorización, investigación y seguimiento de los indicadores de lactancia recomendados por la OMS (14).

En el Hospital de Hellín, la maternidad de referencia en el área de estudio, el personal sanitario de la planta de maternidad está formado en LM y ofrece una línea de atención telefónica para resolver dudas a las madres tras el alta hospitalaria. Desde 2011, además, se dispone de una consulta de lactancia que atiende de forma presencial a las madres que han presentado algún problema relacionado con la LM antes del alta. En esta consulta, se trabaja el refuerzo positivo y se abordan todos los aspectos físicos y psicológicos que rodean el proceso de lactancia, con el fin de fomentar la lactancia natural y evitar su abandono.

En concordancia con las medidas de apoyo a la LM del Hospital de Hellín, los centros de salud de este área sanitaria cuentan con personal de atención a las gestantes, puérperas y bebés, formado en materia de LM. Pediatras, enfermeras y matronas trabajan en la promoción y el apoyo a la LM mediante consultas prenatales, talleres de LM para gestantes y puérperas, así como atención individualizada –tanto programada como a demanda– a las madres y a sus bebés que precisen ayuda relacionada con el amamantamiento. De esta manera, se garantiza la continuidad de los cuidados relacionados con la lactancia, que se inician en el hospital –con la puesta al pecho en la primera hora de vida del bebé– y se mantienen durante todo el proceso de LM.

JUSTIFICACIÓN

2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La LM es el alimento prioritario para el recién nacido y el niño pequeño, aportando numerosos beneficios, inmediatos y posteriormente, tanto para el lactante como para la salud materna. Partiendo de la idea de que el niño de hoy será el adulto de mañana, entre las misiones de los profesionales sanitarios destaca la de lograr, o al menos intentar, que todos aquellos factores que puedan influir en la instauración, el mantenimiento y la duración de la LM sean debidamente identificados y analizados, con el objetivo de potenciar este tipo de alimentación.

En España, la pluralidad de creencias y culturas hace necesaria una prestación sanitaria que contemple la interculturalidad como un elemento esencial de la atención. Comprender cómo influye la cultura en relación con la LM permite elaborar estrategias de abordaje que integren las distintas creencias culturales y contextos sociales.

En España existen pocos estudios recientes que aborden de manera específica la influencia de la variabilidad cultural en la LM. Por esta razón, resulta necesario comprender los determinantes culturales y las influencias familiares y generacionales que influyen en el deseo de lactar, así como en el inicio y la duración de la LM. Este conocimiento permitirá a los profesionales sanitarios fomentar la LM mediante el desarrollo de la competencia cultural, creando relaciones dinámicas con la madre y su entorno familiar, basadas en el respeto a las creencias y prácticas culturales.

2.1 Justificación teórica

Los resultados de esta investigación contribuirán a ampliar la información disponible sobre la práctica de LM, profundizando en el conocimiento acerca de los factores culturales que pueden influir en las tasas de inicio y duración de la LM. De este modo, se aportarán elementos que ayuden a reducir la brecha de conocimiento relacionada con la LME.

2.2 Justificación práctica

Con este estudio se pretende proporcionar información válida y fiable que contribuya a mejorar la toma de decisiones en relación con las medidas de apoyo y correctivas necesarias para la promoción y el fomento de la LM. Asimismo, se busca identificar barreras y debilidades frente a esta práctica y proponer alternativas para mejorarlas. Una mejor comprensión de la influencia cultural en la LM puede contribuir a mejorar la salud de las madres y los bebés, reduciendo las desigualdades en salud y promoviendo la equidad. Paralelamente, la información obtenida en este estudio puede ayudar a los profesionales sanitarios para ofrecer una atención más culturalmente competente y diseñar estrategias de promoción de la LM más efectivas.

2.3 Justificación metodológica

En este trabajo se ha seguido el método científico, con sus diferentes etapas: planteamiento del problema, formulación de hipótesis, recogida y análisis de datos, confirmación o rechazo de hipótesis, resultados y conclusiones (87). Además, los resultados obtenidos se alinean con las políticas de salud nacionales e internacionales en materia de LM y contribuirán a su implementación.

2.4 Justificación final

A pesar del creciente interés en la influencia de la diversidad cultural en la LM, existe aún una escasez de estudios que aborden este fenómeno en el contexto específico de Hellín. Esta región se caracteriza por una creciente diversidad cultural debido a la inmigración, lo que plantea desafíos únicos para la promoción y el apoyo de la LM. Por lo tanto, este estudio se propone investigar la influencia de los factores culturales en el inicio y la duración de la LM en mujeres residentes en Hellín, con el objetivo de identificar estrategias culturalmente sensibles que permitan optimizar las tasas de LM y promover la salud infantil.

HIPÓTESIS

3 HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

Hipótesis (H1): la etnia y la religión de la madre influyen significativamente en la tasa de inicio de la LMT y en su duración.

Hipótesis nula (H0): la etnia y la religión de la madre no influyen significativamente en la tasa de inicio de la LMT ni en su duración.

Hipótesis alternativa (H2): existe una diferencia estadísticamente significativa en la tasa de inicio de la LMT entre las mujeres de etnia gitana y las mujeres caucásicas nativas españolas residentes en Hellín.

Hipótesis nula (H0): No existe una diferencia estadísticamente significativa en la tasa de inicio de la LMT entre las mujeres de etnia gitana y las mujeres caucásicas nativas españolas residentes en Hellín.

Hipótesis alternativa (H3): las tasas de LMT a los 3, 6 y 12 meses son significativamente menores en las mujeres de etnia gitana en comparación con las mujeres caucásicas nativas españolas residentes en Hellín.

Hipótesis nula (H0): no existen diferencias significativas en las tasas de LMT a los 3, 6 y 12 meses entre las mujeres de etnia gitana y las mujeres caucásicas nativas españolas residentes en Hellín.

Hipótesis alternativa (H4): existe una diferencia estadísticamente significativa en la duración de la LMT entre las mujeres de etnia árabe y las mujeres caucásicas nativas españolas residentes en Hellín.

Hipótesis nula (H0): no existe una diferencia estadísticamente significativa en la duración de la LMT entre las mujeres de etnia árabe y las mujeres caucásicas nativas españolas residentes en Hellín.

OBJETIVOS

4 OBJETIVOS

4.1 Caracterización de la lactancia materna en Hellín

- Conocer los datos de LM en la Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Hellín.
- Conocer las prácticas de LMM.
- Determinar los datos de LA.

4.2 Influencia de factores étnicos y culturales

- Valorar la influencia de la etnia en el inicio y duración de la LM.
- Valorar la influencia de la religión en el inicio y duración de la LM.
- Identificar los datos de LM en mujeres de etnia gitana al inicio, a los 3, 6 y 12 meses.
- Conocer los datos de LM en mujeres de etnia árabe, al inicio, a los 3, 6 y 12 meses.
- Investigar los datos de LM en mujeres caucásicas nativas al inicio, a los 3, 6 y 12 meses.

4.3 Factores determinantes en la práctica de la lactancia materna

- Identificar las variables sociodemográficas maternas y de la pareja que influyen en la LM.
- Valorar la influencia de los condicionantes perinatales.
- Determinar la influencia de las variables neonatales en el establecimiento de la LM.
- Referir el papel de la atención sanitaria en el inicio y duración de la LM.
- Relacionar la experiencia previa con hijos mayores, así como la influencia familiar y del entorno, sobre el tipo de lactancia al alta en maternidad y su posterior duración.
- Identificar los motivos de no inicio y de abandono de LM.
- Determinar si las complicaciones que pueden surgir durante la LM influyen en la duración de esta.

- Conocer la influencia de la pandemia COVID-19 en las tasas de LM en Hellín.

MATERIAL

Y

MÉTODO

5 MATERIAL Y MÉTODO

5.1 Ámbito de estudio

El estudio se llevó a cabo en la provincia de Albacete, concretamente en la comarca de Hellín (ver Figura 5), dentro del Área Sanitaria de la GAI de Hellín, que incluye las Zonas Básicas de Salud de Elche de la Sierra, Hellín 1, Nerpio, Ontur, Riopar, Socovos, Tobarra, Yeste y Hellín 2 (ver Figura 6).

Esta gerencia cubre un área de influencia formada por los municipios de Albatana, Cotillas, Elche de la Sierra, Férez, Fuente-Álamo, Hellín, Letur, Liétor, Molinicos, Nerpio, Ontur, Riopar, Socovos, Tobarra, Villaverde de Guadalimar y Yeste, A todas las pedanías de estos municipios.

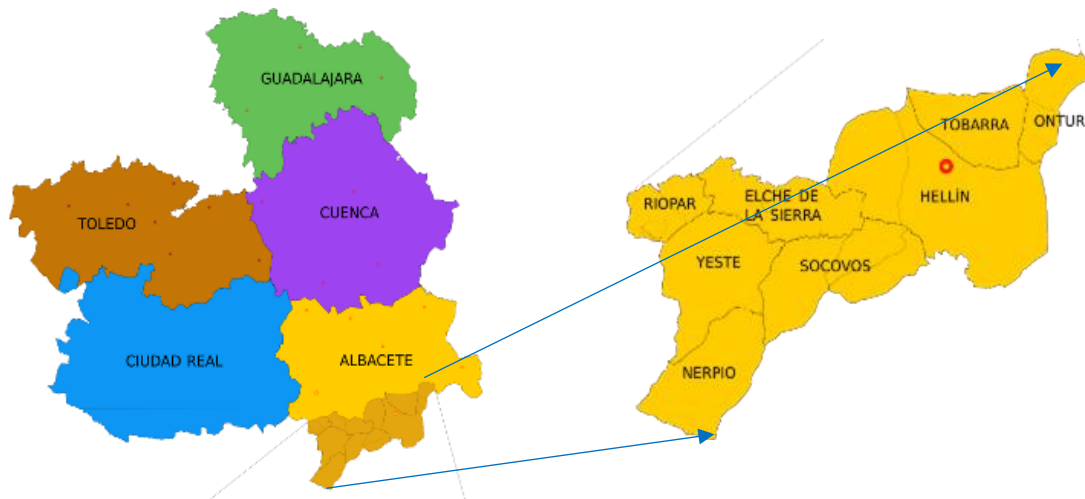
Figura 5

Localización de Hellín



Figura 6

Área sanitaria de la GAI de Hellín



5.2 Planteamiento del problema

5.2.1 *Problema principal*

- ¿Existe relación entre los factores culturales y el inicio y duración de la LM?

5.2.2 *Problemas específicos*

- ¿Qué factores son determinantes en el inicio y duración de la LM?
- ¿La pandemia de COVID-19 ha influido en la LM?

5.3 Metodología de investigación

5.3.1 Tipo de investigación

Esta investigación se clasifica como un estudio descriptivo y correlacional. Por un lado, es descriptiva, puesto tuvo como finalidad caracterizar las distintas variables relacionadas con la LM en la población estudiada. Por otro lado, es correlacional, dado que buscó analizar el grado de relación y la forma de interacción entre dichas variables y la práctica de la LM.

Se trata de un estudio no experimental, dado que no se manipularon deliberadamente las variables objeto de estudio. En su lugar, se observó la realidad tal y como ocurre de manera natural, para posteriormente proceder a su análisis. La recolección de datos se llevó a cabo mediante un trabajo de campo utilizando como instrumento un cuestionario estructurado.

Además, se trata de un estudio longitudinal, puesto que la recogida de datos se realizó en distintos momentos del tiempo: al nacimiento, a los 3, 6 y 12 meses. La naturaleza de la recopilación de información es tanto prospectiva, en el caso de los cuestionarios aplicados después del diseño del estudio, como retrospectiva, en lo referente a los datos recogidos sobre partos anteriores a la implementación de la investigación (88,89,90,91).

5.3.2 Método de investigación

El método de investigación empleado es de carácter cuantitativo, puesto que se centró en la recolección y el análisis de datos numéricos con el propósito de cuantificar las variables estudiadas (92,93). Esta orientación metodológica permitió realizar mediciones objetivas y establecer relaciones entre las distintas variables relacionadas con la LM.

Asimismo, se aplicó un método inductivo, dado que, a partir del análisis de datos particulares obtenidos de la muestra estudiada, se formularon inferencias y conclusiones de carácter general sobre los factores que influyen en la práctica de la LM en la población analizada.

5.4 Población y muestra

5.4.1 Población

La población objetivo estuvo constituida por mujeres que tuvieron recién nacidos vivos en el Hospital de Hellín durante los años 2017 y 2021. Se recopilaron datos tanto del último parto como de partos anteriores de cada participante.

5.4.2 Muestra

El tipo de muestreo empleado fue no probabilístico de tipo intencionado, seleccionando a las participantes en función de su disponibilidad y disposición para colaborar en el estudio. Esta estrategia se justificó por la necesidad de incluir mujeres con diversidad de características sociodemográficas, con el fin de analizar las posibles diferencias entre grupos étnicos y culturales (94).

Para el cálculo del tamaño muestral, y considerando un riesgo alfa de 0.05 y un poder estadístico superior a 0.8 en un contraste bilateral, se determinó que serían necesarias al menos 40 mujeres por grupo para detectar una diferencia igual o superior a 0.2 unidades, asumiendo que la proporción en el grupo de referencia es de 0.8. Además, se estimó una tasa de pérdidas en el seguimiento del 10 %.

Por consiguiente, se estableció como criterio alcanzar una muestra mínima compuesta por 40 mujeres caucásicas, 40 mujeres de etnia gitana y 40 mujeres árabes residentes en España, con el objetivo de garantizar una representación suficiente para el análisis comparativo entre los grupos seleccionados.

5.4.3 Criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de inclusión:
 - Puérperas atendidas en el Hospital de Hellín entre los años 2017-2021.
 - Puérperas que voluntariamente acepten participar en el estudio tras ser debidamente informadas y que firmen el consentimiento informado.
- Criterios de exclusión:
 - Puérperas cuyo recién nacido haya fallecido, bien intraútero o en el periodo neonatal.

- Puérperas cuya situación psicológica o mental suponga una barrera insuperable para responder al cuestionario.
- Puérperas que rechacen participar en el estudio o no firmen el consentimiento informado.

5.5 Método de recogida de datos

La captación de las mujeres que formaron la muestra se realizó a través de varias vías. Por un lado, se utilizó el registro de partos del Hospital de Hellín durante los años estudiados, contactando con las mujeres para informarles del estudio y acordar una cita con las aquellas que estaban dispuestas a participar y cumplían los criterios de inclusión. Por otro lado, se invitó a participar a mujeres en las consultas de pediatría, enfermería y matronas del Hospital de Hellín y de los Centros de Salud de Hellín, solicitando su consentimiento informado firmado y un número de teléfono de contacto para llamarlas posteriormente y cumplimentar los datos de la encuesta.

La recogida de datos se realizó mediante una encuesta con preguntas cerradas y codificadas y algunas preguntas abiertas. La encuesta consta de 55 ítems y se divide en nueve secciones: datos sociodemográficos de la madre, datos sociodemográficos de la pareja, características del parto, datos de los neonatos, características de la atención sanitaria, opiniones respecto a la alimentación del recién nacido, tipo de alimentación del bebé, datos relacionados con la LM y datos relacionados con el COVID-19. La encuesta se administró vía telefónica.

Los datos se almacenaron tanto en papel como en formato digital a través de Excel. El modelo de encuesta está incluido como anexo en el presente trabajo. Los datos se recogieron entre octubre de 2021 y marzo de 2023.

La encuesta, compuesta por respuestas cerradas y codificadas, fue sometida a una validez de contenido mediante consulta de validez de expertos, quienes realizaron sus aportaciones respecto a conceptos, enunciados y respuestas. Se valoró la facilidad de este instrumento, aplicando la confiabilidad de la prueba Retest. También se calculó el tiempo medio necesario para completar cada encuesta: la encuesta inicial requería aproximadamente cinco minutos y las sucesivas, menos de dos minutos, tiempos considerandos adecuados y asumibles para las participantes.

5.6 Variables de estudio

Como se señaló anteriormente, en este estudio recogieron variables sociodemográficas de la mujer y su pareja, características del parto, variables neonatales, atención sanitaria, opiniones respecto a la alimentación del recién nacido, tipo de alimentación del bebé, variables relacionadas con la LM y datos relacionados con el COVID-19.

Las variables sociodemográficas maternas consideradas fueron:

- Edad.
- Localidad de residencia.
- Nacionalidad.
- Etnia.
- Religión.
- Actividad laboral
- Nivel de estudios.
- Embarazo buscado
- Convivientes.
- Pareja.

En la misma línea, las variables sociodemográficas de la pareja fueron:

- Edad.
- Localidad de residencia.
- Nacionalidad.
- Etnia.
- Religión.
- Actividad laboral.
- Nivel de estudios.
- Embarazo buscado
- Convivientes.

La nacionalidad se clasificó en española, marroquí u otra (indicando cual).

La etnia se categorizó en: caucásica, gitana, árabe, sudamericana, sudafricana u otra (indicando cual).

La actividad laboral se clasificó en: autónomo, asalariado fijo, asalariado temporal, en paro, ama de casa y estudiante.

El nivel de estudios se categorizó según los estudios finalizados en: sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios, bachillerato o equivalente, formación profesional y estudios universitarios.

En la categoría convivientes, se podían marcar varias opciones, ofreciéndose: no convivientes, pareja, hijos, padres, suegros, amigos u otros.

Respecto a las características del parto, las variables recogidas incluyeron:

- Fecha del parto.
- Edad gestacional.
- Tipo de parto.
- Analgesia epidural.

La edad gestacional se registró en semanas de gestación.

En cuanto al tipo de parto, se distinguió entre: vaginal, ventosa, fórceps, cesárea programada y cesárea urgente.

Se recogieron datos de paridad anterior, distinguiéndose:

- Gestaciones.
- Partos.
- Cesáreas
- Abortos.
- Tipo de lactancia de hijos anteriores.
- Duración de la LM en meses (si procede).

Respecto al tipo de lactancia en hijos anteriores, se valoró: LM, LMM y LA. La duración de la LM incluyó tanto la LM como la LMM.

En relación con las variables neonatales, se registraron:

- Sexo.
- Peso.
- Longitud.
- Puntuación en el Test de Apgar.

La variable sexo se dicotomizó en: hombre y mujer.

La variable puntuación en el Test de Apgar se analizó como Apgar normal: sí o no, considerando normal un valor de 7 a 10 puntos.

En las variables relacionadas con la atención sanitaria se recogieron los datos relativos a:

- Recibió educación maternal.
- Recibió ayuda con la LM en las primeras 6 horas después del parto.
- Permanecieron juntos inmediatamente después del nacimiento.

Respecto a la educación maternal, se preguntó a las participantes si la habían recibido o no y, en caso afirmativo, si fue en línea o presencial.

Se recogieron datos sobre opiniones respecto a la alimentación del recién nacido:

- Opinión de la mujer.
- Opinión de la pareja.
- Opinión de la madre de la mujer.
- Opinión del padre de la mujer.
- Opinión de los hermanos de la mujer.
- Opinión de la madre de la pareja.
- Opinión del padre de la pareja.
- Actitud de las conocidas.

Para investigar la actitud de sus conocidas, se preguntó a la mujer si consideraba que la mayoría de las madres que conoce daban LM, aceptándose como respuesta “sí” o “no”.

Para categorizar las opiniones de la mujer y su entorno respecto a la alimentación del recién nacido, se ofrecieron cinco opciones: “No lo sé”, “LM”, “LMM”, “LA” o “Le da igual”.

Para valorar la lactancia, se preguntó sobre el tipo de lactancia, los motivos para no dar LM, los problemas con la LM y el apoyo recibido.

Respecto al tipo de lactancia, se preguntó a la mujer sobre la lactancia en diferentes momentos del estudio: al alta, a los 3, 6 y 12 meses. Para ello, se ofrecieron tres opciones de respuesta: “No”, “LME” y “LMM”.

En los casos en no se había iniciado LM, se indagaron los motivos, ofreciendo varias opciones de respuesta y permitiendo seleccionar más de una: no lo sabe, decisión materna, decisión paterna, decisión o influencia de otro familiar, problema materno, problema del bebé, problema laboral y otros (indicando cual).

Si la mujer había dado LM, se registró la duración en meses, considerando el tiempo de LMT.

Si la mujer había terminado con la LM, se le preguntó sobre los motivos, ofreciendo varias opciones y permitiendo señalar más de una: “No lo sabe”, “Decisión materna”, “Decisión paterna”, “Decisión o influencia de otro familiar”, “Problema materno”, “Problema del bebé”, “Problema laboral” y “Otros” (indicando cual).

A todas las mujeres que habían dado LM se les preguntó si habían tenido algún problema relacionado con la misma, entre las opciones figuraron: no problemas, dolor, ingurgitación, grietas, mastitis, problemas de agarre y otro (indicando cual).

De la misma manera, a estas mujeres se les consultó si habían recibido apoyo en la LM, ofreciendo como opciones: “No recibió apoyo”, “Enfermera/matrona de su centro de salud”, “Pediatra del centro de salud”, “Enfermera/matrona del hospital”, “Grupo de apoyo de madres”, “Familiar” u “Otros” (indicando cual).

Entre las variables recogidas para valorar la influencia del COVID-19 en la LM se interrogó sobre:

- Ha tenido la madre COVID-19 durante el embarazo e intensidad del episodio.
- Ha tenido la madre COVID-19 durante la LM e intensidad del episodio.
- Ha tenido la pareja de la madre COVID-19 durante la LM e intensidad del episodio.
- Ha tenido otro conviviente con la madre COVID-19 durante la LM e intensidad del episodio.
- Ha tenido algún familiar no conviviente COVID-19 durante la LM e intensidad del episodio.
- Ha tenido algún amigo no conviviente COVID-19 durante la LM e intensidad del episodio.
- Ha afectado la pandemia de COVID-19 en la decisión de lactar.

Como opciones para si habían tenido COVID-19, se ofrecieron: “No”, “Sí” y “No sabe, pero lo sospecha”. En caso de respuesta afirmativa, se preguntó: si podía llevar una vida normal (sí o no), si estuvo ingresada en planta (sí o no) y si estuvo ingresada en la unidad de cuidados intensivos (sí o no).

Finalmente, a todas se les pregunto si la pandemia COVID-19 había afectado a su decisión de lactar, ofreciéndose las siguientes alternativas: “No”, “Sí”, “Positivamente o sí” y “Negativamente”.

5.7 Análisis estadístico

Se llevó a cabo un estudio observacional, longitudinal y prospectivo en el Área Sanitaria de la Gerencia de Atención Integrada de Hellín, en la provincia de Albacete. Para el análisis estadístico se emplearon los programas SPSS v27 (IBM) y GraphPad Prism v9.

Se aplicó la prueba de chi-cuadrado para evaluar la independencia entre variables cualitativas. Para la comparación de medianas entre dos grupos, se utilizó la prueba de Mann-Whitney, dado que todas las variables se consideraron no paramétricas.

Asimismo, se realizó un análisis de curvas ROC para aquellas variables cuantitativas que mostraron significación estadística, con el fin de identificar puntos de corte predictivos de los eventos de interés. A partir de estos puntos de corte, se llevó a cabo un análisis de correlación Kappa para evaluar su aplicabilidad como predictores, calculando su sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo y sus respectivos intervalos de confianza al 95 %.

Para el análisis del riesgo se utilizó un modelo de regresión logística binaria (no dependiente del tiempo). En todos los análisis, se consideraron estadísticamente significativos los valores de $p \leq 0.05$.

5.8 Aspectos éticos y legales

Todas las participantes del estudio contaron con garantías de confidencialidad y anonimato en el tratamiento de sus datos. Para dicho propósito, se procedió a la anonimización de la información mediante la asignación de un número de identificación a cada mujer, compuesto por un número de relación seguido del nombre de pila, único dato utilizado exclusivamente para facilitar el seguimiento telefónico durante la recogida de datos. La clave de correspondencia entre el código asignado y la identidad de la participante fue custodiada exclusivamente por la investigadora principal, quien se encargó de preservar la confidencialidad.

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todas las mujeres participantes, con la advertencia explícita de que dicho consentimiento podía revocarse en cualquier momento, sin que ello supusiera compromiso alguno de permanencia en el estudio. Asimismo, se solicitó y obtuvo la autorización del Comité Ético e Investigador de la Gerencia de Atención Integrada de Hellín, adjuntándose dicha aprobación a la documentación del estudio.

La investigación se desarrolló conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y en el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio de Oviedo). Se respetaron en todo momento las normas de buena práctica clínica.

La confidencialidad de la información quedó garantizada en cumplimiento de la Ley Orgánica 5/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. El acceso a datos identificativos se restringió únicamente a las autoras del estudio.

Finalmente, la autora de esta investigación declara la ausencia de conflictos de interés y manifiesta que el estudio ha sido íntegramente autofinanciado, sin recibir apoyo económico externo de ningún tipo.

RESULTADOS

6 RESULTADOS

6.1 Características demográficas del grupo de madres participantes

En el estudio participaron 298 madres atendidas en el ambulatorio de atención primaria de Hellín en Albacete, con una mediana de edad de 28 años (rango: 14-48).

El 97 % de las madres contaba con pareja. La mayoría de las participantes tenían nacionalidad española (67.4 %), al igual que sus parejas (65.4 %), siendo la nacionalidad marroquí el segundo porcentaje más elevado en ambos grupos (madres marroquíes: 22.8 %; padres marroquíes: 24.6 %) (ver Tabla 5).

Tabla 5

Aspectos demográficos de la muestra

Aspectos demográficos de la muestra	
Parámetro	Porcentaje
Mujer con pareja	
Sí	289 (97.0 %)
No	9 (3.0 %)
Nacionalidad de la madre	
Española	201 (67.4 %)
Marroquí	68 (22.8 %)
Otra	29 (9.7 %)
Nacionalidad de la pareja	
Española	189 (65.4 %)
Marroquí	71 (24.6 %)
Otra	29 (10.0 %)

Con respecto a la procedencia étnica, 43 mujeres pertenecían a la etnia gitana (14.4 %), con una mediana de edad de 20 años (rango: 14-33); 70 mujeres a la etnia árabe (23.5 %), con una mediana de edad de 25 años (rango: 19-42); 158 mujeres a la etnia caucásica (53.1 %), con una mediana de edad de 32 años (rango: 17-48); y 26 mujeres eran sudamericanas (8.75 %), un grupo étnico caracterizado por la mezcla de indígenas, afrodescendientes y europeos, cuya media de edad era de 28.5 años (rango: 18-42) (ver Tabla 6 y Figura 7).

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

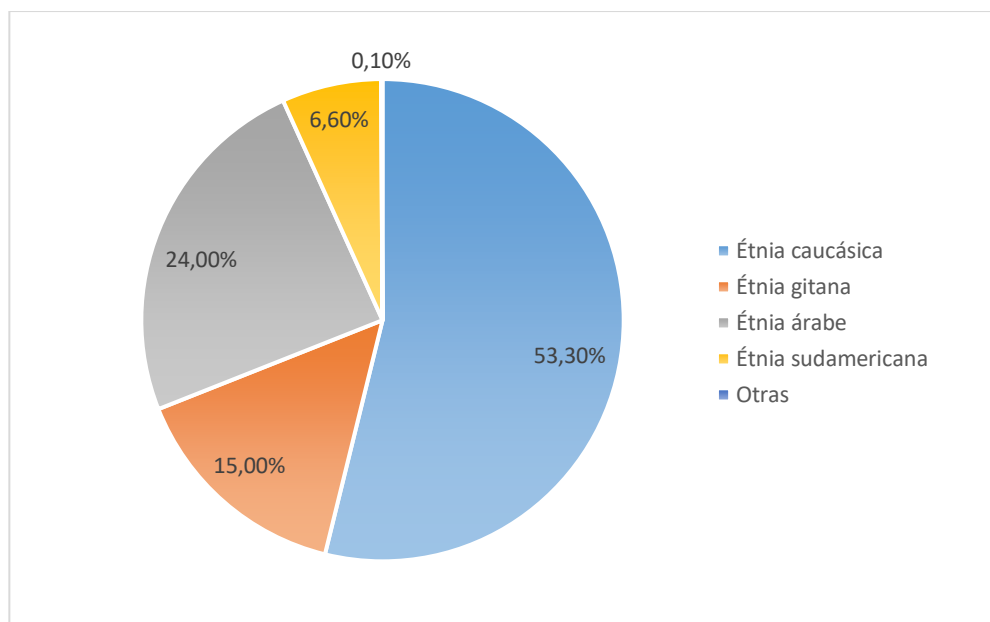
Tabla 6

Etnia de la muestra

Etnia de la muestra	
Parámetro	Porcentaje
Etnia de la madre	
Caucásica	159 (53.4 %)
Gitana	43 (14.4 %)
Árabe	70 (23.5 %)
Sudamericana	23 (7.7 %)
Sudafricana	2 (0.7 %)
Centroamericana	1 (0.3 %)
Etnia de la pareja	
Caucásica	153 (53.3 %)
Gitana	43 (15.0 %)
Árabe	69 (24.0 %)
Sudamericana	19 (6.6 %)
Sudafricana	2 (0.7 %)
Centroamericana	1 (0.3 %)

Figura 7

Características de la muestra según la etnia de la madre



En cuanto a la confesión religiosa, el cristianismo representa el porcentaje más alto de la población estudiada (71.8 %), seguido por el islamismo, que constituye la segunda religión más prevalente en la muestra (24.5 %) (ver Tabla 7 y Figura 8).

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

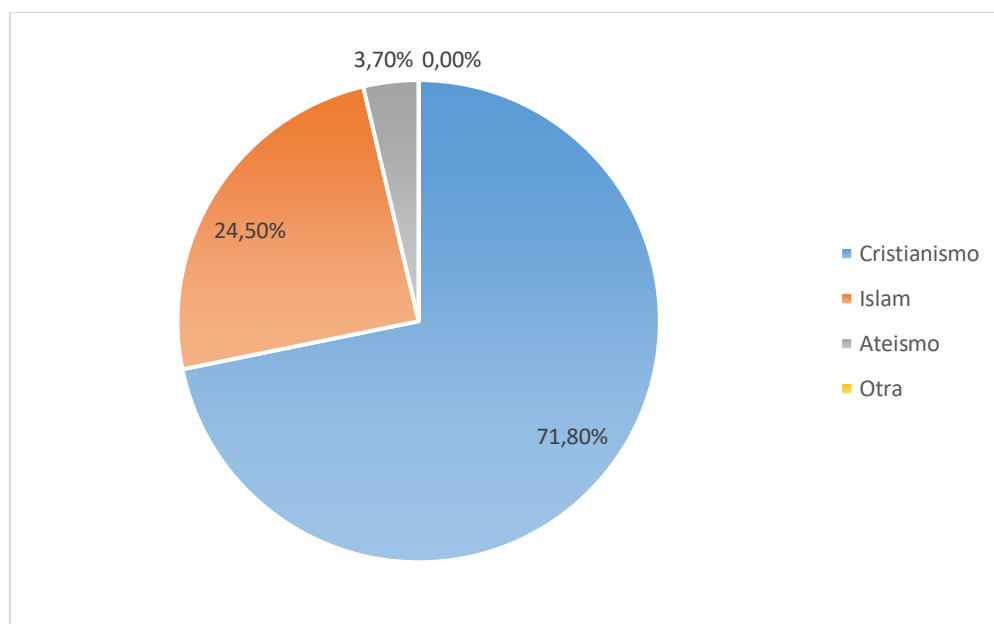
Tabla 7

Religión de la muestra

Religión de la muestra	
Parámetro	Porcentaje
Religión de la madre	
Cristianismo	214 (71.8 %)
Islam	73 (24.5 %)
Judaísmo	0 (0.0 %)
Ateísmo	11 (3.7 %)
Otra	0 (0.0 %)
Religión de la pareja	
Cristianismo	204 (70.8 %)
Islam	73 (25.3 %)
Judaísmo	0 (0.0 %)
Ateísmo	11 (3.8 %)
Otra	0 (0.0 %)

Figura 8

Características de la muestra según la religión de la madre



Al analizar la condición laboral de la muestra, se observó que el 51.3 % de las mujeres pertenecía a la población activa, mientras que este porcentaje aumentaba hasta el 96.2 % al considerar la situación laboral de sus parejas (ver Tabla 8 y Figura 9).

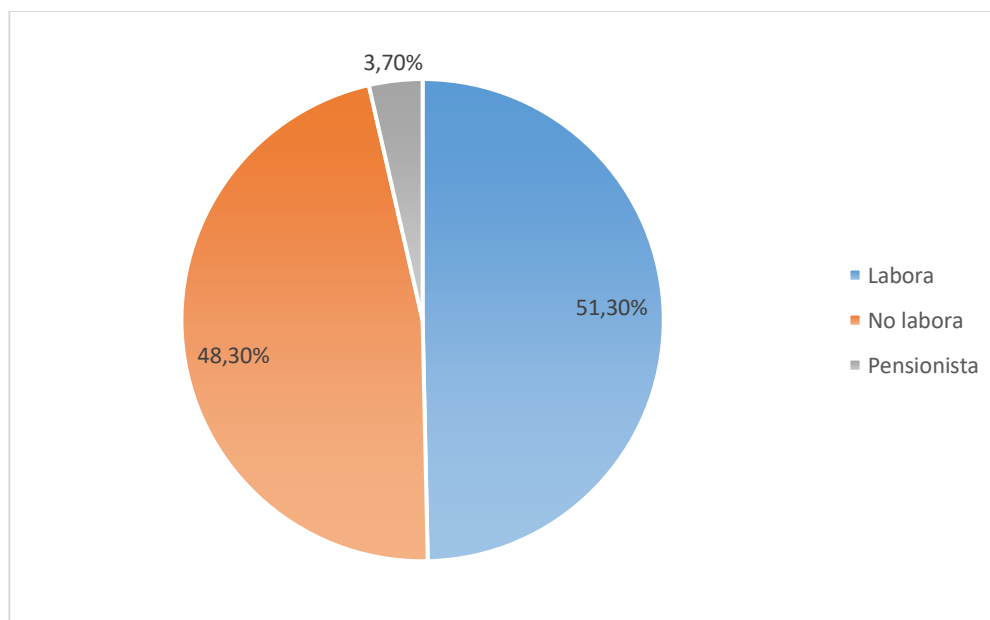
Tabla 8

Situación laboral de la madre y su pareja

Situación laboral de la madre y su pareja	
Parámetro	Porcentaje
Condición laboral de la madre	
Trabaja	153 (51.3 %)
No trabaja	144 (48.3 %)
Pensionista	1 (0.3 %)
Condición laboral de la pareja	
Trabaja	277 (96.2 %)
No trabaja	10 (3.5 %)
Pensionista	1 (0.3 %)

Figura 9

Características de la muestra según la actividad laboral de la madre



El nivel de estudios predominante entre las madres encuestadas correspondía a sin estudios o estudios primarios (49.2 %), mientras que solo un 11.8 % de las madres contaba con estudios universitarios. La situación es similar a las parejas de la muestra: el 59.4 % carecía de estudios o había cursado solo estudios primarios, frente al 8 % que poseía estudios universitarios (ver Tabla 9 y Figura 10).

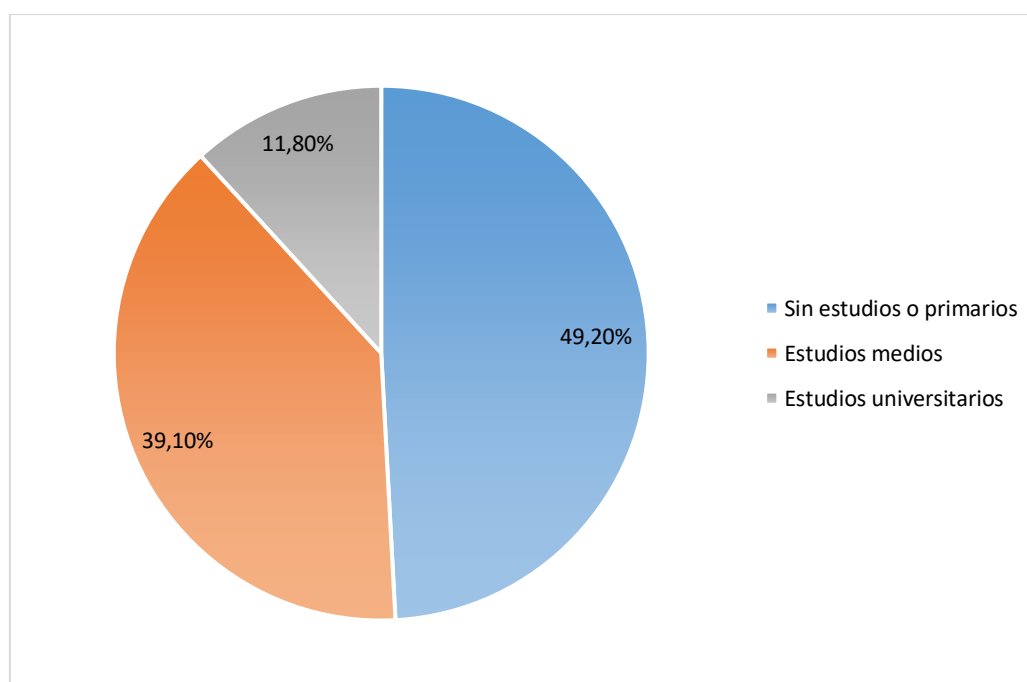
Tabla 9

Nivel de estudios de la madre y su pareja

Nivel de estudios de la madre y su pareja	
Parámetro	Porcentaje
Estudios de la madre	
Sin estudios/estudios primarios	146 (49.2 %)
Estudios medios	116 (39.1 %)
Estudios universitarios	35 (11.8 %)
Estudios de la pareja	
Sin estudios/estudios primarios	171 (59.4 %)
Estudios medios	94 (32.6 %)
Estudios universitarios	23 (8.0 %)

Figura 10

Características de la muestra según el nivel de estudios de la madre



El embarazo había sido deseado por ambos progenitores en la generalidad de los casos (84.6 % de las madres y 85.8 % de los padres) (ver Figura 11). En cuanto a los convivientes en el hogar, en un 78.9 % de los casos el núcleo familiar estaba conformado por la pareja e hijos, frente a un 21.1 % de los casos en los que vivían con otros familiares (ver Tabla 10).

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

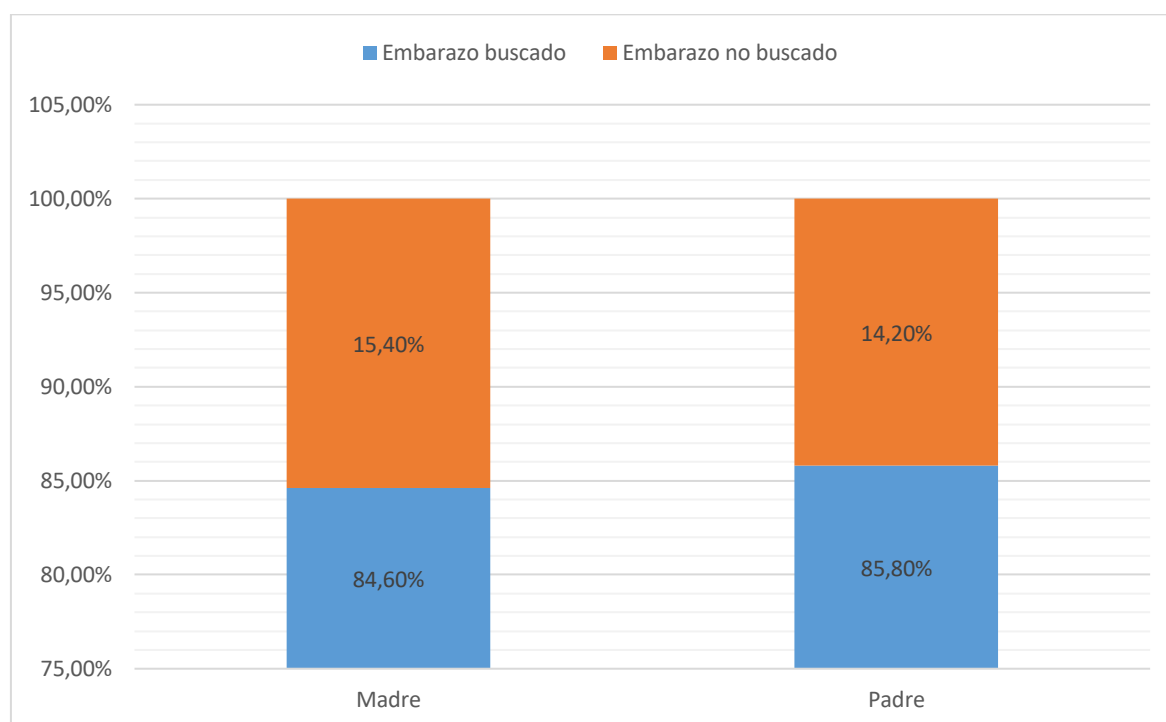
Tabla 10

Embarazo buscado y convivientes

Embarazo buscado y convivientes	
Parámetro	Porcentaje
Embarazo buscado por la madre	
Sí	252 (84.6 %)
No	46 (15.4 %)
Embarazo buscado por la pareja	
Sí	247 (85.8 %)
No	41 (14.2 %)
Convivientes	
Solo pareja e hijos	235 (78.9 %)
Pareja, hijos y otros	63 (21.1 %)

Figura 11

Características de la muestra según el deseo o no de embarazo



Respecto a los datos relacionados con el parto, se obtuvo que, en la muestra, el 63.1 % correspondió a partos eutócicos, el 31 % a partos vaginales instrumentados y el 26.5 % a cesáreas. La proporción de mujeres que recibieron la epidural (47.7 %) fue similar a aquellas que no utilizaron esta analgesia (52.3 %). La mitad de la muestra (50.7 %) había tenido hijos anteriormente y, de estas, el 82.2 % había amamantado a sus hijos anteriores (ver Tabla 11 y Figura 12).

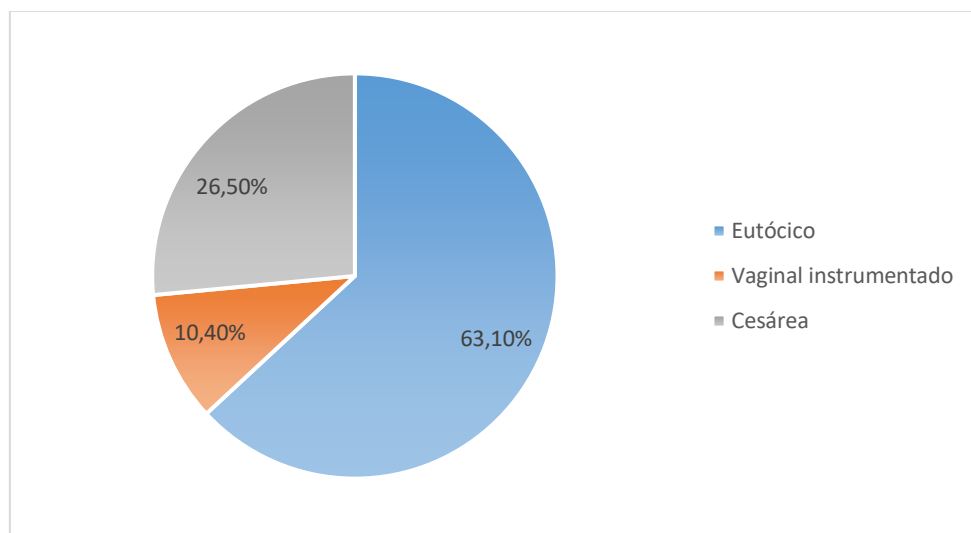
Tabla 11

Datos relacionados con el parto

Datos relacionados con el parto	
Parámetro	Porcentaje
Tipo de embarazo	
Único	98.7 %
Múltiple	1.3 %
Tipo de parto	
Eutócico	63.1 %
Vaginal instrumentado	10.4 %
Cesárea	26.5 %
Epidural	47.7 %
Parto anterior	50.7 %
LM anterior	82.2 %

Figura 12

Características de la muestra según el tipo de parto



En el estudio de los neonatos, se observó que el 50.7 % correspondió a hombres y el 49.3 % a mujeres; además, el 95.9 % de la muestra presentó resultados normales en el Test de Apgar (ver Tabla 12).

Tabla 12

Características de los neonatos de la muestra

Características de los neonatos	
Parámetro	Porcentaje
Sexo del recién nacido	
Hombre	151 (50.7 %)
Mujer	147 (49.3 %)
Examen Apgar normal del recién nacido	284 (95.9 %)
Sexo del recién nacido 2	
Hombre	3 (75.0 %)
Mujer	1 (25.0 %)
Examen Apgar normal del recién nacido 2	4 (100 %)

Al analizar los factores que favorecen la LM, se observó que el 77.5 % de los neonatos permanecieron junto a la madre tras el parto y que el 89.6 % recibió ayuda con la LM durante las primeras 6 horas. Solo un 7.3 % de las madres había recibido educación en LM durante el embarazo. En cuanto al apoyo recibido a lo largo de la LM, el 42.4 % de las mujeres manifestó haber recibido ayuda, de las cuales un 25.8 % fue proporcionada por parte de profesionales sanitarios (ver Tabla 13 y Figura 13).

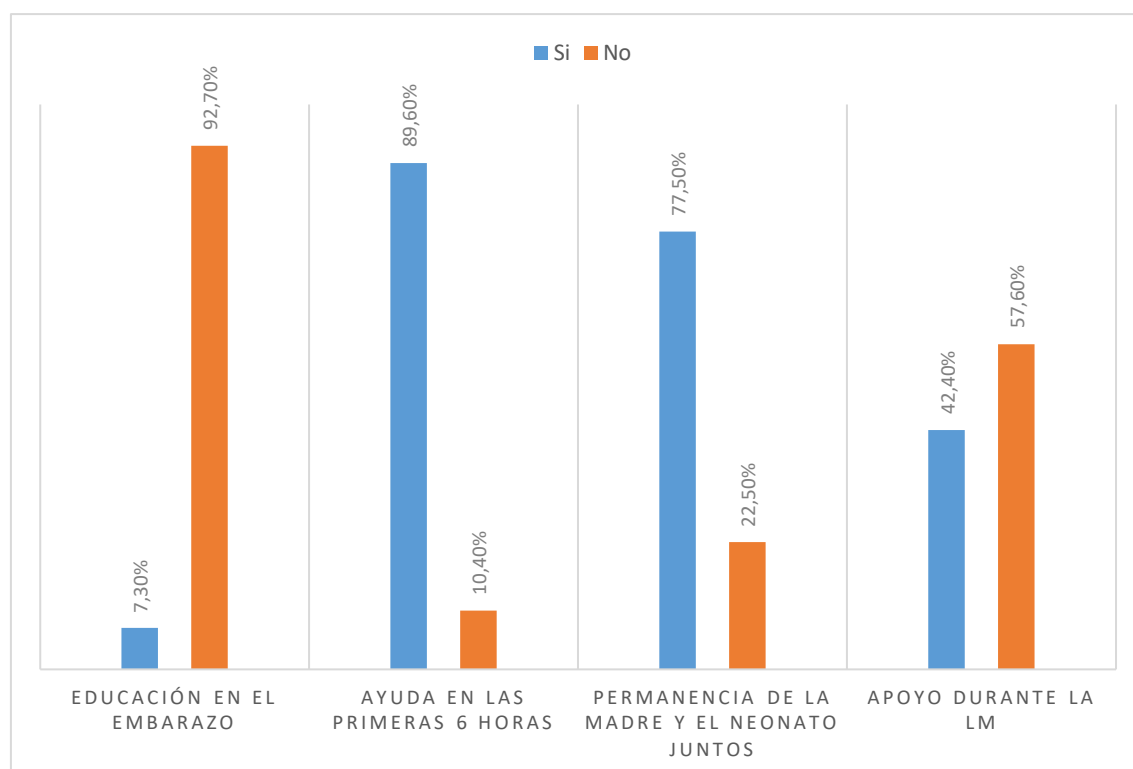
Tabla 13

Acciones incentivadoras de la LM

Acciones incentivadoras de la LM	
Parámetro	Porcentaje
Educación en el embarazo	
Presencial	15 (5.0 %)
Online	7 (2.3 %)
Ayuda durante las primeras 6 horas	267 (89.6 %)
Permanencia de la madre y el recién nacido juntos tras el parto	231 (77.5 %)
Apoyo durante la LM	
Enfermera/matrona CS	10 (7.6 %)
Pediatra CS	0 (0.0 %)
Enfermera/matrona H	24 (18.2 %)
Grupo de apoyo	1 (0.8 %)
Familiar	10 (7.6 %)
Apoyos varios	11 (8.3 %)
Sin apoyo	76 (57.6 %)

Figura 13

Características de la muestra según las acciones incentivadoras de la LM



Manifestaron su preferencia por la LM el 83.1 % de las madres, el 74.3 % de las parejas, el 77 % de las abuelas maternas, el 56.8 % de los abuelos maternos, el 64.2 % de las abuelas paternas y el 53.1 % de los abuelos paternos (ver Tabla 14), lo que refleja que la LM es la forma de alimentación de los lactantes más apoyada por las madres y su entorno (ver Figura 14).

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

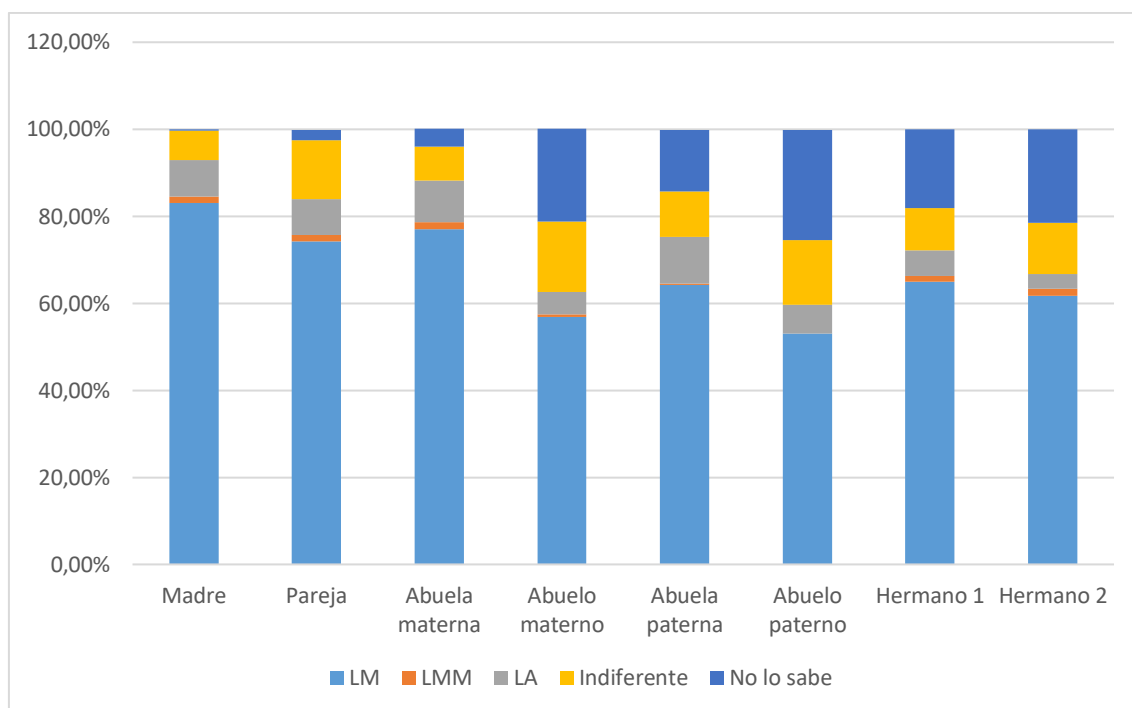
Tabla 14

Preferencias de lactancia

Preferencias de lactancia	
Parámetro	Porcentaje
Decisión de dar LM	
Sí	199 (67.0 %)
No	96 (32.3 %)
No lo sabe	2 (0.7 %)
Preferencia de lactancia por parte de la madre	
LM	246 (83.1 %)
LMM	4 (1.4 %)
LA	25 (8.4 %)
Indiferente	20 (6.8 %)
No lo sabe	1 (0.3 %)
Preferencia de lactancia por parte de la pareja	
LM	214 (74.3 %)
LMM	4 (1.4 %)
LA	24 (8.3 %)
Indiferente	39 (13.5 %)
No lo sabe	7 (2.4 %)
Preferencia de lactancia por parte de la abuela materna	
LM	228 (77.0 %)
LMM	5 (1.7 %)
LA	28 (9.5 %)
Indiferente	23 (7.8 %)
No lo sabe	12 (4.1 %)
Preferencia de lactancia por parte del abuelo materno	
LM	168 (56.8 %)
LMM	2 (0.7 %)
LA	15 (5.1 %)
Indiferente	48 (16.2 %)
No lo sabe	63 (21.3 %)
Preferencia de lactancia por parte de la abuela por parte de la pareja	
LM	185 (64.2 %)
LMM	1 (0.3 %)
LA	31 (10.8 %)
Indiferente	30 (10.4 %)
No lo sabe	41 (14.2 %)
Preferencia de lactancia por parte del abuelo por parte de la pareja	
LM	153 (53.1 %)
LMM	0 (0.0 %)
LA	19 (6.6 %)
Indiferente	43 (14.9 %)
No lo sabe	73 (25.3 %)
Preferencia de lactancia por parte del primer hermano/a materna	
LM	187 (64.9 %)
LMM	4 (1.4 %)
LA	17 (5.9 %)
Indiferente	28 (9.7 %)
No lo sabe	52 (18.1 %)

Figura 14

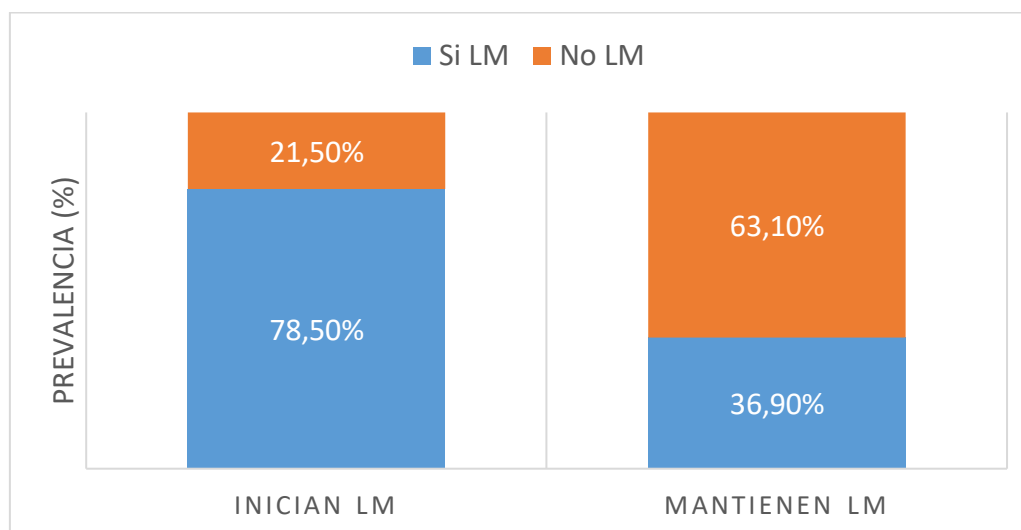
Características de la muestra según las preferencias de lactancia



En la muestra, 234 mujeres (78.5 %) practicaron la lactancia (ver Figura 8), de las cuales 124 la abandonó antes de los 12 meses (41.6 % del total de mujeres y 53.0 % de las mujeres que la iniciaron). Se reportó que 64 mujeres (21.6 %) nunca inició la lactancia (ver Figura 15). Durante el periodo de estudio, se perdió el contacto con 96 mujeres (32.1 %).

Figura 15

Resumen de lactancia



ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

En relación con los motivos para no iniciar la LM, el 87.9 % de las mujeres que optaron por no amamantar a sus hijos atribuyeron su decisión a factores intrínsecos a ellas mismas, mientras que el 12.1 % restante mencionó otros motivos. En cuanto a las razones para el abandono de la LM antes de los 12 meses, el 66.9 % de las mujeres señaló factores relacionados con ellas mismas, mientras que el 33.1 % indicó otros factores.

Para una comprensión más profunda de estos resultados, es necesario identificar y categorizar los factores específicos que influyeron en la decisión de no iniciar o abandonar la LM. Estos factores podrían incluir aspectos como la salud materna, la disponibilidad de apoyo familiar y social, las creencias culturales y las experiencias previas de lactancia, entre otros, los cuales se analizarán más adelante (ver Tabla 15).

Tabla 15

Datos relacionados con la lactancia

Datos relacionados con la lactancia	
Parámetro	Porcentaje
LM	234 (78.5 %)
Abandono de la LM antes de los 12 meses	124 (53.0 %)
Resumen de lactancia	
Sí LM	110 (36.9 %)
LM no iniciada	64 (21.5 %)
Abandono de la LM	124 (41.6 %)
Motivo de no inicio de la LM	
Relacionado con la madre	58 (87.9 %)
Otro	8 (12.1 %)
Motivo de abandono de la LM	
Relacionado con la madre	83 (66.9 %)
Otro	41 (33.1 %)

En este estudio se observó que el 78.5 % de las mujeres iniciaron LM; de ellas, el 78 % continuó con la LM a los 3 meses, el 83.6 % a los 6 meses y el 74.8 % a los 12 meses (ver Tabla 16 y Figura 16).

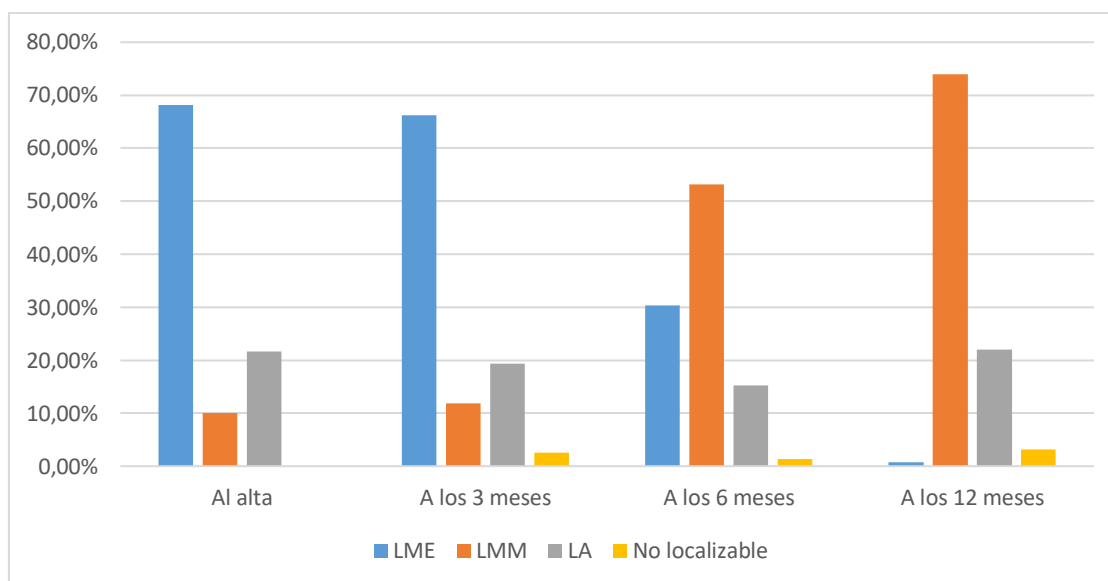
Tabla 16

Inicio y continuidad de la LM

Inicio y continuidad de la LM				
	Al alta	3 meses	6 meses	12 meses
LM	232 (78.3 %)	178 (78.0 %)	132 (83.6 %)	95 (74.8 %)
LME	202 (68.2 %)	151 (66.2 %)	48 (30.4 %)	1 (0.8 %)
LMM	30 (10.1 %)	27 (11.8 %)	84 (53.2 %)	94 (74.0 %)
LA	64 (21.6 %)	44 (19.3 %)	24 (15.2 %)	28 (22.0 %)
No localizable	0 (0 %)	6 (2.6 %)	2 (1.3 %)	4 (3.1 %)

Figura 16

Inicio y evolución de la LM



El 47.1 % de las mujeres encuestadas refirió no haber experimentado problemas durante la LM, lo que refleja un dato positivo en relación con la experiencia general de amamantamiento. Sin embargo, más de la mitad de las madres (52.9 %) manifestó haber enfrentado alguna dificultad en el proceso.

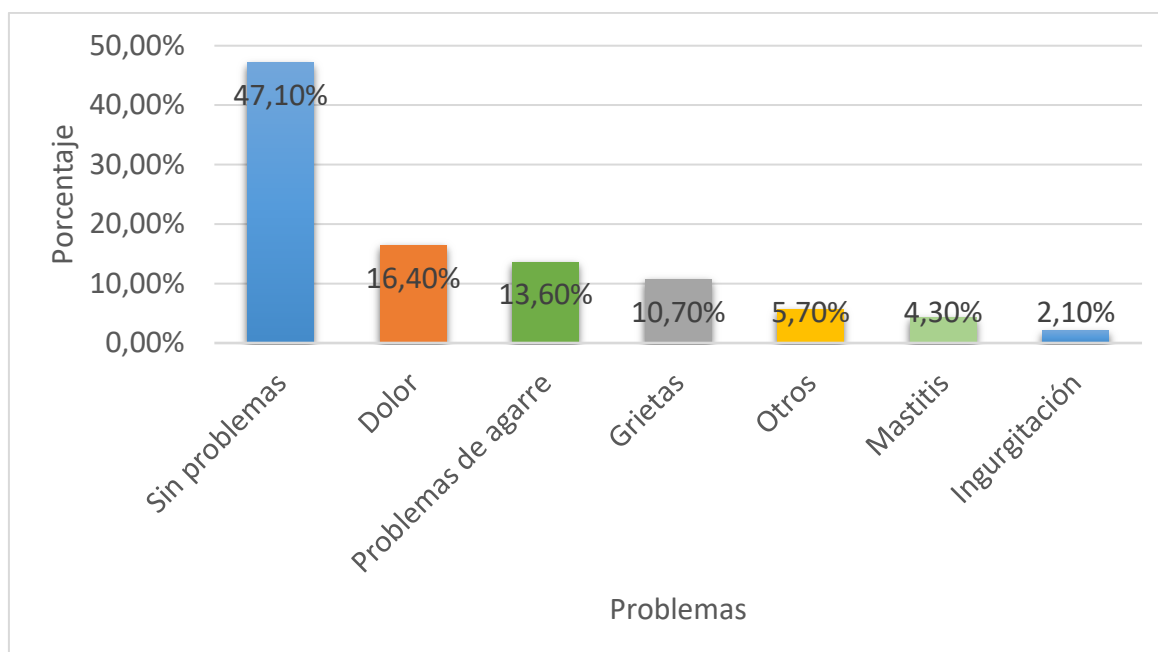
Entre los problemas obtenidos, el dolor fue el más frecuente (16.4 %), seguido por problemas de agarre (13.6 %) y la aparición de grietas en el pezón (10.7 %). Estas complicaciones son comunes en las primeras etapas de la lactancia y, en muchos casos, pueden corregirse mediante una adecuada orientación profesional.

En menor medida, se identificaron otros tipos de dificultades, como diversos problemas no especificados (5.7 %), mastitis (4.3 %) e ingurgitación mamaria (2.1 %), los cuales, aunque menos prevalentes, pueden generar molestias importantes y contribuir al abandono precoz de la lactancia si no se gestionan adecuadamente (Figura 17).

Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de proporcionar apoyo técnico y emocional a las madres lactantes, especialmente durante las primeras semanas, con el fin de prevenir complicaciones y favorecer la continuidad de la LM.

Figura 17

Problemas durante la LM



El análisis de los datos relativos a la incidencia del COVID-19 en la muestra reveló que el 12 % de las mujeres encuestadas contrajo la enfermedad durante el embarazo, mientras que el 19.2 % la padeció durante el periodo de lactancia. El 96 % de las mujeres que contrajeron la enfermedad en el embarazo y el 93.1 % de las que la contrajeron durante la lactancia manifestaron que habían podido llevar una vida normal.

En relación con el entorno familiar, se observó que el 17.3 % de las parejas, el 13.3 % de los convivientes, el 23.2 % de familiares cercanos y el 21.5 % de amigos presentaron diagnóstico de COVID-19. A pesar de ello, más del 94 % de las mujeres refirió no haber visto alterada su vida cotidiana durante estos episodios, y los ingresos hospitalarios fueron escasos (dos casos en madres y un caso en familiares).

En cuanto a la posible influencia de la pandemia en la decisión sobre el tipo de lactancia, solo una mujer (0.6 %) manifestó haber cambiado negativamente su decisión como consecuencia de la situación pandémica, mientras que el 99.4 % mantuvo su elección inicial (ver Tabla 17).

Estos resultados sugieren que, en esta muestra, la pandemia por COVID-19 no supuso un factor determinante en la modificación de la práctica de la LM, ni en su inicio ni en su

mantenimiento. La percepción general de haber podido llevar una vida normal incluso ante la exposición al virus podría estar relacionada con un entorno familiar estable, un adecuado acceso a la información o una percepción positiva del amamantamiento incluso en contextos adversos.

Tabla 17

Estudio del COVID-19 en la muestra

Parámetro	Porcentaje
COVID-19 durante el embarazo	25 (12.0 %)
Vida normal durante la COVID-19	24 (96.0 %)
Ingreso por la COVID-19	2 (8.0 %)
COVID-19 durante la LM	29 (19.2 %)
Vida normal durante la COVID-19	27 (93.1 %)
COVID-19 de la pareja	26 (17.3 %)
Vida normal durante la COVID-19	25 (96.2 %)
COVID-19 de algún conviviente	20 (13.3 %)
Vida normal durante la COVID-19	19 (95.0 %)
COVID-19 de algún familiar	35 (23.2 %)
Vida normal durante la COVID-19	32 (94.1 %)
Ingreso por la COVID-19	1 (3.0 %)
COVID-19 de algún amigo	32 (21.5 %)
Vida normal durante la COVID-19	30 (96.8 %)
Cambio en la decisión de la lactancia condicionado por la COVID-19	
Sí (de forma negativa)	1 (0.6 %)
No	166 (99.4 %)

6.2 Influencia de parámetros demográficos, culturales y clínicos de las mujeres que practicaron lactancia materna

Este estudio se centró en analizar la influencia de diversas variables en mujeres que practicaron LM, con el objetivo de identificar los factores que favorecen o dificultan su continuación, contribuyendo así a mejorar la atención y el apoyo en los programas de salud materno-infantil.

Para dicho propósito, se utilizó la prueba de chi cuadrado para determinar la posible influencia de distintos parámetros cualitativos demográficos y clínicos sobre la práctica de la LM al momento del alta del hospital de las madres y lactantes. En este trabajo se consideraron como significativas aquellas asociaciones cuyo valor de p fuese menor o igual a 0.05.

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

El análisis de las variables cuantitativas reveló una asociación significativa entre la edad materna y la práctica de la LM ($p < 0.001$). Las madres que optaron por la LM presentaron una mediana de edad superior (29 años) en comparación con aquellas que no lo hicieron (25 años) (ver Tabla 18 y Figura 18).

Estos resultados respaldan la hipótesis de que la edad de la madre y, posiblemente, de la pareja puede ser un factor determinante en la práctica de la LM, posiblemente asociado con una mayor estabilidad emocional, madurez o acceso a información fiable sobre los beneficios de la LM.

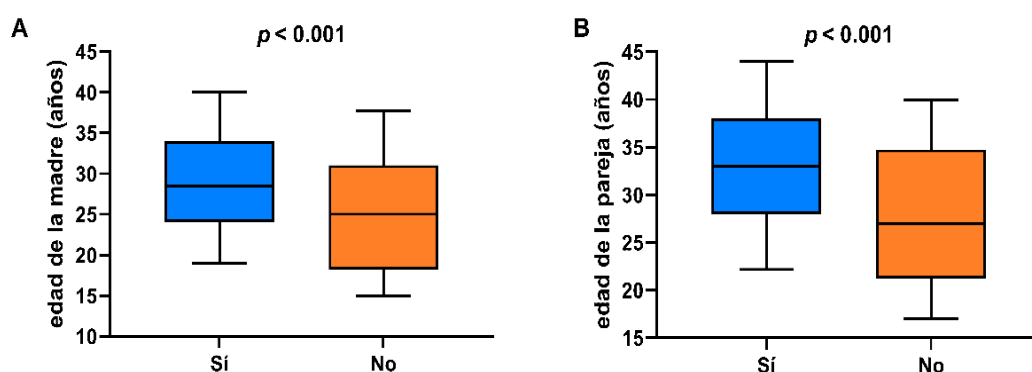
Tabla 18

Influencia de la edad de las pacientes que practicaron LM

Parámetro	Mediana (mín – máx)	P -valor
Edad de la madre (años)		
LM sí (n = 234)	29 (17 - 48)	< 0.001
LM no (n = 64)	25 (14 - 43)	
Edad de la pareja (años)		
LM sí (n = 222)	33 (17 - 62)	< 0.001
LM no (n = 60)	27 (16 - 48)	

Figura 18

Comparativa de edad de las madres y las parejas



ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

El análisis de los factores demográficos, culturales y clínicos reveló asociaciones significativas con la práctica de la LM. En particular, la nacionalidad y la etnia de la madre y su pareja ejercieron una influencia significativa ($p < 0.001$) en la decisión de iniciar o no la LM. La nacionalidad española se asoció en mayor medida con la decisión de no practicar la LM, mientras que las madres de origen marroquí la practicaron en mayor proporción. Por otro lado, la etnia gitana mostró una diferencia marcada en la LM, con una menor tasa entre quienes optaron por amamantar.

Asimismo, la afiliación religiosa también pareció influir, siendo el cristianismo el grupo predominante entre quienes no practicaron la LM. De igual manera, la condición laboral de la madre y el nivel de estudios de la pareja también mostraron una influencia significativa en la práctica de la LM. Estos parámetros se analizarán a lo largo del estudio (ver Tabla 19).

Tabla 19

Aspectos demográficos de las mujeres que practicaron LM

Parámetro	LM (%)		
	Sí (n = 234)	No (n = 64)	p-valor
Nacionalidad de la madre			
Española	139 (59.4 %)	62 (96.9 %)	< 0.001
Marroquí	68 (29.1 %)	0 (0.0 %)	
Otra	27 (11.5 %)	2 (3.1 %)	
Nacionalidad española de la madre			
Sí	139 (59.4 %)	62 (96.9 %)	< 0.001
No	95 (40.6 %)	2 (3.1 %)	
Nacionalidad de la pareja			
Española	131 (57.7 %)	58 (93.5 %)	< 0.001
Marroquí	71 (31.3 %)	0 (0.0 %)	
Otra	25 (11.0 %)	4 (6.5 %)	
Nacionalidad española de la pareja			
Sí	131 (57.7 %)	58 (93.5 %)	< 0.001
No	96 (42.3 %)	4 (6.5 %)	
Etnia de la madre			
Caucásica	127 (54.3 %)	32 (50.0 %)	< 0.001
Gitana	12 (5.1 %)	31 (48.4 %)	
Árabe	70 (29.9 %)	0 (0.0 %)	
Sudamericana	22 (9.4 %)	1 (1.6 %)	
Sudafricana	2 (0.9 %)	0 (0.0 %)	
Centroamericana	1 (0.4 %)	0 (0.0 %)	
Etnia gitana de la madre			
Sí	12 (5.1 %)	31 (48.4 %)	< 0.001
No	222 (94.9 %)	33 (51.6 %)	

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Etnia árabe de la madre			
Sí	70 (29.9 %)	0 (0.0 %)	< 0.001
No	164 (70.1 %)	64 (100.0 %)	
Etnia caucásica de la madre			
Sí	127 (54.3 %)	32 (50.0 %)	0.544
No	107 (45.7 %)	32 (50.0 %)	
Etnia de la pareja			
Caucásica	122 (54.2 %)	31 (50.0 %)	< 0.001
Gitana	12 (5.3 %)	31 (50.0 %)	
Árabe	69 (30.7 %)	0 (0.0 %)	
Sudamericana	19 (8.4 %)	0 (0.0 %)	
Sudafricana	2 (0.9 %)	0 (0.0 %)	
Centroamericana	1 (0.4 %)	0 (0.0 %)	
Etnia gitana de la pareja			
Sí	12 (5.3 %)	31 (50.0 %)	< 0.001
No	213 (94.7 %)	31 (50.0 %)	
Etnia árabe de la pareja			
Sí	69 (30.7 %)	0 (0.0 %)	< 0.001
No	156 (69.3 %)	62 (100.0 %)	
Etnia caucásica de la pareja			
Sí	122 (54.2 %)	31 (50.0 %)	< 0.001
No	103 (45.8 %)	31 (50.0 %)	
Religión de la madre			
Cristianismo	152 (65.0 %)	62 (96.9 %)	< 0.001
Islam	73 (31.2 %)	0 (0.0 %)	
Judaísmo	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
Ateísmo	9 (3.8 %)	2 (3.1 %)	
Otra	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
Religión de la pareja			
Cristianismo	143 (63.3 %)	61 (98.4 %)	< 0.001
Islam	73 (32.3 %)	0 (0.0 %)	
Judaísmo	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
Ateísmo	10 (4.4 %)	1 (1.6 %)	
Otra	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	

Los datos analizados revelan diferencias significativas en diversos aspectos sociales entre las mujeres que practicaron la LM y aquellas que no lo hicieron. La condición laboral de la madre, el nivel educativo de la pareja, la planificación del embarazo y la conformación familiar son factores que parecen influir en la decisión de amamantar (ver Tabla 20). Estos hallazgos pueden ser útiles para diseñar intervenciones que promuevan la LM en diferentes contextos sociales.

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Tabla 20

Aspectos sociales de las mujeres que practicaron LM

Parámetro	LM (%)		
	Sí (n = 234)	No (n = 64)	p-valor
Mujer con pareja			
Sí	227 (97.0 %)	62 (96.9 %)	0.956
No	7 (3.0 %)	2 (3.1 %)	
Condición laboral de la madre			
Trabaja	128 (54.7 %)	25 (39.1 %)	0.017
No trabaja	106 (45.3 %)	38 (59.4 %)	
Pensionista	0 (0.0 %)	1 (1.6 %)	
Condición laboral de la pareja			
Trabaja	218 (96.5 %)	59 (95.2 %)	0.702
No trabaja	7 (3.1 %)	3 (4.8 %)	
Pensionista	1 (0.4 %)	0 (0.0 %)	
Estudios de la madre			
Sin estudios/estudios primarios	113 (48.5 %)	33 (51.6 %)	0.132
Estudios medios	88 (37.8 %)	28 (43.8 %)	
Estudios universitarios	32 (13.7 %)	3 (4.7 %)	
Estudios de la pareja			
Sin estudios/estudios primarios	130 (57.5 %)	41 (66.1 %)	0.031
Estudios medios	73 (32.3 %)	21 (33.9 %)	
Estudios universitarios	23 (10.2 %)	0 (0.0 %)	
Embarazo buscado por la madre			
Sí	204 (87.2 %)	48 (75.0 %)	0.017
No	30 (12.8 %)	16 (25.0 %)	
Embarazo buscado por la pareja			
Sí	201 (88.9 %)	46 (74.2 %)	0.003
No	25 (11.1 %)	16 (25.8 %)	
Convivientes			
Solo pareja e hijos	195 (83.3 %)	40 (62.5 %)	< 0.001
Pareja, hijos y otros	39 (16.7 %)	24 (37.5 %)	

En cuanto a las condiciones clínicas, no se encontró una influencia significativa del tipo de parto, aunque sí se observó una relación con la analgesia epidural. Las condiciones de salud del niño (Apgar, peso y talla al nacer) tampoco influyeron en la decisión de amamantar. Sí resultaron determinantes factores como que la madre hubiera amamantado previamente y que hubiera recibido ayuda durante las primeras 6 horas (ver Tabla 21).

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Tabla 21

Datos relacionados con los neonatos y el parto de las mujeres que practicaron LM

Parámetro	LM (%)		
	Sí (n = 234)	No (n = 64)	p-valor
Tipo de embarazo			
Único	230 (98.3 %)	64 (100.0 %)	0.292
Múltiple	4 (1.7 %)	0 (0.0 %)	
Tipo de parto			
Eutócico	150 (64.1 %)	38 (59.4 %)	0.541
Vaginal instrumental	22 (9.4 %)	9 (14.1 %)	
Cesárea	62 (26.5 %)	17 (26.6 %)	
Epidural			
Sí	104 (44.4 %)	38 (59.4 %)	0.034
No	130 (55.6 %)	26 (40.6 %)	
Parto anterior			
Sí	124 (53.0 %)	27 (42.2 %)	0.126
No	110 (47.0 %)	37 (57.8 %)	
LM anterior			
Sí	109 (91.6 %)	11 (40.7 %)	< 0.001
No	10 (8.4 %)	16 (59.3 %)	
Sexo del recién nacido 1			
Hombre	125 (53.4 %)	26 (40.6 %)	0.070
Mujer	109 (46.6 %)	38 (59.4 %)	
Examen Apgar normal del recién nacido 1			
Sí	223 (96.1 %)	61 (95.3 %)	0.772
No	9 (3.9 %)	3 (4.7 %)	
Sexo del recién nacido 2			
Hombre	3 (75.0 %)	0 (0.0 %)	-
Mujer	1 (25.0 %)	0 (0.0 %)	
Examen Apgar normal del recién nacido 2			
Sí	4 (100.0 %)	0 (0.0 %)	-
No	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
Educación en maternidad			
Sí	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	-
No	234 (100.0 %)	64 (100.0 %)	
Ayuda durante las primeras 6 horas			
Sí	214 (91.5 %)	53 (82.8 %)	0.004
No	20 (8.5 %)	11 (17.1 %)	
Permanencia de la madre y el recién nacido juntos tras el parto			
Sí	180 (76.9 %)	51 (79.7 %)	0.639
No	54 (23.1 %)	13 (20.3 %)	

Un aspecto importante fue la influencia de la familia en la decisión y la continuidad de la LM. Las opiniones de la pareja, de los abuelos y de los hermanos, así como la propia preferencia de lactancia de la madre, jugaron un papel relevante en este proceso (ver Tabla 22).

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Tabla 22

Preferencias de lactancia en la muestra que dio LM

Parámetro	LM (%)		
	Sí (n = 234)	No (n = 64)	p-valor
Preferencia de lactancia por parte de la madre			
LM	217 (93.5 %)	29 (45.3 %)	< 0.001
LMM	3 (1.3 %)	1 (1.6 %)	
LA	1 (0.4 %)	24 (37.5 %)	
Indiferente	11 (4.7 %)	9 (14.1 %)	
No lo sabe	0 (0.0 %)	1 (1.6 %)	
Preferencia de lactancia por parte de la pareja			
LM	197 (87.2 %)	17 (27.4 %)	< 0.001
LMM	4 (1.8 %)	0 (0.0 %)	
LA	2 (0.9 %)	22 (35.5 %)	
Indiferente	21 (9.3 %)	18 (29.0 %)	
No lo sabe	2 (0.9 %)	5 (8.1 %)	
Preferencia de lactancia por parte de la abuela materna			
LM	200 (86.2 %)	28 (43.8 %)	< 0.001
LMM	4 (1.7 %)	1 (1.6 %)	
LA	10 (4.3 %)	18 (28.1 %)	
Indiferente	14 (6.0 %)	9 (14.1 %)	
No lo sabe	4 (1.7 %)	8 (12.5 %)	
Preferencia de lactancia por parte del abuelo materno			
LM	158 (68.1 %)	10 (15.6 %)	< 0.001
LMM	1 (0.4 %)	1 (1.6 %)	
LA	3 (1.3 %)	12 (18.8 %)	
Indiferente	30 (12.9 %)	18 (28.1 %)	
No lo sabe	40 (17.2 %)	23 (35.9 %)	
Preferencia de lactancia por parte de la abuela por parte de la pareja			
LM	173 (76.5 %)	12 (19.4 %)	< 0.001
LMM	1 (0.4 %)	0 (0.0 %)	
LA	7 (3.1 %)	24 (38.7 %)	
Indiferente	17 (7.5 %)	13 (21.0 %)	
No lo sabe	28 (12.4 %)	13 (21.0 %)	
Preferencia de lactancia por parte del abuelo por parte de la pareja			
LM	146 (64.6 %)	7 (11.3 %)	< 0.001
LMM	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
LA	5 (2.2 %)	14 (22.6 %)	
Indiferente	25 (11.1 %)	18 (29.0 %)	
No lo sabe	50 (22.1 %)	23 (37.1 %)	
Preferencia de lactancia por parte del primer hermano/a materna			
LM	174 (77.0 %)	13 (21.0 %)	< 0.001
LMM	3 (1.3 %)	1 (1.6 %)	
LA	10 (4.4 %)	7 (11.3 %)	
Indiferente	10 (4.4 %)	18 (29.0 %)	
No lo sabe	29 (12.8 %)	23 (37.1 %)	

Adicionalmente, se observó que las mujeres con antecedentes de LM prolongada (mediana de 12 meses en hijos anteriores) mostraron una mayor propensión a lactar en el presente estudio, en comparación con aquellas con una duración de lactancia previa más corta (mediana de 3 meses) (ver Figura 19). También influyó haber tenido gestaciones

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

anteriores. Nuevamente, los parámetros relativos a la salud del bebé, en este caso, peso y la longitud al nacer, no influyeron en el inicio de la LM. Asimismo, factores perinatales como la edad gestacional, abortos, partos o cesáreas anteriores tampoco mostraron influencia significativa (ver Tabla 23)

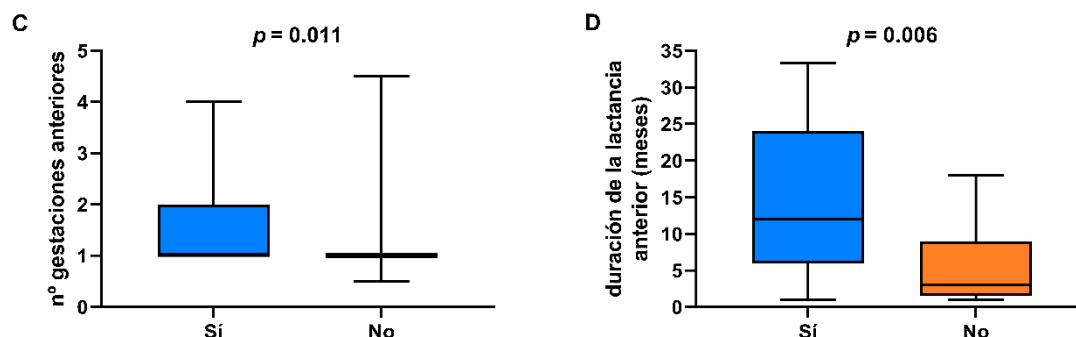
Tabla 23

Influencia de las variables cuantitativas de las pacientes que practicaron LM

Parámetro	Mediana (mín-máx)	P-valor
Edad gestacional (semanas)		
LM sí (n = 234)	40 (28 - 41)	0.161
LM no (n = 64)	39 (32 - 42)	
Gestaciones anteriores		
LM sí (n = 135)	1 (0 - 6)	0.011
LM no (n = 29)	1 (0 - 5)	
Abortos anteriores		
LM sí (n = 116)	0 (0 - 3)	0.084
LM no (n = 19)	0 (0 - 1)	
Partos anteriores		
LM sí (n = 121)	1 (0 - 5)	0.460
LM no (n = 25)	1 (0 - 4)	
Cesáreas anteriores		
LM sí (n = 103)	0 (0 - 2)	1.000
LM no (n = 20)	0 (0 - 1)	
Duración de la LM anterior (meses)		
LM sí (n = 108)	12 (0 - 40)	0.006
LM no (n = 9)	3 (1 - 18)	
Peso del recién nacido 1 (g)		
LM sí (n = 234)	3190 (1700 - 4885)	0.995
LM no (n = 64)	3245 (1600 - 4125)	
Longitud del recién nacido 1 (cm)		
LM sí (n = 230)	49 (43 - 53)	0.924
LM no (n = 63)	49 (43 - 58)	
Peso del recién nacido 2 (g)		
LM sí (n = 4)	2428 (1890 - 3045)	-
LM no (n = 0)	-	
Longitud del recién nacido 2 (cm)		
LM sí (n = 3)	47 (46 - 48)	-
LM no (n = 0)	-	

Figura 19

Comparativa gestaciones anteriores y duración de la LM anterior



En la Tabla 24 se muestran los resultados del estudio de las curvas ROC de las mujeres que practicaron LM. Solo se incluyeron en este análisis aquellos parámetros perinatales que resultaron con una significancia ≤ 0.05 en la prueba de chi cuadrado.

El análisis de la curva ROC permitió identificar puntos de corte clínicamente relevantes en variables demográficas y antecedentes obstétricos asociados con una mayor probabilidad de práctica de LM. Las madres con 25.5 años o más presentan un 66.2 % de probabilidad de dar LM, lo que sugiere una mayor predisposición a amamantar en mujeres de mayor edad. Cuando la pareja tiene 28.5 años o más, la probabilidad de que la madre amamante asciende a 74.3 %, lo que podría reflejar una mayor madurez, apoyo o estabilidad familiar en estos casos.

Las mujeres que han tenido al menos 1.5 gestaciones presentan una probabilidad del 43.7 % de dar LM, lo cual indica que la experiencia previa no garantiza necesariamente la práctica de la LM, aunque podría influir parcialmente. Las mujeres cuya LM anterior duró 3.5 meses o más muestran la mayor probabilidad (82.4 %) de volver a amamantar. Esto subraya la importancia de las experiencias previas positivas como factor predictivo clave en la continuidad de la LM (ver Tabla 24).

Estos hallazgos refuerzan la utilidad del análisis ROC para identificar perfiles maternos que pueden beneficiarse de estrategias de refuerzo y apoyo en LM. En particular, la edad de la pareja y la experiencia previa de lactancia se posicionan como factores relevantes a tener en cuenta en futuras intervenciones.

Tabla 24

Estudio de curva ROC de las mujeres que practicaron LM

Parámetro	Valor de referencia	p-valor	Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad
Edad de la madre (años)	Sí	0.001	25.5	0.662	0.531
Edad de la pareja (años)	Sí	< 0.001	28.5	0.743	0.550
Gestaciones anteriores	Sí	0.024	1.5	0.437	0.862
Duración de la LM anterior (meses)	Sí	0.007	3.5	0.824	0.556

Los valores de Kappa se sitúan entre 0.151 y 0.248, lo que indica una concordancia baja pero estadísticamente significativa (todos los p-valores < 0.01) entre las variables analizadas y la práctica de LM. Aunque la fuerza de acuerdo no es alta, existe una relación real entre estas variables y la conducta de lactancia.

La edad de la madre muestra una relación significativa (Kappa = 0.152), con buena sensibilidad (66.2 %) y un valor predictivo positivo (VPP) de 83.8 %, aunque con una especificidad y valor predictivo negativo (VPN) más bajos, lo que indica limitaciones para identificar a las que no amamantan. La edad de la pareja muestra el mayor valor de Kappa (0.248) y una sensibilidad del 74.3 %, lo que sugiere que esta variable tiene una moderada capacidad para identificar a las madres que dan LM, además de un VPP del 85.9 %, lo que la convierte en un indicador útil.

La variable “gestaciones anteriores” muestra una alta especificidad (86.2 %) y un VPP de 93.7 %, lo que indica que cuando la variable predice que la madre dará LM, es muy probable que así sea. Sin embargo, su sensibilidad es baja (43.7 %), por lo que no identifica adecuadamente a todas las madres que sí lactan. Esto sugiere que tiene más valor para confirmar que una madre dará LM que para detectar a todas las que lo harán.

La duración de la LM tiene la sensibilidad más alta (82.4 %) y un excelente VPP (95.7 %), lo que la convierte en el mejor predictor individual de la práctica de LM. Aunque su especificidad y VPN son más bajos, su capacidad para identificar correctamente a las madres que amamantan es notable. Esto refuerza la importancia de la experiencia previa en LM como predictor positivo (ver Tabla 25).

En conjunto, aunque los coeficientes Kappa reflejan una concordancia modesta, el análisis de la sensibilidad, la especificidad y los valores predictivos muestra que variables

como la duración de la LM previa y la edad de la pareja son especialmente útiles para predecir la práctica de LM. Estos factores podrían considerarse en programas de apoyo y seguimiento a la LM, con el objetivo de priorizar la intervención en mujeres con menor experiencia o con factores asociados a menor probabilidad de amamantar.

Tabla 25

Correlación Kappa de las pacientes que practicaron LM

Parámetro	Kappa	p-valor	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN
Edad de la madre (años)	0.152	0.005	66.2 % (60.2 % - 72.3 %)	53.1 % (40.9 % - 65.4 %)	83.8 % (78.5 % - 89.1 %)	30.1 % (21.6 % - 38.5 %)
Edad de la pareja (años)	0.248	< 0.001	74.3 % (68.6 % - 80.1 %)	55.0 % (42.4 % - 67.6 %)	85.9 % (81.0 % - 90.9 %)	36.7 % (26.7 % - 46.6 %)
Gestaciones anteriores	0.151	0.003	43.7 % (35.3 % - 52.1 %)	86.2 % (73.7 % - 98.8 %)	93.7 % (87.6 % - 99.7 %)	24.8 % (16.3 % - 33.2 %)
Duración de la LM anterior (meses)	0.215	0.007	82.4 % (75.2 % - 89.6 %)	55.6 % (23.1 % - 88.0 %)	95.7 % (91.6 % - 99.8 %)	20.8 % (4.6 % - 37.1 %)

El análisis de regresión logística binaria permitió identificar los factores asociados de manera significativa con la práctica de LM. En el modelo multivariante, se incluyeron únicamente variables dicotómicas que presentaron una significación estadística en los análisis univariantes previos ($p \leq 0.005$).

Se observó que el antecedente de haber practicado LM en hijos anteriores fue el factor con mayor fuerza asociativa, con una *odds ratio* (OR) de 10.888 (IC 95 %: 3.596–32.971; $p < 0.001$), lo que indica que las mujeres que habían dado el pecho anteriormente tenían más de 10 veces más probabilidades de repetir esta conducta en el presente embarazo. De forma complementaria, una duración de la LM anterior igual o superior a 3.5 meses también se asoció significativamente con la práctica actual de LM (OR: 6.176; IC 95 %: 1.501–25.409; $p = 0.012$).

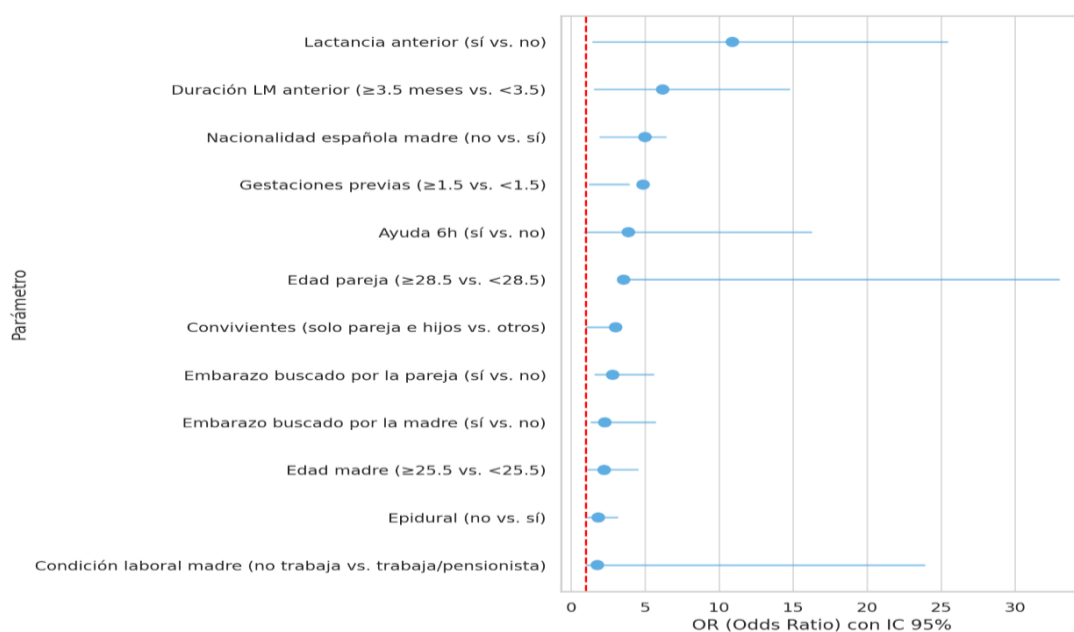
Asimismo, la nacionalidad no española de la madre se asoció de forma significativa con una mayor probabilidad de amamantar (OR: 4.983; IC 95 %: 1.041–23.860; $p = 0.044$). Este hallazgo sugiere que, en la muestra estudiada, las madres extranjeras presentaron una mayor predisposición hacia la LM en comparación con las madres de nacionalidad española.

En el análisis univariante, también se identificaron otros factores con asociaciones estadísticamente significativas, aunque no se mantuvieron en el modelo multivariante. Entre ellos destacan: la edad de la madre ≥ 25.5 años (OR: 2.224; $p = 0.005$), la edad de la pareja ≥ 28.5 años (OR: 3.538; $p < 0.001$), haber tenido al menos 1.5 gestaciones anteriores (OR: 4.852; $p = 0.005$), haber recibido ayuda durante las primeras seis horas posparto (OR: 2.220; $p=0.045$), convivir únicamente con pareja e hijos (OR: 3.000; $p < 0.001$) y que el embarazo fuera buscado por la pareja (OR: 2.797; $p = 0.004$) (ver Figura 20).

En conjunto, estos resultados ponen de manifiesto la importancia de factores personales, antecedentes obstétricos y el contexto familiar en la decisión de amamantar. Destacan especialmente la experiencia previa con la lactancia y el entorno de apoyo como elementos clave en el establecimiento y mantenimiento de la LM.

Figura 20

Regresión logística binaria de las pacientes que practicaron la LM. Análisis multivariante



6.3 Influencia de parámetros demográficos, culturales y clínicos de las mujeres que abandonaron la lactancia materna antes de los 12 meses

El análisis de las características sociodemográficas y clínicas de las pacientes reveló asociaciones significativas con el abandono de la LM. Específicamente, se identificaron diferencias significativas en relación con el estado civil (tener o no pareja), la nacionalidad, la etnia y la religión tanto de la madre como de su pareja (ver Tabla 26).

Tabla 26

Características demográficas de las pacientes que abandonaron la LM antes de los 12 meses

Parámetro	Abandono de la LM. Recuento (%)		p-valor
	Sí (n = 124)	No (n = 110)	
Mujer con pareja			
Sí	123 (99.2 %)	104 (94.5 %)	0.037
No	1 (0.8 %)	6 (5.5 %)	
Nacionalidad de la madre			
Española	86 (69.4 %)	53 (48.2 %)	0.004
Marroquí	26 (21.0 %)	42 (38.2 %)	
Otra	12 (9.7 %)	15 (13.6 %)	
Nacionalidad española de la madre			
Sí	86 (69.4 %)	53 (48.2 %)	< 0.001
No	38 (30.6 %)	57 (51.8 %)	
Nacionalidad de la pareja			
Española	83 (67.5 %)	48 (46.2 %)	0.003
Marroquí	27 (22.0 %)	44 (42.3 %)	
Otra	13 (10.6 %)	12 (11.5 %)	
Nacionalidad española de la pareja			
Sí	83 (67.5 %)	48 (46.2 %)	0.001
No	40 (32.5 %)	56 (53.8 %)	
Etnia de la madre			
Caucásica	78 (62.9 %)	49 (44.5 %)	0.014
Gitana	9 (7.3 %)	3 (2.7 %)	
Árabe	27 (21.8 %)	43 (39.1 %)	
Sudamericana	9 (7.3 %)	13 (11.8 %)	
Sudafricana	1 (0.8 %)	1 (0.9 %)	
Centroamericana	0 (0.0 %)	1 (0.9 %)	
Etnia gitana de la madre			
Sí	9 (7.3 %)	3 (2.7 %)	0.117
No	115 (92.7 %)	107 (97.3 %)	
Etnia árabe de la madre			
Sí	27 (21.8 %)	43 (39.1 %)	0.004
No	97 (78.2 %)	67 (60.9 %)	
Etnia caucásica de la madre			
Sí	78 (62.9 %)	49 (44.5 %)	0.005
No	46 (37.1 %)	61 (55.5 %)	

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Etnia de la pareja			
Caucásica	79 (64.2 %)	43 (42.2 %)	0.004
Gitana	9 (7.3 %)	3 (2.9 %)	
Árabe	26 (21.1 %)	43 (42.2 %)	
Sudamericana	8 (6.5 %)	11 (10.8 %)	
Sudafricana	1 (0.8 %)	1 (1.0 %)	
Centroamericana	0 (0.0 %)	1 (1.0 %)	
Etnia gitana de la pareja			
Sí	9 (7.3 %)	3 (2.9 %)	0.146
No	114 (92.7 %)	99 (97.1 %)	
Etnia árabe de la pareja			
Sí	26 (21.1 %)	43 (42.2 %)	< 0.001
No	97 (78.9 %)	59 (57.8 %)	
Etnia caucásica de la pareja			
Sí	79 (64.2 %)	43 (42.2 %)	< 0.001
No	44 (35.8 %)	59 (57.8 %)	
Religión de la madre			
Cristianismo	87 (70.2 %)	65 (59.1 %)	< 0.001
Islam	28 (22.6 %)	45 (40.9 %)	
Judaísmo	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
Ateísmo	9 (7.3 %)	0 (0.0 %)	
Otra	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
Religión de la pareja			
Cristianismo	86 (69.9 %)	57 (55.3 %)	< 0.001
Islam	28 (22.8 %)	45 (43.7 %)	
Judaísmo	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
Ateísmo	9 (7.3 %)	1 (1.0 %)	
Otra	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con la condición laboral de la madre ni de la pareja. Se observa una tendencia en la que las madres con estudios primarios o sin estudios tienden a abandonar la LM en mayor proporción, aunque la asociación no alcanza un nivel estadísticamente significativo.

El deseo del embarazo por parte de la madre y su pareja tampoco muestra una relación significativa con la duración de la LM. Sin embargo, la composición del hogar sugiere que las madres que viven únicamente con su pareja e hijos presentan una menor tasa de abandono en comparación con aquellas que comparten vivienda con otros familiares, aunque la diferencia no es estadísticamente relevante (ver Tabla 27).

Tabla 27

Aspectos sociales de las madres que abandonaron la LM antes de los doce meses.

Parámetro	Abandono de la LM. Recuento (%)		
	Sí (n = 124)	No (n = 110)	p-valor
Condición laboral de la madre			
Trabaja	71 (57.3 %)	57 (51.8 %)	0.404
No trabaja	53 (42.7 %)	53 (48.2 %)	
Pensionista	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
Condición laboral de la pareja			
Trabaja	119 (96.7 %)	99 (96.1 %)	0.544
No trabaja	4 (3.3 %)	3 (2.9 %)	
Pensionista	0 (0.0 %)	1 (1.0 %)	
Estudios de la madre			
Sin estudios/estudios primarios	51 (41.1 %)	62 (56.9 %)	0.055
Estudios medios	54 (43.5 %)	34 (31.2 %)	
Estudios universitarios	19 (15.3 %)	13 (11.9 %)	
Estudios de la pareja			
Sin estudios/estudios primarios	63 (51.2 %)	67 (65.0 %)	0.082
Estudios medios	44 (35.8 %)	29 (28.2 %)	
Estudios universitarios	16 (13.0 %)	7 (6.8 %)	
Embarazo buscado por la mujer			
Sí	107 (86.3 %)	97 (88.2 %)	0.666
No	17 (13.7 %)	13 (11.8 %)	
Embarazo buscado por la pareja			
Sí	107 (87.0 %)	94 (91.3 %)	0.308
No	16 (13.0 %)	9 (8.7 %)	
Convivientes			
Solo pareja e hijos	106 (85.5 %)	89 (80.9 %)	0.349
Pareja, hijos y otros	18 (14.5 %)	21 (19.1 %)	

En relación con la vía de parto, se observa que el parto vaginal se asocia con una mayor duración de la LM, mientras que el parto instrumental tiene una mayor proporción de abandono antes del año. Las madres que dieron a luz por cesárea muestran tasas similares de abandono de la LM en comparación con aquellas que tuvieron un parto vaginal.

El uso de analgesia epidural también evidencia una relación significativa. Las madres que recibieron epidural durante el parto presentan una mayor tasa de abandono de la LM antes de los 12 meses, en comparación con aquellas que no la utilizaron.

Por su parte, el antecedente de partos previos no parece tener una influencia significativa en el abandono de la LM, puesto que las tasas son similares entre quienes tuvieron hijos anteriormente y aquellas que fueron madres por primera vez. Asimismo, el historial de lactancia en embarazos anteriores no muestra diferencias relevantes (ver Tabla 28).

Tabla 28

Datos relacionados con el parto de las mujeres que abandonaron la LM antes de los 12 meses

Parámetro	Abandono de la LM. Recuento (%)		
	Sí (n = 124)	No (n = 110)	p-valor
Tipo de parto			
Único	120 (96.8 %)	110 (100.0 %)	0.057
Múltiple	4 (3.2 %)	0 (0.0 %)	
Vía de parto			
Vaginal	85 (68.5 %)	65 (59.1 %)	0.036
Instrumental	6 (4.8 %)	16 (14.5 %)	
Cesárea	33 (26.6 %)	29 (26.4 %)	
Epidural			
Sí	69 (55.6 %)	35 (31.8 %)	< 0.001
No	55 (44.4 %)	75 (68.2 %)	
Parto anterior			
Sí	60 (48.4 %)	64 (58.2 %)	0.134
No	64 (51.6 %)	46 (41.8 %)	
LM anterior			
Sí	52 (89.7 %)	57 (93.4 %)	0.457
No	6 (10.3 %)	4 (6.6 %)	

Los factores relacionados con el neonato, como el peso al nacer, la puntuación Apgar y el sexo, no mostraron relación con el abandono de la LM (ver Tabla 28). En cuanto a los aspectos sanitarios, se observó que recibir apoyo durante la LM influyó significativamente en la probabilidad de abandono, mientras que la permanencia conjunta de la madre y el recién nacido tras el parto, así como la presencia de problemas durante la lactancia, no mostraron un impacto relevante (ver Tabla 29).

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Tabla 29

Datos relacionados con los neonatos y el parto de las mujeres que abandonaron la LM

Parámetro	Abandono de la LM. Recuento (%)		
	Sí (n = 124)	No (n = 110)	p-valor
Sexo del recién nacido 1			
Hombre	69 (55.6 %)	56 (50.9 %)	0.469
Mujer	55 (44.4 %)	54 (49.1 %)	
Examen Apgar del recién nacido 1			
Sí	120 (97.6 %)	103 (94.5 %)	0.227
No	3 (2.4 %)	6 (5.5 %)	
Sexo del recién nacido 2			
Hombre	3 (75.0 %)	0 (0.0 %)	-
Mujer	1 (25.0 %)	0 (0.0 %)	
Examen Apgar del recién nacido 2			
Sí	4 (100.0 %)	0 (0.0 %)	-
No	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
Educación en maternidad			
Sí	11 (8.9 %)	9 (8.2 %)	0.851
No	113 (91.1 %)	101 (91.8 %)	
Ayuda durante las primeras 6 horas			
Sí	113 (91.1 %)	108 (98.2 %)	0.019
No	11 (8.9 %)	2 (1.8 %)	
Permanencia de la madre y el recién nacido juntos tras el parto			
Sí	92 (74.2 %)	88 (80.0 %)	0.293
No	32 (25.8 %)	22 (20.0 %)	
Apoyo durante la LM			
Enfermera/matrona CS	5 (6.2 %)	5 (9.8 %)	0.034
Pediatra CS	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
Enfermera/matrona H	21 (25.9 %)	3 (5.9 %)	
Grupo de apoyo	1 (1.2 %)	0 (0.0 %)	
Familiar	7 (8.6 %)	3 (5.9 %)	
Apoyos varios	4 (4.9 %)	7 (13.7 %)	
Sin apoyo	43 (53.1 %)	33 (64.7 %)	
Motivo de abandono de la LM			
Relacionado con la madre	83 (66.9 %)	0 (0.0 %)	-
Otro	41 (33.1 %)	0 (0.0 %)	
Problemas durante la LM			
Dolor	15 (17.0 %)	8 (15.4 %)	0.371
Grietas	11 (12.5 %)	4 (7.7 %)	
Mastitis	4 (4.5 %)	2 (3.8 %)	
Ingurgitación	1 (1.1 %)	2 (3.8 %)	
Problema de agarre	15 (17.0 %)	4 (7.7 %)	
Otros	6 (6.8 %)	2 (3.8 %)	
Sin problemas	36 (40.9 %)	30 (57.7 %)	

Por otra parte, se analizó la relación entre el abandono de la LM y la preferencia de tipo de lactancia expresada por la madre y su entorno familiar cercano.

Aunque en la mayoría de los casos no se observaron diferencias estadísticamente significativas, sí se hallaron algunas asociaciones relevantes: las madres que no

abandonaron la LM tuvieron un mayor apoyo explícito por parte de la abuela paterna (81-6 % frente a 72.4 %). Asimismo, se observó una diferencia significativa en la preferencia del abuelo paterno ($p = 0.016$), siendo mayor el apoyo a la LM en el grupo que continuó con la lactancia (70.9 %) frente al que la abandonó (59.3 %). Respecto a la preferencia del segundo hermano/a materno/a, se identificó una asociación significativa ($p = 0.026$), con mayor proporción de apoyo a la LM en el grupo que no la abandonó (83.2 % frente a 67.6 %) (ver Tabla 30).

En el resto de los familiares analizados (pareja, abuelos maternos y primer hermano/a materno/a), aunque el apoyo a la LM fue generalmente más alto en el grupo que la mantuvo, las diferencias no alcanzaron significación estadística.

Tabla 30

Preferencia de lactancia en las madres que abandonaron la LM antes de los 12 meses

Parámetro	Abandono de la LM. Recuento (%)		
	Sí (n = 124)	No (n = 110)	p-valor
Preferencia de lactancia por parte de la madre			
LM	112 (90.3 %)	105 (97.2 %)	0.055
LMM	3 (2.4 %)	0 (0.0 %)	
LA	0 (0.0 %)	1 (0.9 %)	
Indiferente	9 (7.3 %)	2 (1.9 %)	
No lo sabe	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
Preferencia de lactancia por parte de la pareja			
LM	101 (82.1 %)	96 (93.2 %)	0.127
LMM	3 (2.4 %)	1 (1.0 %)	
LA	1 (0.8 %)	1 (1.0 %)	
Indiferente	16 (13.0 %)	5 (4.9 %)	
No lo sabe	2 (1.6 %)	0 (0.0 %)	
Preferencia de lactancia por parte de la abuela materna			
LM	102 (82.3 %)	98 (90.7 %)	0.128
LMM	3 (2.4 %)	1 (0.9 %)	
LA	5 (4.0 %)	5 (4.6 %)	
Indiferente	12 (9.7 %)	2 (1.9 %)	
No lo sabe	2 (1.6 %)	2 (1.9 %)	
Preferencia de lactancia por parte del abuelo materno			
LM	78 (62.9 %)	80 (74.1 %)	0.200
LMM	1 (0.8 %)	0 (0.0 %)	
LA	1 (0.8 %)	2 (1.9 %)	
Indiferente	21 (16.9 %)	9 (8.3 %)	
No lo sabe	23 (18.5 %)	17 (15.7 %)	
Preferencia de lactancia por parte de la abuela			
LM	89 (72.4 %)	84 (81.6 %)	0.046
LMM	1 (0.8 %)	0 (0.0 %)	
LA	3 (2.4 %)	4 (3.9 %)	
Indiferente	15 (12.2 %)	2 (1.9 %)	
No lo sabe	15 (12.2 %)	13 (12.6 %)	
Preferencia de lactancia por parte del abuelo			
LM	73 (59.3 %)	73 (70.9 %)	0.016

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

LMM	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
LA	1 (0.8 %)	4 (3.9 %)	
Indiferente	20 (16.3 %)	5 (4.9 %)	
No lo sabe	29 (23.6 %)	21 (20.4 %)	
Preferencia de lactancia por parte del primer hermano/a materna			
LM	86 (71.1 %)	88 (83.8 %)	0.107
LMM	3 (2.5 %)	0 (0.0 %)	
LA	6 (5.0 %)	4 (3.8 %)	
Indiferente	8 (6.6 %)	2 (1.9 %)	
No lo sabe	18 (14.9 %)	11 (10.5 %)	
Preferencia de lactancia por parte del segundo hermano/a materna			
LM	71 (67.6 %)	79 (83.2 %)	0.026
LMM	2 (1.9 %)	0 (0.0 %)	
LA	1 (1.0 %)	3 (3.2 %)	
Indiferente	9 (8.6 %)	2 (2.1 %)	
No lo sabe	22 (21.0 %)	11 (11.6 %)	

El análisis cuantitativo reveló que dos factores influyeron de manera significativa en el abandono de la LM: la presencia de abortos previos ($p = 0.003$) y la duración de la LM anterior ($p < 0.001$) (ver Tabla 31 y Figura 21).

Figura 21

Factores influyentes en el abandono de la LM

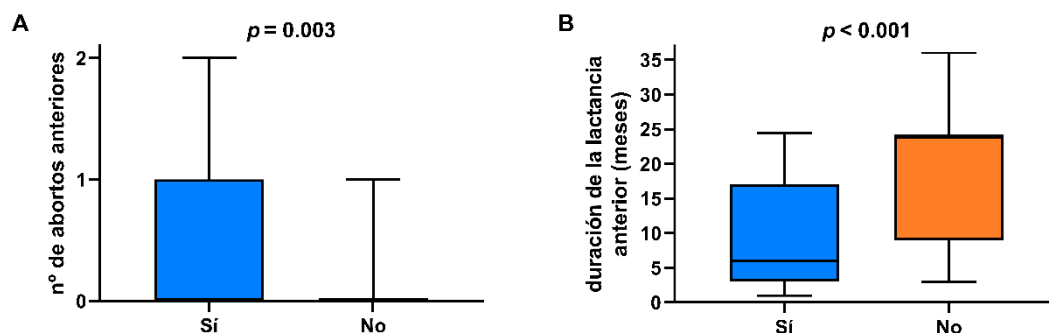


Tabla 31

Estudio cuantitativo de las madres que abandonaron la LM

Parámetro	Mediana (mín – máx)	P -valor
Edad de la madre (años)		
Abandono de la LM sí (n = 124)	29 (17 - 47)	0.903
Abandono de la LM no (n = 110)	27 (18 - 48)	
Edad de la pareja (años)		
Abandono de la LM sí (n = 122)	33 (19 - 58)	0.354
Abandono de la LM no (n = 100)	32 (17 - 62)	
Edad gestacional (semanas)		
Abandono de la LM sí (n = 124)	40 (32 - 41)	0.783
Abandono de la LM no (n = 110)	40 (28 - 41)	
Gestaciones anteriores		
Abandono de la LM sí (n = 68)	1 (0 - 6)	0.879
Abandono de la LM no (n = 67)	1 (0 - 5)	
Abortos anteriores		
Abandono de la LM sí (n = 59)	0 (0 - 3)	0.003
Abandono de la LM no (n = 57)	0 (0 - 2)	
Partos anteriores		
Abandono de la LM sí (n = 60)	1 (0 - 3)	0.847
Abandono de la LM no (n = 61)	1 (0 - 5)	
Cesáreas anteriores		
Abandono de la LM sí (n = 48)	0 (0 - 1)	0.211
Abandono de la LM no (n = 55)	0 (0 - 2)	
Duración de la LM anterior (meses)		
Abandono de la LM sí (n = 51)	6 (0 - 36)	< 0.001
Abandono de la LM no (n = 57)	24 (2 - 40)	
Peso del recién nacido 1 (g)		
Abandono de la LM sí (n = 124)	3133 (1700 - 4540)	0.119
Abandono de la LM no (n = 110)	3243 (2390 - 4885)	
Longitud del recién nacido 1 (cm)		
Abandono de la LM sí (n = 121)	49 (45 - 52)	0.602
Abandono de la LM no (n = 109)	49 (43 - 53)	
Peso del recién nacido 2 (g)		
Abandono de la LM sí (n = 4)	2428 (1890 - 3045)	-
Abandono de la LM no (n = 0)	-	
Longitud del recién nacido 2 (cm)		
Abandono de la LM sí (n = 3)	47 (46 - 48)	-
Abandono de la LM no (n = 0)	-	
Duración de la LM (meses)		
Abandono de la LM sí (n = 107)	8 (1 - 12)	< 0.001
Abandono de la LM no (n = 55)	12 (7 - 12)	

El análisis de la curva ROC realizado en las mujeres que abandonaron la LM identificó factores predictivos relevantes asociados a un mayor riesgo de abandono: las mujeres que habían tenido algún aborto previo presentaron una mayor probabilidad de abandonar la lactancia. Este hallazgo sugiere que los antecedentes obstétricos adversos podrían afectar el vínculo con la lactancia o generar inseguridades que influyen negativamente en su

mantenimiento. No haber practicado LM durante al menos 18.5 meses en experiencias previas se asoció con un riesgo de abandono del 56.1 % en la lactancia actual. Este dato destaca la importancia de la experiencia previa en el establecimiento de patrones positivos o negativos en la conducta de lactancia (ver Tabla 32).

El análisis Kappa refleja que el parámetro de abortos anteriores mostró una correlación Kappa de 0.228 con un p-valor de 0.011, lo que indica una asociación significativa y de magnitud baja-moderada con el abandono de la LM, aunque su sensibilidad (45.8 %) es limitada, presenta una especificidad alta (77.2 %), lo que sugiere que este factor es más útil para identificar a las mujeres que no abandonarán la lactancia, el VPP de 67.5 % y el VPN de 57.9 % indican que los antecedentes de aborto aportan información útil, pero no concluyente por sí solos.

La variable “duración de la LM anterior” tiene una correlación negativa (Kappa = -0.409), lo que refleja una relación inversa significativa ($p < 0.001$): a menor duración previa, mayor probabilidad de abandono en la lactancia actual. Esta variable destaca por su alta especificidad (84.3 %) y un VPP del 80.0 %, lo que la convierte en un excelente indicador de riesgo para predecir abandono cuando la duración previa fue baja. Además, su VPN (63.2 %) indica una capacidad razonable para predecir que una madre continuará amamantando si previamente tuvo una experiencia prolongada (ver Tabla 33).

De todo ello se deduce que las mujeres con abortos previos y aquellas que no amamantaron por al menos 18.5 meses en el pasado tienen una mayor probabilidad de abandonar la LM actual. En particular, la escasa duración previa de lactancia es un predictor fuerte y significativo, con la mejor combinación de sensibilidad, especificidad y valores predictivos.

Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar el historial obstétrico y de lactancia en la evaluación del riesgo de abandono, lo cual puede ser valioso para diseñar estrategias de intervención temprana y apoyo personalizado.

Tabla 32

Estudio de curva ROC de las mujeres que abandonaron la LM

Parámetro	Valor de referencia	p-valor	Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad
Abortos anteriores	Sí	0.014	0.5	0.458	0.772
Duración de la LM anterior (meses)	No	<0.001	18.5	0.561	0.843

Tabla 33

Correlación Kappa de las mujeres que abandonaron la LM

Parámetro	Kappa	p-valor	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN
Abortos anteriores	0.228	0.011	45.8 % (33.1 %- 58.5 %)	77.2 % (66.3 % - 88.1 %)	67.5 % (53.0 % - 82.0 %)	57.9 % (46.8 % - 69.0 %)
Duración de LM anterior (meses)	-0.409	< 0.001	56.1 % (43.3 % - 69.0 %)	84.3 % (74.3 % - 94.3 %)	80.0 % (67.6 % - 92.4 %)	63.2 % (51.8 % - 74.7 %)

El análisis de regresión logística binaria permitió identificar diversos factores significativamente asociados al abandono de la LM. En el análisis univariante, se observó que las mujeres cuya nacionalidad no era española presentaron un riesgo significativamente menor de abandono de la LM (OR = 2.434; IC 95 %: 1.426–4.154; $p = 0.001$), resultado que se mantuvo en el análisis multivariante (OR = 2.419; IC 95 %: 1.371–4.267; $p = 0.002$).

La etnia también mostró asociaciones significativas. Las mujeres de etnia no árabe (no frente a sí) presentaron mayor probabilidad de abandonar la LM (OR = 2.306; IC 95 %: 1.300–4.090; $p = 0.004$), al igual que aquellas de etnia caucásica (sí frente a no) (OR = 2.111; IC 95 %: 1.251–3.563; $p = 0.005$). En cuanto a la etnia de la pareja, se observó una asociación significativa entre el abandono de la LM y el hecho de que la pareja no perteneciera a etnia árabe (OR = 2.719; IC 95 %: 1.515–4.879; $p < 0.001$), o fuera de etnia caucásica (OR = 2.464; IC 95 %: 1.437–4.223; $p = 0.001$).

La religión también mostró una influencia notable. Las mujeres que profesaban el islam tenían menor riesgo de abandono en comparación con las cristianas (OR = 0.465; IC 95 %: 0.263–0.823; $p = 0.009$). De igual forma, los hombres musulmanes presentaban una asociación protectora frente al abandono de la LM por parte de sus parejas (OR = 0.412; IC 95 %: 0.231–0.735; $p = 0.003$).

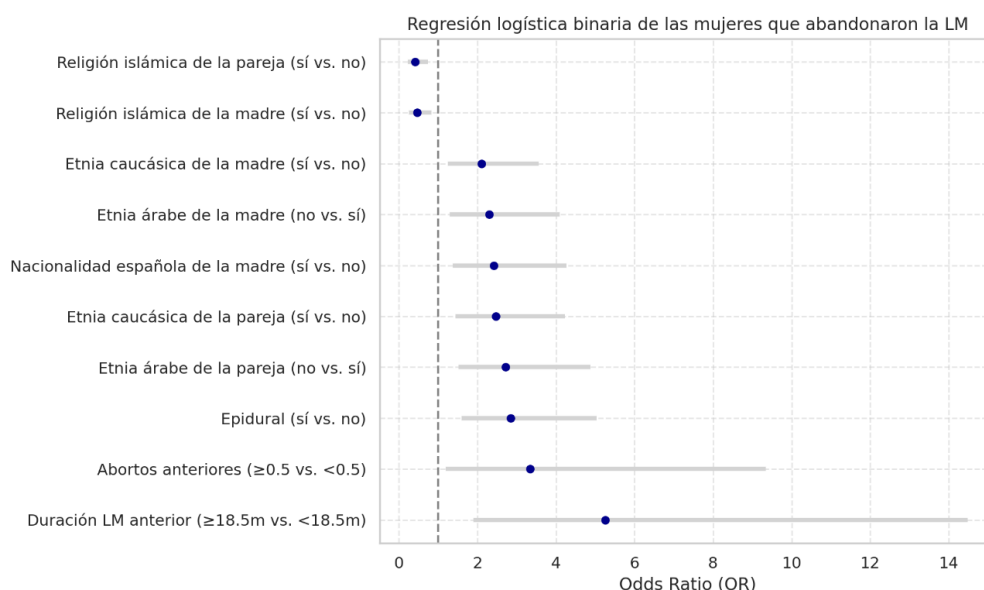
En relación con las características del parto, el uso de epidural se asoció significativamente con un mayor riesgo de abandono de la LM (OR = 2.688; IC 95 %: 1.574–4.591; $p < 0.001$ en el análisis univariante, y OR = 2.842; IC 95 %: 1.603–5.039; $p < 0.001$ en el multivariante).

Asimismo, la historia obstétrica de la madre tuvo un peso relevante. Haber tenido abortos anteriores se relacionó con un mayor riesgo de abandono (OR = 2.856; IC 95 %: 1.279–6.376; $p = 0.010$), y esta asociación se mantuvo significativa en el modelo multivariante (OR = 3.338; IC 95 %: 1.194–9.336; $p = 0.022$). Además, no haber mantenido una LM anterior durante al menos 18.5 meses aumentó significativamente la probabilidad de abandono (OR = 6.880; IC 95 %: 2.747–17.234; $p < 0.001$), siendo este uno de los predictores más robustos incluso en el análisis ajustado (OR = 5.249; IC 95 %: 1.902–14.485; $p = 0.001$).

En conjunto, estos resultados evidencian que factores sociodemográficos, culturales, obstétricos y de antecedentes personales influyen de manera significativa en la probabilidad de abandono de la LM, lo que pone de relieve la necesidad de intervenciones individualizadas y culturalmente sensibles para promover su mantenimiento (ver Figura 22).

Figura 22

Regresión logística binaria de las mujeres que abandonaron la LM



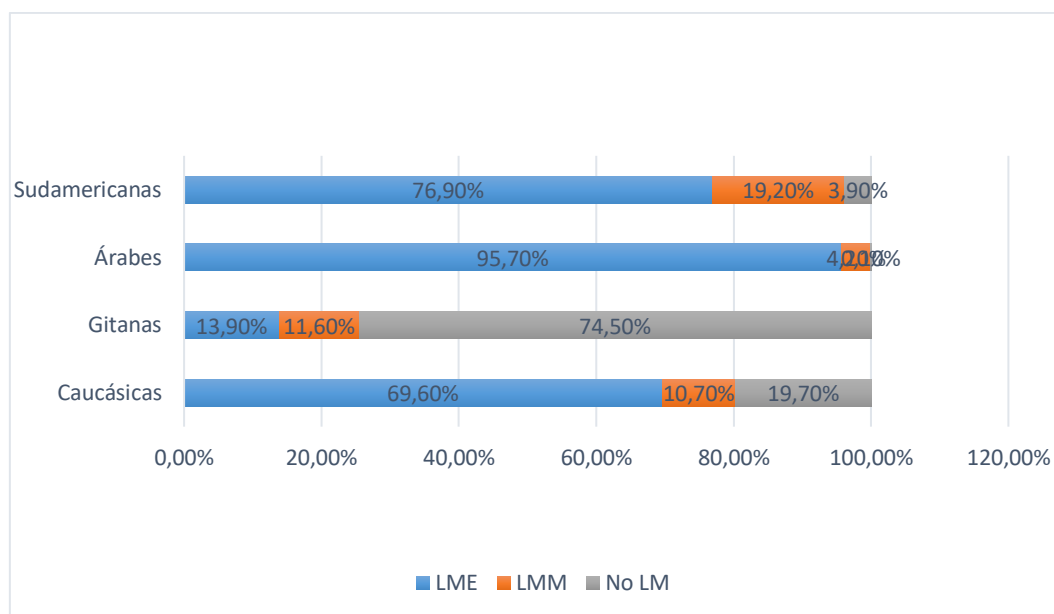
6.4 Comparación de la práctica de la lactancia materna acorde al grupo étnico

En este apartado se comparan los patrones de lactancia entre diferentes grupos étnicos, con el objetivo de identificar tendencias, desafíos y oportunidades para mejorar el apoyo a las madres en su proceso de lactancia.

En la Tabla 19 se observó una asociación significativa entre la procedencia étnica y el inicio de la LM. Para confirmar estos resultados, se realizó un análisis comparativo de los cuatro grupos étnicos identificados en el estudio: caucásico, árabe, gitano y sudamericano. El tipo de lactancia difirió significativamente entre los grupos (ver Figura 23).

Figura 23

Lactancia al alta según etnia



La mayor proporción de madres que practican la LM se observó en el grupo de las madres árabes, seguidas por las sudamericanas, las caucásicas y las gitanas en una notable menor proporción (ver Figura 21).

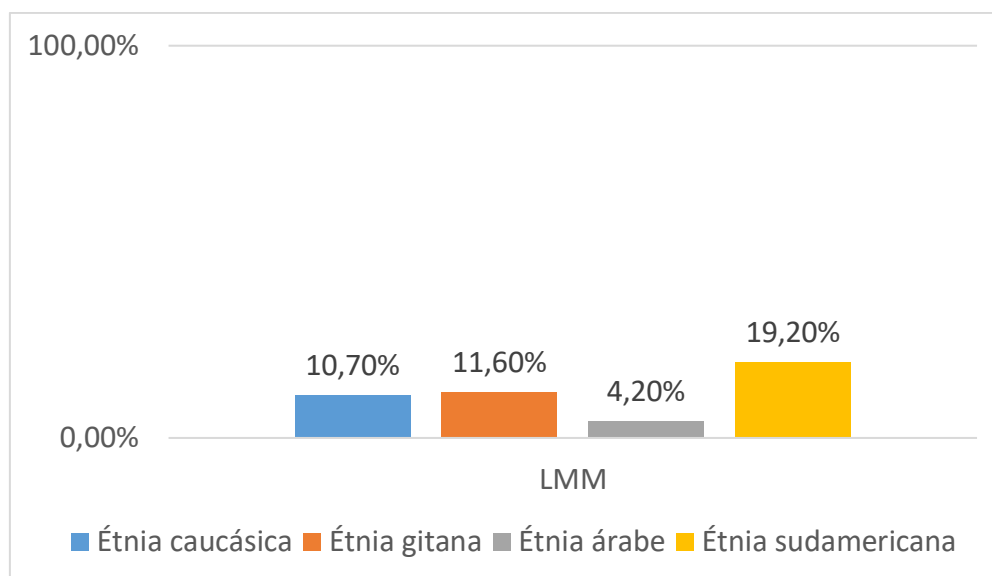
El análisis estadístico demostró que las diferencias observadas eran estadísticamente significativas entre árabes y caucásicas ($p < 0.0001$), entre gitanas y caucásicas ($p < 0.0001$) y entre árabes y gitanas ($p < 0.0001$). Sin embargo, no hubo diferencias entre caucásicas y sudamericanas ($p = 0.0524$) o entre sudamericanas y árabes ($p = 0.2708$).

La proporción más elevada de madres que no practicaban LM se observó entre las gitanas (ver Figura 21). Entre las mujeres árabes, ninguna optó por otra opción que no fuese la LM y entre las sudamericanas solo una de ellas no practicaba la LM al momento del alta.

Con respecto a la práctica de la LMM, esta resultó baja en todos los grupos, aunque fue significativamente más elevada ($p < 0.05$) en el grupo de sudamericanas (19.2 %) con respecto a las caucásicas (10.7 %) y gitanas (11.6 %), y considerablemente más elevada ($p < 0.001$) con respecto a las árabes (4.2 %), grupo en el que la mayoría practicaba la LM absoluta. No hubo diferencias en cuanto a la LMM entre gitanas y caucásicas (ver Figura 24).

Figura 24

Comparativa de LMM en las diferentes etnias



El análisis comparativo relevó semejanzas y diferencias en varios de los parámetros socioculturales. Desde el punto de vista religioso, entre las gitanas, caucásicas y sudamericanas predominó mayoritariamente la religión católica, sin diferencias relevantes entre los grupos. En contraste, las árabes, como era de esperarse, profesaban la fe musulmana.

Desde el punto de vista laboral, una proporción importante de las mujeres caucásicas y sudamericanas trabajaba fuera de casa, mientras que esta proporción disminuyó significativamente en mujeres árabes y gitanas, en comparación con las caucásicas o sudamericanas. Sin embargo, esta diferencia no puede explicar diferentes comportamientos frente a la LM, puesto que las árabes fueron el grupo con mayor prevalencia de LM al alta mientras que las gitanas fue el grupo de menor prevalencia. En cuanto a la situación laboral de la pareja, en todos los grupos la mayoría de los hombres laboraba (ver Tabla 34).

Respecto al nivel educativo, las caucásicas presentaron el nivel más elevado seguido de las sudamericanas. La proporción de mujeres sin estudios o primarios fue significativamente menor en gitanas ($p < 0.005$) y árabes ($p < 0.005$) en comparación con las caucásicas. Nuevamente, el nivel educativo no parece explicar las diferencias en el comportamiento frente a la LM observadas entre árabes y gitanas (ver Tabla 34).

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Tabla 34

Comparativa de factores socioculturales en los distintos grupos étnicos

Parámetro	Gitanas (n = 43)	Árabes (n = 70)	Caucásicas (n = 159)	Sudamericanas (n = 23)
Religión de la madre				
Cristianismo	42 (97.7 %)	0 (0.0 %)	149 (93.7 %)	24 (100 %)
Islam	0 (0.0 %)	70 (100.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
Judaísmo	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
Ateísmo	1 (2.3 %)	0 (0.0 %)	10 (6.3 %)	0 (0.0 %)
Otra	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
Religión de la pareja				
Cristianismo	40 (97.6 %)	0 (0.0 %)	144 (94.1 %)	24 (100 %)
Islam	0 (0.0 %)	70 (100.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
Judaísmo	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
Ateísmo	1 (2.4 %)	0 (0.0 %)	9 (5.9 %)	0 (0.0 %)
Otra	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
Condición laboral de la madre				
Trabaja	7 (16.3 %)	24 (34.3 %)	107 (67.3 %)	18 (75 %)
No trabaja	36 (83.7 %)	46 (65.7 %)	51 (32.1 %)	6 (35 %)
Pensionista	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	1 (0.6 %)	0 (0.0 %)
Condición laboral de la pareja				
Trabaja	37 (90.2 %)	70 (100.0 %)	148 (96.7 %)	23 (95.8 %)
No trabaja	4 (9.8 %)	0 (0.0 %)	5 (3.3 %)	1 (4.2 %)
Pensionista	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
Estudios de la madre				
Sin estudios/estudios primarios	36 (83.7 %)	66 (94.3 %)	29 (18.4 %)	12 (50 %)
Estudios medios	6 (14.0 %)	4 (5.7 %)	95 (60.1 %)	7 (29.1 %)
Estudios universitarios	1 (2.3 %)	0 (0.0 %)	34 (21.5 %)	5 (20, 8)
Estudios de la pareja				
Sin estudios / primarios	36 (87.8 %)	68 (97.1 %)	52 (34.0 %)	18 (75 %)
Estudios medios	4 (9.8 %)	2 (2.9 %)	80 (52.3 %)	6 (25 %)
Estudios universitarios	1 (2.4 %)	0 (0.0 %)	21 (13.7 %)	0 (0.00 %)

Con respecto a si el embarazo fue deseado o no por la madre y la pareja, se observó que la proporción de embarazos deseados por la madre fue significativamente menor ($p < 0.005$) entre las gitanas y las sudamericanas, en comparación con las árabes y las caucásicas, entre quienes la mayoría manifestó que era un embarazo deseado. La percepción de la pareja sobre el deseo del embarazo fue similar a la de las madres.

Sin embargo, las sudamericanas mostraron una buena disposición a lactar y la mayoría de ellas practicaba la LM absoluta al momento del alta. En todos los grupos se evidenció que la mayoría convive con la pareja y sus hijos (ver Tabla 35).

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Tabla 35

Comparativa de embarazo buscado y convivientes en los distintos grupos étnicos

Parámetro	Gitanas (n = 43)	Árabes (n = 70)	Caucásicas (n = 159)	Sudamericanas (n = 23)
Embarazo buscado por la madre				
Sí	28 (65.1 %)	67 (95.7 %)	139 (87.4 %)	16 (66.6 %)
No	15 (34.9 %)	3 (4.3 %)	20 (12.6 %)	8 (33.3 %)
Embarazo buscado por la pareja				
Sí	26 (63.4 %)	67 (95.7 %)	136 (88.9 %)	16 (66.6 %)
No	15 (36.6 %)	3 (4.3 %)	17 (11.1 %)	8 (33.3 %)
Convivientes				
Solo pareja e hijos	17 (39.5 %)	58 (82.9 %)	142 (89.3 %)	23 (95.8 %)
Pareja, hijos y otros	26 (60.5 %)	12 (17.1 %)	17 (10.7 %)	1 (4.2 %)

La mayoría de las mujeres de la muestra no recibió educación maternal, ni de forma presencial ni en línea. Casi todas recibieron ayuda con la LM durante las primeras 6 horas, con porcentajes superiores al 83 % en todos los grupos étnicos.

Respecto a la permanencia de la madre y el recién nacido juntos tras el parto, la mayoría manifestó que así había sido: el 91.7 % de las árabes, el 90.7 % de las gitanas, el 75 % de las sudamericanas y el 68.6 % de las caucásicas (ver Tabla 36).

Tabla 36

Ayuda a la LM en los distintos grupos étnicos

Parámetro	Gitanas (n = 43)	Árabes (n = 70)	Caucásicas (n = 159)	Sudamericanas (n = 23)
Educación en maternidad				
Sí	0 (0.0 %)	1 (1.4 %)	21 (13.2 %)	0 (0.0 %)
No	43 (100.0 %)	69 (98.6 %)	138 (86.8 %)	24 (100 %)
Ayuda durante las primeras 6 horas				
Sí	36 (83.7 %)	69 (98.6 %)	136 (85.5 %)	24 (100 %)
No	7 (16.3 %)	1 (1.4 %)	23 (14.5 %)	0 (0.0 %)
Permanencia de la madre y el recién nacido juntos tras el parto				
Sí	39 (90.7 %)	64 (91.4 %)	109 (68.6 %)	18 (75 %)
No	4 (9.3 %)	6 (8.6 %)	50 (31.4 %)	6 (35 %)

Con respecto a las preferencias sobre la lactancia, se observaron diferencias significativas entre las gitanas y los demás grupos. Mientras que el 100 % de las árabes, el 85 % de las caucásicas y el 91.6 % de las sudamericanas prefieren la LM, entre las gitanas esta proporción disminuyó al 41.9 %. Estos resultados son consistentes con lo observado en la Figura 1 respecto a las proporciones de madres que practicaron o no la LM entre los grupos. De hecho, entre las gitanas el 51.2 % expresó preferencia por la LA, frente al 1.9

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

% de las caucásicas, y ninguna de las árabes o sudamericanas prefirió LA. Las preferencias de la pareja siguieron el mismo patrón observado para las madres (ver Tabla 37).

Es importante señalar que las preferencias de los padres reflejaron las de los abuelos: los abuelos gitanos también mostraron preferencia por la LA, mientras que los abuelos de origen caucásico, árabe o sudamericano se inclinaron por la LM. Preferencias similares se observaron en los hermanos, aunque en estos grupos una proporción significativa manifestó no saber o mostrarse indiferente.

En conjunto, puede afirmarse que familias gitanas prefieren la LA, mientras que las familias árabes, caucásicas o sudamericanas, independientemente de la situación laboral o el nivel educativo, prefieren la LM (ver Tabla 37).

Tabla 37

Preferencia de lactancia en los distintos grupos étnicos

Parámetro	Gitanas (n = 43)	Árabes (n = 70)	Caucásicas (n = 159)	Sudamericanas (n = 23)
Preferencia de lactancia por parte de la madre				
LM	18 (41.9 %)	70 (100.0 %)	134 (85.4 %)	22 (91.6 %)
LMM	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	3 (1.9 %)	1 (4.1 %)
LA	22 (51.2 %)	0 (0.0 %)	3 (1.9 %)	0 (0.00 %)
Indiferente	2 (4.7 %)	0 (0.0 %)	17 (10.8 %)	1 (4.2 %)
No lo sabe	1 (2.3 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.00 %)
Preferencia de lactancia por parte de la pareja				
LM	11 (26.2 %)	70 (100.0 %)	112 (73.7 %)	22 (91.6 %)
LMM	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	3 (2.0 %)	1 (4.2 %)
LA	18 (42.9 %)	0 (0.0 %)	6 (3.9 %)	0 (0.00 %)
Indiferente	11 (26.2 %)	0 (0.0 %)	26 (17.1 %)	1 (4.2 %)
No lo sabe	2 (4.8 %)	0 (0.0 %)	5 (3.3 %)	0 (0.00 %)
Preferencia de lactancia por parte de la abuela materna				
LM	23 (53.5 %)	69 (98.6 %)	113 (72.0 %)	22 (91.6 %)
LMM	1 (2.3 %)	1 (1.4 %)	3 (1.9 %)	0 (0.00 %)
LA	15 (34.9 %)	0 (0.0 %)	13 (8.3 %)	0 (0.00 %)
Indiferente	2 (4.7 %)	0 (0.0 %)	20 (12.7 %)	1 (4.2 %)
No lo sabe	2 (4.7 %)	0 (0.0 %)	8 (5.1 %)	1 (4.2 %)
Preferencia de lactancia por parte del abuelo materno				
LM	7 (16.3 %)	69 (98.6 %)	73 (46.5 %)	21 (87.5 %)
LMM	1 (2.3 %)	1 (1.4 %)	0 (0.0 %)	0 (0.00 %)
LA	12 (27.9 %)	0 (0.0 %)	3 (1.9 %)	0 (0.00 %)
Indiferente	12 (27.9 %)	0 (0.0 %)	34 (21.7 %)	2 (8.2 %)
No lo sabe	11 (25.6 %)	0 (0.0 %)	47 (29.9 %)	1 (4.2 %)
Preferencia de lactancia por parte de la abuela por parte de la pareja				
LM	11 (26.2 %)	70 (100.0 %)	86 (56.6 %)	20 (86.9 %)
LMM	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	1 (4.2 %)
LA	24 (57.1 %)	0 (0.0 %)	7 (4.6 %)	0 (0.00 %)
Indiferente	3 (7.1 %)	0 (0.0 %)	26 (17.1 %)	1 (4.2 %)
No lo sabe	4 (9.5 %)	0 (0.0 %)	33 (21.7 %)	1 (4.2 %)

Preferencia de lactancia por parte del abuelo por parte de la pareja				
LM	6 (14.3 %)	70 (100.0 %)	63 (41.4 %)	20 (86.9 %)
LMM	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	1 (4.1 %)
LA	14 (33.3 %)	0 (0.0 %)	5 (3.3 %)	0 (0.00 %)
Indiferente	9 (21.4 %)	0 (0.0 %)	32 (21.1 %)	1 (4.2 %)
No lo sabe	13 (31.0 %)	0 (0.0 %)	52 (34.2 %)	1 (4.2 %)
Preferencia de lactancia por parte del primer hermano/a materna				
LM	8 (18.6 %)	70 (100.0 %)	90 (60.4 %)	17 (70.8 %)
LMM	1 (2.3 %)	0 (0.0 %)	2 (1.3 %)	1 (4.2 %)
LA	11 (25.6 %)	0 (0.0 %)	6 (4.0 %)	0 (0.00 %)
Indiferente	11 (25.6 %)	0 (0.0 %)	17 (11.4 %)	0 (0.00 %)
No lo sabe	12 (27.9 %)	0 (0.0 %)	34 (22.8 %)	6 (25 %)
Preferencia de lactancia por parte del segundo hermano/a materna				
LM	6 (15.0 %)	70 (100.0 %)	65 (54.2 %)	16 (66.6 %)
LMM	2 (5.0 %)	0 (0.0 %)	1 (0.8 %)	0 (0.00 %)
LA	6 (15.0 %)	0 (0.0 %)	3 (2.5 %)	0 (0.00 %)
Indiferente	12 (30.0 %)	0 (0.0 %)	17 (14.2 %)	1 (4.1 %)
No lo sabe	14 (35.0 %)	0 (0.0 %)	34 (28.3 %)	7 (29.1 %)

6.5 Lactancia materna en mujeres de etnia gitana residentes en España

A lo largo del tiempo, la comunidad gitana ha mantenido valores familiares que pueden favorecer o dificultar la LM, dependiendo del acceso a información, apoyo sanitario y entorno social. Este análisis busca comprender los patrones de lactancia dentro de este grupo, identificando los factores que influyen en su práctica y proponiendo estrategias para mejorar su promoción en el contexto específico de estas mujeres.

6.5.1 Aspectos demográficos

En primer lugar, se observó que el grupo de madres gitanas era significativamente más joven ($p < 0.001$) en comparación con el resto de las madres participantes. La mediana de edad de las madres gitanas fue de 20 años, mientras que en el resto del grupo fue de 30 años. Resultados similares se encontraron respecto a la edad de las parejas, siendo también significativamente menor ($p < 0.001$) en las parejas de las madres gitanas (ver Tabla 38).

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Tabla 38

Estudio de la edad de las mujeres de etnia gitana

Parámetro	Mediana (mín – máx)	P -valor
Edad de la madre (años)		
Etnia gitana sí (n = 43)	20 (14 - 33)	< 0.001
Etnia gitana no (n = 255)	30 (17 - 48)	
Edad de la pareja (años)		
Etnia gitana sí (n = 40)	22 (16 - 32)	< 0.001
Etnia gitana no (n = 242)	33 (17 - 62)	

Tanto las madres como sus parejas eran, en su totalidad, de nacionalidad española, a diferencia del grupo no gitano, en el cual solo el 62 % de las madres y el 52.5 % de sus parejas poseían dicha nacionalidad ($p < 0.001$).

Respecto a la etnia de las parejas, se observó que el 95.1 % también pertenecía al grupo gitano, mientras que el resto eran españoles caucásicos. No se registraron parejas migrantes, árabes ni de otras etnias entre las madres gitanas.

En cuanto a la religión, la proporción de madres católicas fue mayor en el grupo gitano en comparación con el grupo no gitano, compuesto por mujeres de diversas etnias. Asimismo, se observaron resultados similares en relación con las parejas (ver Tabla 39).

Tabla 39

Características sociodemográficas de las mujeres de etnia gitana.

Parámetro	Etnia gitana. Recuento (%)		
	Sí (n = 43)	No (n = 255)	p-valor
Nacionalidad de la madre			
Española	43 (100.0 %)	158 (62.0 %)	< 0.001
Marroquí	0 (0.0 %)	68 (26.7 %)	
Otra	0 (0.0 %)	29 (11.4 %)	
Nacionalidad española de la madre			
Sí	43 (100.0 %)	158 (62.0 %)	< 0.001
No	0 (0.0 %)	97 (38.0 %)	
Nacionalidad de la pareja			
Española	42 (100.0 %)	147 (59.5 %)	< 0.001
Marroquí	0 (0.0 %)	71 (28.7 %)	
Otra	0 (0.0 %)	29 (11.7 %)	
Nacionalidad española de la pareja			
Sí	42 (100.0 %)	147 (59.5 %)	< 0.001
No	0 (0.0 %)	100 (40.5 %)	
Etnia de la pareja			
Caucásica	2 (4.9 %)	151 (61.4 %)	< 0.001
Gitana	39 (95.1 %)	4 (1.6 %)	
Árabe	0 (0.0 %)	69 (28.0 %)	
Sudamericana	0 (0.0 %)	19 (7.7 %)	
Sudafricana	0 (0.0 %)	2 (0.8 %)	

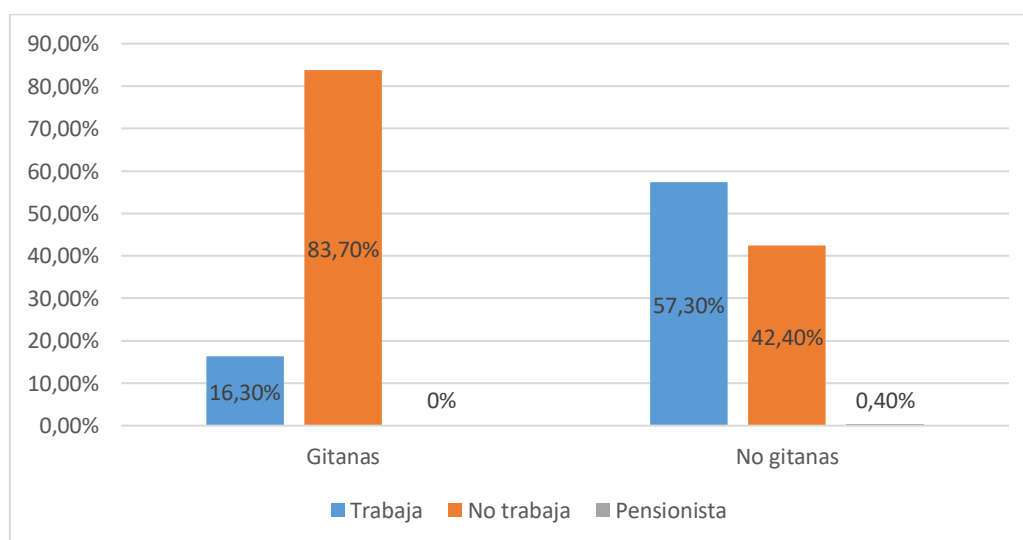
ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Centroamericana	0 (0.0 %)	1 (0.4 %)	
Etnia gitana de la pareja			
Sí	39 (95.1 %)	4 (1.6 %)	< 0.001
No	2 (4.9 %)	242 (98.4 %)	
Religión de la madre			
Cristianismo	42 (97.7 %)	172 (67.5 %)	< 0.001
Islam	0 (0.0 %)	73 (28.6 %)	
Judaísmo	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
Ateísmo	1 (2.3 %)	10 (3.9 %)	
Otra	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
Religión de la pareja			
Cristianismo	40 (97.6 %)	164 (66.4 %)	< 0.001
Islam	0 (0.0 %)	73 (29.6 %)	
Judaísmo	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
Ateísmo	1 (2.4 %)	10 (4.0 %)	
Otra	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	

En cuanto a la situación laboral, se encontró que el 83.7 % de las madres gitanas no trabajaba, lo que contrasta ($p < 0.001$) de manera significativa con lo observado en el grupo de madres no gitanas, donde solo el 42.4 % de las madres se encontraba en la misma situación (ver Figura 25). Con respecto a la situación laboral de la pareja, no se observaron diferencias relevantes entre gitanos o no gitanos (ver Tabla 40).

Figura 25

Condición laboral de las madres gitanas



Se observó, además, una diferencia significativa en el nivel educativo de las madres, siendo este considerablemente inferior en el grupo de mujeres gitanas, donde la mayoría contaba únicamente con estudios primarios o carecía de escolarización. En contraste, en el grupo no gitano predominaban las madres con estudios secundarios y/o universitarios.

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Estas diferencias también resultaron significativas en el caso de las parejas ($p < 0.001$), observándose un patrón similar al de las mujeres.

Por otra parte, se identificó una diferencia en el número de convivientes entre ambos grupos, siendo mayor la cantidad de personas que cohabitan en los hogares gitanos (ver Tabla 40).

Tabla 40

Características sociales de la muestra de etnia gitana

Parámetro	Etnia gitana. Recuento (%)		
	Sí (n = 43)	No (n = 255)	p-valor
Condición laboral de la madre			
Trabaja	7 (16.3 %)	146 (57.3 %)	< 0.001
No trabaja	36 (83.7 %)	108 (42.4 %)	
Pensionista	0 (0.0 %)	1 (0.4 %)	
Condición laboral de la pareja			
Trabaja	37 (90.2 %)	240 (97.2 %)	0.056
No trabaja	4 (9.8 %)	6 (2.4 %)	
Pensionista	0 (0.0 %)	1 (0.4 %)	
Estudios de la madre			
Sin estudios/estudios primarios	36 (83.7 %)	110 (43.3 %)	< 0.001
Estudios medios	6 (14.0 %)	110 (43.3 %)	
Estudios universitarios	1 (2.3 %)	34 (13.4 %)	
Estudios de la pareja			
Sin estudios/estudios primarios	36 (87.8 %)	135 (54.7 %)	< 0.001
Estudios medios	4 (9.8 %)	90 (36.4 %)	
Estudios universitarios	1 (2.4 %)	22 (8.9 %)	
Convivientes			
Solo pareja e hijos	17 (39.5 %)	218 (85.5 %)	< 0.001
Pareja, hijos y otros	26 (60.5 %)	37 (14.5 %)	

6.5.2 Embarazo y parto

La proporción de mujeres gitanas incluidas en la muestra, así como la de sus parejas, que experimentaron un embarazo no deseado, fue significativamente mayor en comparación con el resto de la muestra ($p < 0.001$) (ver Tabla 41).

Tabla 41

Embarazo buscado en la muestra de etnia gitana

Parámetro	Etnia gitana. Recuento (%)		
	Sí (n = 43)	No (n = 255)	p-valor
Embarazo buscado por la madre			
Sí	28 (65.1 %)	224 (87.8 %)	< 0.001
No	15 (34.9 %)	31 (12.2 %)	
Embarazo buscado por la pareja			
Sí	26 (63.4 %)	221 (89.5 %)	< 0.001
No	15 (36.6 %)	26 (10.5 %)	

No se observaron diferencias significativas en las características gestacionales entre las mujeres gitanas de este estudio y las pertenecientes a otras etnias. En ambos grupos, la mayoría de los embarazos fueron únicos y los partos, predominantemente eutócicos. Si bien se registró una mayor proporción de partos instrumentados y una menor frecuencia de cesáreas entre las mujeres gitanas de la muestra, dichas diferencias no alcanzaron significación estadística (ver Tabla 42).

Tabla 42

Aspectos gestacionales de las pacientes de etnia gitana

Parámetro	Etnia gitana. Recuento (%)		
	Sí (n = 43)	No (n = 255)	p-valor
Tipo de embarazo			
Único	42 (97.7 %)	252 (98.8 %)	0.545
Múltiple	1 (2.3 %)	3 (1.2 %)	
Vía de parto			
Vaginal	28 (65.1 %)	160 (62.7 %)	0.072
Instrumental	8 (18.6 %)	23 (9.0 %)	
Cesárea	7 (16.3 %)	72 (28.2 %)	
Epidural			
Sí	24 (55.8 %)	118 (46.3 %)	0.247
No	19 (44.2 %)	137 (53.7 %)	
Parto anterior			
Sí	18 (41.9 %)	133 (52.2 %)	0.212
No	25 (58.1 %)	122 (47.8 %)	

El análisis de los aspectos cuantitativos relacionados con el embarazo y el parto de las pacientes de etnia gitana muestra que, en términos generales, no existen diferencias estadísticamente significativas entre este grupo y las mujeres de otras etnias en los parámetros evaluados. No se observaron diferencias en la edad gestacional al momento del parto ni en los antecedentes obstétricos, tales como gestaciones previas, abortos, partos o cesáreas (ver Tabla 43).

Tabla 43

Aspectos cuantitativos relacionados con el embarazo y el parto de las pacientes de etnia gitana

Parámetro	Mediana (mín – máx)	P -valor
Edad gestacional (semanas)		
Etnia gitana sí (n = 43)	39 (36 - 41)	0.522
Etnia gitana no (n = 255)	40 (28 - 42)	
Gestaciones anteriores		
Etnia gitana sí (n = 18)	1 (1 - 3)	0.397
Etnia gitana no (n = 146)	1 (0 - 6)	
Abortos anteriores		
Etnia gitana sí (n = 11)	0 (0 - 1)	0.265
Etnia gitana no (n = 124)	0 (0 - 3)	
Partos anteriores		
Etnia gitana sí (n = 17)	1 (1 - 3)	0.649
Etnia gitana no (n = 129)	1 (0 - 5)	
Cesáreas anteriores		
Etnia gitana sí (n = 9)	0 (0 - 1)	0.498
Etnia gitana no (n = 114)	0 (0 - 2)	

6.5.3 Características del recién nacido y la lactancia

Se observaron diferencias significativas ($p = 0.01$) en cuanto al sexo de los recién nacidos, registrándose una mayor proporción de niñas entre los nacidos de madres gitanas en comparación con los de madres no gitanas (ver Tabla 44). No se encontraron diferencias en el peso ni en la longitud al nacer, cuyos valores se mantuvieron dentro de los rangos normales en ambos grupos. Asimismo, no se evidenciaron diferencias en los resultados del Test de Apgar, los cuales fueron normales en la mayoría de los recién nacidos (ver Tabla 44).

Tabla 44

Características neonatales de la muestra de etnia gitana

Parámetro	Etnia gitana. Recuento (%)		
	Sí (n = 43)	No (n=255)	p-valor
Sexo del recién nacido 1			
Hombre	14 (32.6 %)	137 (53.7 %)	0.010
Mujer	29 (67.4 %)	118 (46.3 %)	
Examen Apgar del recién nacido 1			
Sí	42 (97.7 %)	242 (95.7 %)	0.534
No	1 (2.3 %)	11 (4.3 %)	
Sexo del recién nacido 2			
Hombre	1 (100.0 %)	2 (66.7 %)	0.505
Mujer	0 (0.0 %)	1 (33.3 %)	
Examen Apgar del recién nacido 2			
Sí	1 (100.0 %)	3 (100.0 %)	-
No	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
	Mediana (mín – máx)		P -valor
Peso del recién nacido 1 (g)			
Etnia gitana sí (n = 43)	3305 (2300 - 3875)		0.657
Etnia gitana no (n = 255)	3185 (1600 - 4885)		
Longitud del recién nacido 1 (cm)			
Etnia gitana sí (n = 43)	49 (43 - 51)		0.872
Etnia gitana no (n = 250)	49 (43 - 58)		
Peso del recién nacido 2 (g)			
Etnia gitana sí (n = 1)	3045 (3045 - 3045)		0.180
Etnia gitana no (n = 3)	2425 (1890 - 2430)		
Longitud del recién nacido 2 (cm)			
Etnia gitana sí (n = 1)	48 (48 - 48)		0.221
Etnia gitana no (n = 2)	47 (46 - 47)		

En relación con la educación para la maternidad, se observó que fue significativamente menor entre las madres gitanas en comparación con las madres no gitanas ($p = 0.045$). No obstante, la mayoría de las mujeres, independientemente de su origen étnico, recibió asistencia durante las primeras 6 horas posteriores al parto. Asimismo, la permanencia del recién nacido con la madre tras el parto fue significativamente mayor entre las madres gitanas ($p = 0.025$). No se hallaron diferencias entre los grupos en cuanto al apoyo recibido durante la LM (ver Tabla 45).

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Tabla 45

Ayuda en la LM en las madres de etnia gitana

Parámetro	Etnia gitana. Recuento (%)		
	Sí (n = 43)	No (n = 255)	p-valor
Educación en maternidad			
Sí	0 (0.0 %)	22 (8.6 %)	0.045
No	43(100.0 %)	233 (91.4 %)	
Ayuda durante las primeras 6 horas			
Sí	36 (83.7 %)	231 (90.6 %)	0.172
No	7 (16.3 %)	24 (9.4 %)	
Permanencia de la madre y el recién nacido juntos tras el parto			
Sí	39 (90.7 %)	192 (75.3 %)	0.025
No	4 (9.3 %)	63 (24.7 %)	
Apoyo durante la LM			
Enfermera/matrona CS	0 (0.0 %)	10 (7.9 %)	0.886
Pediatra CS	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
Enfermera/matrona H	1 (20.0 %)	23 (18.1 %)	
Grupo de apoyo	0 (0.0 %)	1 (0.8 %)	
Familiar	0 (0.0 %)	10 (7.9 %)	
Apoyos varios	0 (0.0 %)	11 (8.7 %)	
Sin apoyo	4 (80.0 %)	72 (56.7 %)	

En ambos grupos, el porcentaje de madres que manifestó alguna molestia durante la LM (como dolor, grietas en los pezones, mastitis, ingurgitación o dificultades en el agarre del niño) fue muy bajo, inferior al 25 % (ver Tabla 46). Estos resultados sugieren que dichos factores no influyeron de manera significativa en la continuidad de la LM a lo largo del tiempo en las mujeres estudiadas.

Tabla 46

Problemas durante la LM de las pacientes de etnia gitana

Parámetro	Etnia gitana. Recuento (%)		
	Sí (n = 43)	No (n = 255)	p-valor
Problemas durante la LM			
Dolor	0 (0.0 %)	23 (17.2 %)	0.807
Grietas	1 (16.7 %)	14 (10.4 %)	
Mastitis	0 (0.0 %)	6 (4.5 %)	
Ingurgitación	0 (0.0 %)	3 (2.2 %)	
Problema de agarre	1 (16.7 %)	18 (13.4 %)	
Otros	1 (16.7 %)	7 (5.2 %)	
Sin problemas	3 (50.0 %)	63 (47.0 %)	

En cuanto a las preferencias relacionadas con la alimentación del lactante, tanto las madres como sus parejas y los abuelos gitanos mostraron una inclinación predominante hacia la LA. Esta tendencia difirió significativamente ($p < 0.001$) de la observada en el grupo no gitano, en el cual las preferencias se orientaron de abrumadoramente hacia la LM (ver Tabla 47).

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Tabla 47

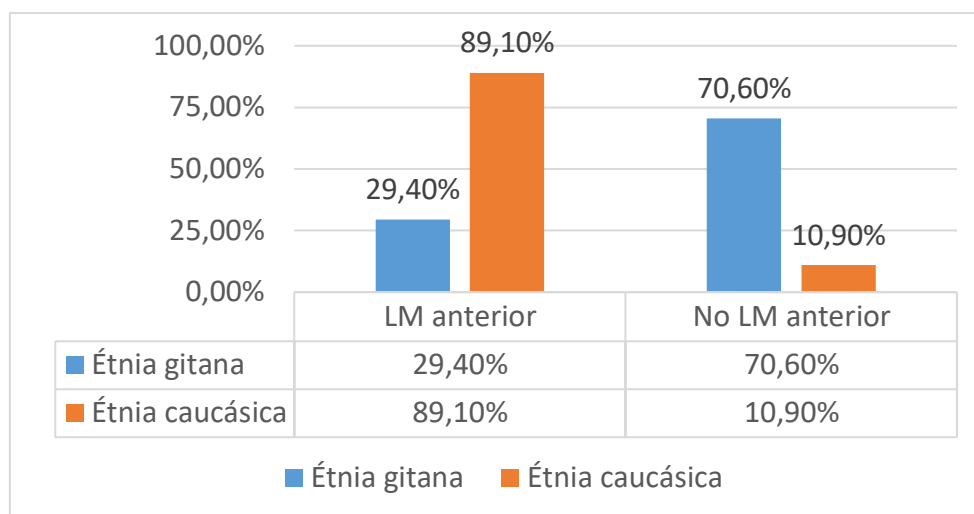
Preferencia de lactancia en la muestra de etnia gitana

Parámetro	Etnia gitana. Recuento (%)		
	Sí (n = 43)	No (n = 255)	p-valor
Preferencia de lactancia por parte de la madre			
LM	18 (41.9 %)	228 (90.1 %)	< 0.001
LMM	0 (0.0 %)	4 (1.6 %)	
LA	22 (51.2 %)	3 (1.2 %)	
Indiferente	2 (4.7 %)	18 (7.1 %)	
No lo sabe	1 (2.3 %)	0 (0.0 %)	
Preferencia de lactancia por parte de la pareja			
LM	11 (26.2 %)	203 (82.5 %)	< 0.001
LMM	0 (0.0 %)	4 (1.6 %)	
LA	18 (42.9 %)	6 (2.4 %)	
Indiferente	11 (26.2 %)	28 (11.4 %)	
No lo sabe	2 (4.8 %)	5 (2.0 %)	
Preferencia de lactancia por parte de la abuela materna			
LM	23 (53.5 %)	205 (81.0 %)	< 0.001
LMM	1 (2.3 %)	4 (1.6 %)	
LA	15 (34.9 %)	13 (5.1 %)	
Indiferente	2 (4.7 %)	21 (8.3 %)	
No lo sabe	2 (4.7 %)	10 (4.0 %)	
Preferencia de lactancia por parte del abuelo materno			
LM	7 (16.3 %)	161 (63.6 %)	< 0.001
LMM	1 (2.3 %)	1 (0.4 %)	
LA	12 (27.9 %)	3 (1.2 %)	
Indiferente	12 (27.9 %)	36 (14.2 %)	
No lo sabe	11 (25.6 %)	52 (20.6 %)	
Preferencia de lactancia por parte de la abuela por parte de la pareja			
LM	11 (26.2 %)	174 (70.7 %)	< 0.001
LMM	0 (0.0 %)	1 (0.4 %)	
LA	24 (57.1 %)	7 (2.8 %)	
Indiferente	3 (7.1 %)	27 (11.0 %)	
No lo sabe	4 (9.5 %)	37 (15.0 %)	
Preferencia de lactancia por parte del abuelo por parte de la pareja			
LM	6 (14.3 %)	147 (59.8 %)	< 0.001
LMM	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
LA	14 (33.3 %)	5 (2.0 %)	
Indiferente	9 (21.4 %)	34 (13.8 %)	
No lo sabe	13 (31.0 %)	60 (24.4 %)	
Preferencia de lactancia por parte del primer hermano/a materna			
LM	8 (18.6 %)	179 (73.1 %)	< 0.001
LMM	1 (2.3 %)	3 (1.2 %)	
LA	11 (25.6 %)	6 (2.4 %)	
Indiferente	11 (25.6 %)	17 (6.9 %)	
No lo sabe	12 (27.9 %)	40 (16.3 %)	
Preferencia de lactancia por parte del segundo hermano/a materna			
LM	6 (15.0 %)	152 (70.4 %)	< 0.001
LMM	2 (5.0 %)	2 (0.9 %)	
LA	6 (15.0 %)	3 (1.4 %)	
Indiferente	12 (30.0 %)	18 (8.3 %)	
No lo sabe	14 (35.0 %)	41 (19.0 %)	

Se observó que la proporción de madres gitanas que habían amamantado previamente (29.4 %) fue significativamente inferior a la registrada entre las madres no gitanas (89.1 %) ($p < 0.001$; ver Tabla 47 y Figura 26). No obstante, no se identificaron diferencias entre ambos grupos en cuanto a la duración de la LM en experiencias anteriores (ver Tabla 48).

Figura 26

Comparativa de LM anterior



Al momento del alta, únicamente el 25.6 % de las madres gitanas practicaban la LM, proporción que difirió significativamente ($p < 0.001$) de la observada en las madres no gitanas, entre las cuales el 87.4 % amamantaban a sus hijos (ver Tabla 47). Aunque la proporción de abandono de la LM fue del 71 % en el grupo gitano y del 51.8 % en el grupo no gitano, esta diferencia no alcanzó significación estadística.

A los tres meses posparto, el 80 % de las madres no gitanas continuaban con la LM en contraste con el 38.5 % de las madres gitanas, diferencia que resultó estadísticamente significativa ($p = 0.002$). No obstante, a los 6 y 12 meses de seguimiento, la proporción de madres que continuaban amamantando fue similar en ambos grupos (ver Tabla 48).

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Tabla 48

Estudio de lactancia de las mujeres de etnia gitana

Parámetro	Etnia gitana. Recuento (%)		
	Sí (n = 43)	No (n = 255)	p-valor
LM anterior			
Sí	5 (29.4 %)	115 (89.1 %)	< 0.001
No	12 (70.6 %)	14 (10.9 %)	
LM al alta			
Sí	11 (25.6 %)	221 (87.4 %)	< 0.001
No	32 (74.4 %)	32 (12.6 %)	
Abandono de la LM			
Sí	9 (75.0 %)	115 (51.8 %)	0.117
No	3 (25.0 %)	107 (48.2 %)	
LM a los 3 meses de las mujeres que iniciaron LM			
Sí	5 (38.5 %)	173 (80.5 %)	0.002
No localizable	1 (7.7 %)	5 (2.3 %)	
No	7 (53.8 %)	37 (17.2 %)	
LM a los 6 meses de las mujeres que lactaban a los 3 meses			
Sí	3 (60.0 %)	129 (84.3 %)	0.286
No localizable	0 (0.0 %)	2 (1.3 %)	
No	2 (40.0 %)	22 (14.4 %)	
LM a los 12 meses de las mujeres que lactaban a los 6 meses			
Sí	2 (66.7 %)	93 (75.0 %)	0.860
No localizable	0 (0.0 %)	4 (3.2 %)	
No	1 (33.3 %)	27 (21.8 %)	

Los resultados de este estudio indican que, en el grupo de madres gitanas, el motivo para no iniciar la LM estuvo, en todos los casos (100 %), asociado a factores directamente relacionados con la madre. En cambio, en el grupo de madres no gitanas, dicha asociación fue menor (78.8 %), diferencia que resultó estadísticamente significativa ($p = 0.007$) (ver Tabla 49). No se observaron diferencias entre ambos grupos en cuanto a los motivos de abandono de la LM.

Tabla 49

Estudio de no inicio y abandono de la LM de las mujeres de etnia gitana

Parámetro	Etnia gitana. Recuento (%)		
	Si (n = 43)	No (n = 255)	p-valor
Motivo de no inicio de la LM			0.007
Relacionado con la madre	31 (100.0 %)	26 (78.8 %)	
Otro	0 (0.0 %)	7 (21.2 %)	
Motivo de abandono de la LM			0.986
Relacionado con la madre	6 (66.7 %)	77 (67.0 %)	
Otro	3 (33.3 %)	38 (33.0 %)	

En relación con la duración de la LM en experiencias anteriores, se observó una diferencia que no alcanzó significación estadística (ver Tabla 50).

Respecto a la duración de la LM actual, las madres gitanas registraron una mediana de 5 meses, mientras que en las madres no gitanas la mediana fue de 12 meses. La diferencia entre ambos grupos se acercó al umbral de significación estadística ($p = 0.053$), sugiriendo una posible tendencia hacia una menor duración de la LM entre las mujeres gitanas (ver Tabla 50).

Tabla 50

Duración de la LM de las pacientes de etnia gitana

Parámetro	Mediana (mín – máx)	P -valor
Duración de la LM anterior (meses)		
Etnia gitana sí (n = 3)	6 (3 - 10)	0.280
Etnia gitana no (n = 114)	12 (0 - 40)	
Duración de la LM (meses)		
Etnia gitana sí (n = 8)	5 (1 - 12)	0.053
Etnia gitana no (n = 156)	12 (1 - 12)	

Al analizar los datos relativos a la proporción de mujeres que amamantan al momento del alta hospitalaria, así como a los 3, 6 y 12 meses posparto, diferenciando entre mujeres de etnia gitana y aquellas pertenecientes a otras etnias, se evidencia que los porcentajes de LM son considerablemente más bajos en el grupo de mujeres gitanas.

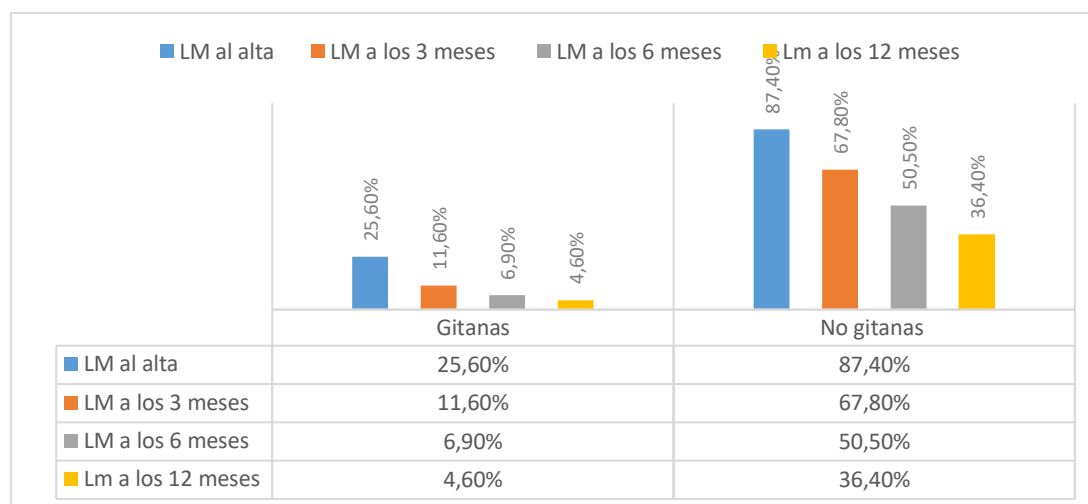
En dicho grupo, se observa un descenso progresivo en la práctica de la LM: el 25.6 % de las mujeres amamantaban al alta, reduciéndose al 11.6 % a los 3 meses, al 6.9 % a los 6 meses y al 4.6 % a los 12 meses posparto.

En contraste, en el grupo de mujeres no gitanas, los niveles de LM se mantuvieron notablemente más elevados en cada punto de seguimiento: 87.4 % al alta, 67.8 % a los 3 meses, 50.5 % a los 6 meses y 36.4 % al año del nacimiento.

Esta evolución refleja una mayor adherencia y continuidad en la práctica de la LM por parte de las madres no gitanas a lo largo del primer año de vida del lactante, en comparación con una disminución marcada y temprana en el grupo de madres gitanas (ver Figura 27).

Figura 27

Comparativa de lactancia en mujeres gitanas y no gitanas



6.6 Lactancia materna en mujeres árabes residentes en España

Este análisis busca comprender los patrones de LM en mujeres árabes residentes en España, identificando los factores que influyen en su práctica y explorando posibles estrategias de promoción y apoyo para mejorar la experiencia de lactancia dentro de este grupo.

6.6.1 Aspectos demográficos

Se observó que el grupo de madres árabes era significativamente más joven ($p= 0.005$) que el resto de las madres participantes, con una mediana de edad de 25 años, frente a los 30 años registrados en los demás grupos (ver Tabla 51). No se encontraron diferencias significativas en relación con la edad de la pareja.

Tabla 51

Estudio de la edad de las mujeres de etnia árabe

Parámetro	Mediana (mín – máx)	P –valor
Edad de la madre (años)		
Etnia árabe sí (n = 70)	25 (19 - 42)	0.005
Etnia árabe no (n = 228)	30 (14 - 48)	
Edad de la pareja (años)		
Etnia árabe sí (n = 68)	30 (17 - 48)	0.978
Etnia árabe no (n = 214)	32 (16 - 62)	

Los resultados sociodemográficos evidencian una marcada homogeneidad dentro del grupo de mujeres árabes, en el que la etnicidad, la nacionalidad y la religión están fuertemente correlacionadas y presentan diferencias notables respecto al resto de la población analizada.

La gran mayoría de las mujeres árabes tienen nacionalidad marroquí (95.7 %), mientras que solo un pequeño porcentaje posee nacionalidad española (2.9 %). En contraste, la mayoría de las mujeres no árabes son españolas (87.3 %). Este mismo patrón se repite en la nacionalidad de las parejas, donde el 100 % de las parejas de mujeres árabes son de nacionalidad marroquí, mientras que la mayoría de las parejas de mujeres no árabes son españolas (86.3 %).

La tendencia de agrupación dentro de la misma etnia es evidente, puesto que el 98.6 % de las mujeres árabes tienen una pareja también de origen árabe, mientras que en el grupo de mujeres no árabes predominan parejas caucásicas (70.5 %) y gitanas (19.4 %).

Todas las mujeres árabes se identifican con el islam (100 %), mientras que, en el grupo de mujeres no árabes, el cristianismo es la religión predominante (93.9 %), con una minoría identificándose como ateas (4.8 %) (ver Tabla 52).

Tabla 52

Características sociodemográficas de las mujeres de etnia árabe

Parámetro	Etnia árabe. Recuento (%)		
	Sí (n = 70)	No (n = 228)	p-valor
Nacionalidad de la madre			
Española	2 (2.9 %)	199 (87.3 %)	< 0.001
Marroquí	67 (95.7 %)	1 (0.4 %)	
Otra	1 (1.4 %)	28 (12.3 %)	
Nacionalidad española de la madre			
Sí	2 (2.9 %)	199 (87.3 %)	< 0.001
No	68 (97.1 %)	29 (12.7 %)	
Nacionalidad de la pareja			
Española	0 (0.0 %)	189 (86.3 %)	< 0.001
Marroquí	70 (100.0 %)	1 (0.5 %)	
Otra	0 (0.0 %)	29 (13.2 %)	
Nacionalidad española de la pareja			
Sí	0 (0.0 %)	189 (86.3 %)	< 0.001
No	70 (100.0 %)	30 (13.7 %)	
Etnia de la pareja			
Caucásica	0 (0.0 %)	153 (70.5 %)	< 0.001
Gitana	1 (1.4 %)	42 (19.4 %)	
Árabe	69 (98.6 %)	0 (0.0 %)	

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

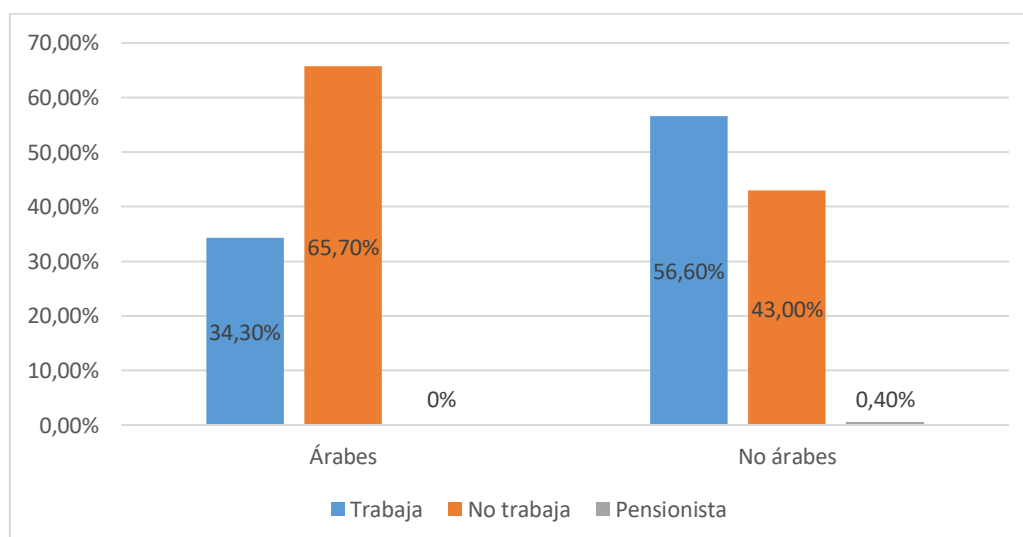
Sudamericana	0 (0.0 %)	19 (8.8 %)	
Sudafricana	0 (0.0 %)	2 (0.9 %)	
Centroamericana	0 (0.0 %)	1 (0.5 %)	
Etnia caucásica de la pareja			
Sí	69 (98.6 %)	0 (0.0 %)	< 0.001
No	1 (1.4 %)	217 (100.0 %)	
Religión de la madre			
Cristianismo	0 (0.0 %)	214 (93.9 %)	< 0.001
Islam	70 (100.0 %)	3 (1.3 %)	
Judaísmo	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
Ateísmo	0 (0.0 %)	11 (4.8 %)	
Otra	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
Religión de la pareja			
Cristianismo	0 (0.0 %)	204 (93.6 %)	< 0.001
Islam	70 (100.0 %)	3 (1.4 %)	
Judaísmo	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
Ateísmo	0 (0.0 %)	11 (5.0 %)	
Otra	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	

Respecto a la situación laboral, se encontró que el 65.7 % de las madres árabes no trabajaba, lo que contrasta ($p=0.004$) con lo observado en el grupo de madres no árabes, donde el 43 % de las madres no laboraba (ver Figura 28).

En cuanto a la situación laboral de la pareja, el 100 % manifestó trabajar, sin encontrar diferencias significativas respecto al grupo de población no árabe (ver Tabla 53).

Figura 28

Condición laboral de las madres árabes



Se observó, además, una diferencia significativa ($p < 0.001$) en el nivel educativo de las madres, siendo este notablemente inferior en el grupo de mujeres árabes, donde la mayoría contaba únicamente con estudios primarios o carecía de escolarización. En

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

contraste, en el grupo de no árabes predominaban los estudios medios y/o universitarios. Estas diferencias también resultaron significativas ($p < 0.001$) en el caso de las parejas, observándose un patrón similar (ver Tabla 53).

Tabla 53

Características sociales de la muestra de etnia árabe

Parámetro	Etnia árabe. Recuento (%)		
	Sí (n = 70)	No (n = 228)	p-valor
Condición laboral de la madre			
Trabaja	24 (34.3 %)	129 (56.6 %)	0.004
No trabaja	46 (65.7 %)	98 (43.0 %)	
Pensionista	0 (0.0 %)	1 (0.4 %)	
Condición laboral de la pareja			
Trabaja	70 (100.0 %)	207 (95.0 %)	0.159
No trabaja	0 (0.0 %)	10 (4.6 %)	
Pensionista	0 (0.0 %)	1 (0.5 %)	
Estudios de la madre			
Sin estudios/estudios primarios	66 (94.3 %)	80 (35.2 %)	< 0.001
Estudios medios	4 (5.7 %)	112 (49.3 %)	
Estudios universitarios	0 (0.0 %)	35 (15.4 %)	
Estudios de la pareja			
Sin estudios/estudios primarios	68 (97.1 %)	103 (47.2 %)	< 0.001
Estudios medios	2 (2.9 %)	92 (42.2 %)	
Estudios universitarios	0 (0.0 %)	23 (10.6 %)	

Se observaron también diferencias significativas respecto al embarazo buscado por la madre. En el grupo de mujeres árabes, el 95.7 % manifestó que el embarazo había sido buscado, mientras que solo el 4.3 % indicó lo contrario. En contraste, entre las mujeres no árabes, el 18.9 % declaró haber tenido embarazos no buscados. No se encontraron diferencias en cuanto a los convivientes (ver Tabla 54).

Tabla 54

Embarazo buscado y convivientes en la muestra de etnia árabe

Parámetro	Etnia árabe. Recuento (%)		
	Sí (n = 70)	No (n = 228)	p-valor
Embarazo buscado por la madre			
Sí	67 (95.7 %)	185 (81.1 %)	0.003
No	3 (4.3 %)	43 (18.9 %)	
Embarazo buscado por la pareja			
Sí	67 (95.7 %)	180 (82.6 %)	0.006
No	3 (4.3 %)	38 (17.4 %)	
Convivientes			
Solo pareja e hijos	58 (82.9 %)	177 (77.6 %)	0.349
Pareja, hijos y otros	12 (17.1 %)	51 (22.4 %)	

6.6.2 Embarazo y parto

Respecto a los aspectos gestacionales, no se observaron diferencias en el tipo de parto (único o múltiple), pero sí en la vía del parto ($p = 0.016$), registrándose una mayor proporción de partos instrumentales y menos número de cesáreas. No se identificaron diferencias respecto al tipo de anestesia entre mujeres árabes y de otras etnias (ver Tabla 54).

Las mujeres árabes presentaron una mayor proporción de partos previos (62.9 %) en comparación con las no árabes (46.9 %), diferencia que resultó estadísticamente significativa ($p = 0.020$). Asimismo, se evidenció una diferencia significativa en la práctica de la LM en embarazos previos ($p = 0.002$). El 97.7 % de las mujeres árabes ha practicado LM en embarazos anteriores, en comparación con el 75.7 % de las mujeres no árabes (ver Tabla 55).

Tabla 55

Aspectos gestacionales de las pacientes de etnia árabe

Parámetro	Etnia árabe. Recuento (%)		p-valor
	Sí (n = 70)	No (n = 228)	
Tipo de parto			
Único	70 (100.0 %)	224 (98.2 %)	0.265
Múltiple	0 (0.0 %)	4 (1.8 %)	
Tipo de parto			
Vaginal	47 (67.1 %)	141 (61.8 %)	0.016
Instrumental	12 (17.1 %)	19 (8.3 %)	
Cesárea	11 (15.7 %)	68 (29.8 %)	
Epidural			
Sí	27 (38.6 %)	115 (50.4 %)	0.082
No	43 (61.4 %)	113 (49.6 %)	
Parto anterior			
Sí	44 (62.9 %)	107 (46.9 %)	0.020
No	26 (37.1 %)	121 (53.1 %)	
LM anterior			
Sí	42 (97.7 %)	78 (75.7 %)	0.002
No	1 (2.3 %)	25 (24.3 %)	

El análisis de los aspectos cuantitativos relacionados con el embarazo y el parto de las pacientes de etnia árabe indica que no existen diferencias estadísticamente significativas en comparación con el resto de la población estudiada. Los parámetros gestacionales evaluados, como la edad gestacional, el número de gestaciones previas, los partos anteriores y las cesáreas, muestran valores similares entre ambos grupos. Estos resultados sugieren que la evolución del embarazo y el proceso de parto en las mujeres árabes no presentan particularidades médicas diferenciadoras (ver Tabla 56).

Tabla 56

Aspectos cuantitativos relacionados con el embarazo y el parto de las pacientes de etnia árabe

Parámetro	Mediana (mín – máx)	P –valor
Edad gestacional (semanas)		
Etnia árabe sí (n = 70)	40 (28 - 41)	0.061
Etnia árabe no (n = 228)	40 (32 - 42)	
Gestaciones anteriores		
Etnia árabe sí (n = 44)	1 (1 - 6)	0.142
Etnia árabe no (n = 120)	1 (0 - 6)	
Abortos anteriores		
Etnia árabe sí (n = 38)	0 (0 - 3)	0.057
Etnia árabe no (n = 97)	0 (0 - 3)	
Cesáreas anteriores		
Etnia árabe sí (n = 37)	0 (0 - 2)	0.124
Etnia árabe no (n = 86)	0 (0 - 2)	

6.6.3 Características del recién nacido y la lactancia

La única diferencia observada en las características de los recién nacidos entre los hijos de madres árabes y los de madres no árabes fue la longitud al nacer ($p= 0.008$), con una media del grupo de madres árabes de 50 cm y de 49 cm en el grupo de madres no árabes. No se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto al peso, el sexo del recién nacido ni los valores de Apgar (ver Tabla 57).

Tabla 57

Características neonatales de la muestra de etnia árabe

Parámetro	Etnia caucásica. Recuento (%)		
	Sí (n = 70)	No (n = 228)	p-valor
Sexo del recién nacido 1			
Hombre	84 (52.8 %)	67 (48.2 %)	0.425
Mujer	75 (47.2 %)	72 (51.8 %)	
Examen Apgar del recién nacido 1			
Sí	150 (94.9 %)	134 (97.1 %)	0.346
No	8 (5.1 %)	4 (2.9 %)	
Sexo del recién nacido 2			
Hombre	1 (50.0 %)	2 (100.0 %)	0.248
Mujer	1 (50.0 %)	0 (0.0 %)	
Examen Apgar del recién nacido 2			
Sí	2 (100.0 %)	2 (100.0 %)	-
No	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
Parámetro	Mediana (mín – máx)		P –valor
Peso del recién nacido 1 (g)			
Etnia árabe sí (n = 70)	3288 (2445 - 4620)		0.090
Etnia árabe no (n = 228)	3175 (1600 - 4885)		
Longitud del recién nacido 1 (cm)			
Etnia árabe sí (n = 69)	50 (46 - 52)		0.008
Etnia árabe no (n = 224)	49 (43 - 58)		
Peso del recién nacido 2 (g)			
Etnia árabe sí (n = 0)	-		-
Etnia árabe no (n = 4)	2428 (1890 - 3045)		
Longitud del recién nacido 2 (cm)			
Etnia árabe sí (n = 0)	-		-
Etnia árabe no (n = 3)	47 (46 - 48)		

Se observaron diferencias significativas entre el grupo de madres árabes y el de madres no árabes respecto a la educación en maternidad, siendo esta menor en la etnia árabe. También se identificaron diferencias en la ayuda sanitaria recibida en las primeras 6 horas, que fue mayor en el grupo de las árabes y en la permanencia de la madre y el recién nacido juntos tras el parto, siendo esta también mayor en mujeres árabes (ver Tabla 58).

Respecto al apoyo recibido durante la LM, las madres no árabes refirieron en mayor medida haber recibido algún tipo de ayuda, lo que podría estar relacionado con el hecho de que también reportaron más problemas con la LM que las madres árabes (ver Tabla 59). En este sentido, el 70.0 % de las madres árabes participantes señalaron no haber enfrentado dificultades durante la LM. Este alto porcentaje sugiere la presencia de factores culturales, sociales o de apoyo familiar que favorecen una experiencia más positiva de lactancia. De hecho, la mayoría de estas madres manifestaron haber recibido

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

apoyo principalmente por parte de sus familiares. En contraste, solo el 38.0 % de las madres de otras etnias indicó no haber tenido problemas durante la LM.

Tabla 58

Ayuda en la LM en las madres de etnia árabe

Parámetro	Etnia árabe. Recuento (%)		p-valor
	Sí (n = 70)	No (n = 228)	
Educación en maternidad			
Sí	1 (1.4 %)	21 (9.2 %)	0.029
No	69 (98.6 %)	207 (90.8 %)	
Ayuda durante las primeras 6 horas			
Sí	69 (98.6 %)	198 (86.8 %)	0.005
No	1 (1.4 %)	30 (13.2 %)	
Permanencia de la madre y el recién nacido juntos tras el parto			
Sí	64 (91.4 %)	167 (73.2 %)	0.001
No	6 (8.6 %)	61 (26.8 %)	
Apoyo durante la LM			
Enfermera/matrona CS	3 (8.3 %)	7 (7.3 %)	< 0.001
Pediatra CS	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
Enfermera/matrona H	1 (2.8 %)	23 (24.0 %)	
Grupo de apoyo	0 (0.0 %)	1 (1.0 %)	
Familiar	7 (19.4 %)	3 (3.1 %)	
Apoyos varios	0 (0.0 %)	11 (11.5 %)	
Sin apoyo	25 (69.4 %)	51 (53.1 %)	

Tabla 59

Problemas durante la LM en las mujeres de etnia árabe

Parámetro	Etnia árabe. Recuento (%)		p-valor
	Sí (n = 70)	No (n = 228)	
Problemas durante la LM			
Dolor	8 (20.0 %)	15 (15.0 %)	0.006
Grietas	2 (5.0 %)	13 (13.0 %)	
Mastitis	0 (0.0 %)	6 (6.0 %)	
Ingurgitación	0 (0.0 %)	3 (3.0 %)	
Problema de agarre	1 (2.5 %)	18 (18.0 %)	
Otros	1 (2.5 %)	7 (7.0 %)	
Sin problemas	28 (70.0 %)	38 (38.0 %)	

En esa misma línea, se observaron diferencias significativas ($p < 0.001$) en la preferencia de lactancia, tanto por parte de la madre como de la pareja, los abuelos maternos y paternos, y los hermanos, siendo la LM la opción más predominante (ver Tabla 60).

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Tabla 60

Preferencias de lactancia en la etnia árabe

	Sí (n = 70)	No (n = 228)	p-valor
Preferencia de lactancia por parte de la madre			
LM	70 (100.0 %)	176 (77.9 %)	< 0.001
LMM	0 (0.0 %)	4 (1.8 %)	
LA	0 (0.0 %)	25 (11.1 %)	
Indiferente	0 (0.0 %)	20 (8.8 %)	
No lo sabe	0 (0.0 %)	1 (0.4 %)	
Preferencia de lactancia por parte de la pareja			
LM	70 (100.0 %)	144 (66.1 %)	< 0.001
LMM	0 (0.0 %)	4 (1.8 %)	
LA	0 (0.0 %)	24 (11.0 %)	
Indiferente	0 (0.0 %)	39 (17.9 %)	
No lo sabe	0 (0.0 %)	7 (3.2 %)	
Preferencia de lactancia por parte de la abuela materna			
LM	69 (98.6 %)	159 (70.4 %)	< 0.001
LMM	1 (1.4 %)	4 (1.8 %)	
LA	0 (0.0 %)	28 (12.4 %)	
Indiferente	0 (0.0 %)	23 (10.2 %)	
No lo sabe	0 (0.0 %)	12 (5.3 %)	
Preferencia de lactancia por parte del abuelo materno			
LM	69 (98.6 %)	99 (43.8 %)	< 0.001
LMM	1 (1.4 %)	1 (0.4 %)	
LA	0 (0.0 %)	15 (6.6 %)	
Indiferente	0 (0.0 %)	48 (21.2 %)	
No lo sabe	0 (0.0 %)	63 (27.9 %)	
Preferencia de lactancia por parte de la abuela por parte de la pareja			
LM	70 (100.0 %)	115 (52.8 %)	< 0.001
LMM	0 (0.0 %)	1 (0.5 %)	
LA	0 (0.0 %)	31 (14.2 %)	
Indiferente	0 (0.0 %)	30 (13.8 %)	
No lo sabe	0 (0.0 %)	41 (18.8 %)	
Preferencia de lactancia por parte del abuelo por parte de la pareja			
LM	70 (100.0 %)	83 (38.1 %)	< 0.001
LMM	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
LA	0 (0.0 %)	19 (8.7 %)	
Indiferente	0 (0.0 %)	43 (19.7 %)	
No lo sabe	0 (0.0 %)	73 (33.5 %)	
Preferencia de lactancia por parte del primer hermano/a materna			
LM	70 (100.0 %)	117 (53.7 %)	< 0.001
LMM	0 (0.0 %)	4 (1.8 %)	
LA	0 (0.0 %)	17 (7.8 %)	
Indiferente	0 (0.0 %)	28 (12.8 %)	
No lo sabe	0 (0.0 %)	52 (23.9 %)	
Preferencia de lactancia por parte del segundo hermano/a materna			
LM	70 (100.0 %)	88 (47.3 %)	< 0.001
LMM	0 (0.0 %)	4 (2.2 %)	
LA	0 (0.0 %)	9 (4.8 %)	
Indiferente	0 (0.0 %)	30 (16.1 %)	
No lo sabe	0 (0.0 %)	55 (29.6 %)	

En cuanto a la duración de la lactancia, se encontraron diferencias significativas al alta hospitalaria, donde el 100 % de las mujeres árabes practicaba LM frente al 71.7 % de las no árabes, y a los 3 meses posparto, cuando el 84.28 % de las mujeres árabes continuaba con LM frente al 70.4 % de las no árabes. No se observaron diferencias significativas a los 6 meses, aunque sí a los 12 meses, momento en el cual el 80.9 % de las mujeres que mantenían LM a los 6 meses continuaban con ella al año (ver Tabla 61).

Tabla 61

Estudio de lactancia en las mujeres de etnia árabe

	Etnia árabe. Recuento (%)		
Parámetro	Sí (n = 70)	No (n = 228)	p-valor
LM al alta			
Sí	70 (100.0 %)	162 (71.7 %)	< 0.001
No	0 (0.0 %)	64 (28.3 %)	
LM a los 3 meses de las mujeres que iniciaron LM			
Sí	59 (84.28 %)	119 (70.4 %)	< 0.001
No localizable	0 (0.0 %)	6 (3.6 %)	
No	0 (0.0 %)	44 (26.0 %)	
LM a los 6 meses de las mujeres que lactaban a los 3 meses			
Sí	48 (92.3 %)	84 (79.2 %)	0.064
No localizable	1 (1.9 %)	1 (0.9 %)	
No	3 (5.8 %)	21 (19.8 %)	
LM a los 12 meses de las mujeres que lactaban a los 6 meses			
Sí	38 (80.9 %)	57 (71.3 %)	0.003
No localizable	4 (8.5 %)	0 (0.0 %)	
No	5 (10.6 %)	23 (28.7 %)	

En relación con el inicio y el abandono de la LM, los datos muestran que todas las mujeres de etnia árabe iniciaron la LM. En contraste, en el grupo de otras etnias, un 89.1 % no comenzó la LM por razones relacionadas con la madre y un 10.9 % por otros motivos.

En cuanto al abandono de la LM, el 81.5 % de las mujeres árabes que dejaron de amamantar lo hicieron por factores relacionados con ellas mismas, frente al 62.9 % en el grupo de otras etnias ($p = 0.069$). En cambio, un 18.5 % de las mujeres árabes interrumpieron la LM por otros motivos, frente al 37.1 % del grupo de no árabes.

Estos datos reflejan una alta adherencia a la LM en las mujeres de etnia árabe, con un inicio del 100 %, mientras que en el grupo de comparación se observa una mayor proporción de no inicio y abandono. Aunque las diferencias en los motivos de abandono no alcanzaron significación estadística, se aprecia una tendencia según la cual las mujeres

árabes abandonan la LM en menor proporción y por razones principalmente relacionadas con ellas mismas (ver Tabla 62).

Tabla 62

Estudio de no inicio y abandono de la LM en las mujeres de etnia árabe

Parámetro	Etnia árabe. Recuento (%)		
	Sí (n = 70)	No (n = 228)	p-valor
Motivo de no inicio de la LM			
Relacionado con la madre	0 (0.0 %)	57 (89.1 %)	-
Otro	0 (0.0 %)	7 (10.9 %)	
Motivo de abandono de la LM			
Relacionado con la madre	22 (81.5 %)	61 (62.9 %)	0.069
Otro	5 (18.5 %)	36 (37.1 %)	

Respecto a la duración de la LM en hijos anteriores, se observaron diferencias estadísticamente significativas; la mediana en el grupo de mujeres árabes de 24 meses, frente a 5 meses en el grupo de no árabes. Considerando la lactancia actual, también se encontraron diferencias significativas, siendo la mediana de 12 meses para mujeres árabes y de 10 meses para no árabes (ver Tabla 63).

Tabla 63

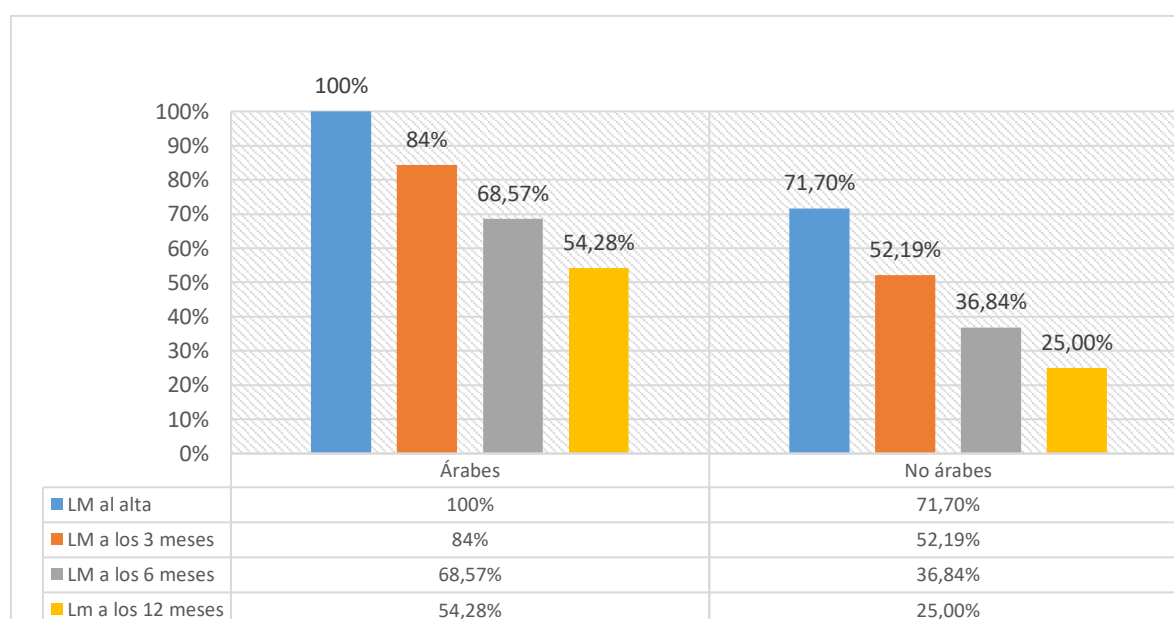
Duración de la LM de las pacientes de etnia árabe

Parámetro	Mediana (mín – máx)	P –valor
Duración de la LM anterior (meses)		
Etnia árabe sí (n = 42)	24 (3 - 24)	< 0.001
Etnia árabe no (n = 75)	4 (0 - 40)	
Duración de la LM (meses)		
Etnia árabe sí (n = 44)	12 (3 - 12)	< 0.001
Etnia árabe no (n = 120)	10 (1 - 12)	

Al analizar los datos de forma gráfica para el conjunto de la muestra, diferenciando entre madres de etnia árabe y madres de otras etnias, se observa que los porcentajes de madres que dan LM son mayores entre las árabes en todos los periodos estudiados (ver Figura 29).

Figura 29

Comparativa de lactancia en mujeres árabes y no árabes



6.7 Lactancia materna en mujeres caucásicas que viven en España

El análisis de los patrones de lactancia de las mujeres caucásicas que viven en España permite comprender mejor los factores que favorecen o dificultan esta práctica, aportando información para el desarrollo de estrategias que promuevan la LM y optimicen la atención a las madres y sus hijos.

6.7.1 Aspectos demográficos

El grupo de madres caucásicas fue significativamente de mayor edad ($p < 0.001$) que el resto de las madres participantes, con una mediana de edad de 32 años frente a 24 años en el grupo no caucásico. Resultados similares se encontraron con respecto a la edad de la pareja, siendo esta significativamente mayor ($p < 0.001$) con una mediana de 35 años, frente a los 29 años del grupo de etnia no caucásica (ver Tabla 64).

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Tabla 64

Estudio de la edad de las mujeres de etnia caucásica

Parámetro	Mediana (mín – máx)	P -valor
Edad de la madre (años)		
Etnia caucásica sí (n = 159)	32 (17 - 48)	< 0.001
Etnia caucásica no (n = 139)	24 (14 - 42)	
Edad de la pareja (años)		
Etnia caucásica sí (n = 150)	35 (19 - 54)	< 0.001
Etnia caucásica no (n = 132)	29 (16 - 62)	

Respecto al análisis de los datos de las mujeres caucásicas de este estudio, se destaca que la mayoría de ellas, al igual que sus parejas, eran de nacionalidad española. También se observaron diferencias estadísticamente significativas en la etnia de la pareja, siendo mayoritariamente caucásica (95.4 %).

Entre las madres caucásicas, el 93.7 % profesaba la religión católica, mientras que en las no caucásicas solo el 46.8 % debido, como ya se mencionó, al elevado porcentaje de madres musulmanas (ver Tabla 65).

Tabla 65

Características demográficas de las mujeres de etnia caucásica

Parámetro	Etnia caucásica. Recuento (%)		p-valor
	Sí (n = 159)	No (n = 139)	
Nacionalidad de la madre			
Española	156 (98.1 %)	45 (32.4 %)	< 0.001
Marroquí	0 (0.0 %)	68 (48.9 %)	
Otra	3 (1.9 %)	26 (18.7 %)	
Nacionalidad española de la madre			
Sí	156 (98.1 %)	45 (32.4 %)	< 0.001
No	3 (1.9 %)	94 (67.6 %)	
Nacionalidad de la pareja			
Española	142 (92.8 %)	47 (34.6 %)	< 0.001
Marroquí	0 (0.0 %)	71 (52.2 %)	
Otra	11 (7.2 %)	18 (13.2 %)	
Nacionalidad española de la pareja			
Sí	142 (92.8 %)	47 (34.6 %)	< 0.001
No	11 (7.2 %)	89 (65.4 %)	
Etnia de la pareja			
Caucásica	145 (95.4 %)	8 (5.9 %)	< 0.001
Gitana	3 (2.0 %)	40 (29.6 %)	
Árabe	0 (0.0 %)	69 (51.1 %)	
Sudamericana	4 (2.6 %)	15 (11.1 %)	
Sudafricana	0 (0.0 %)	2 (1.5 %)	
Centroamericana	0 (0.0 %)	1 (0.7 %)	
Etnia caucásica de la pareja			
Sí	145 (95.4 %)	8 (5.9 %)	< 0.001
No	7 (4.6 %)	127 (94.1 %)	

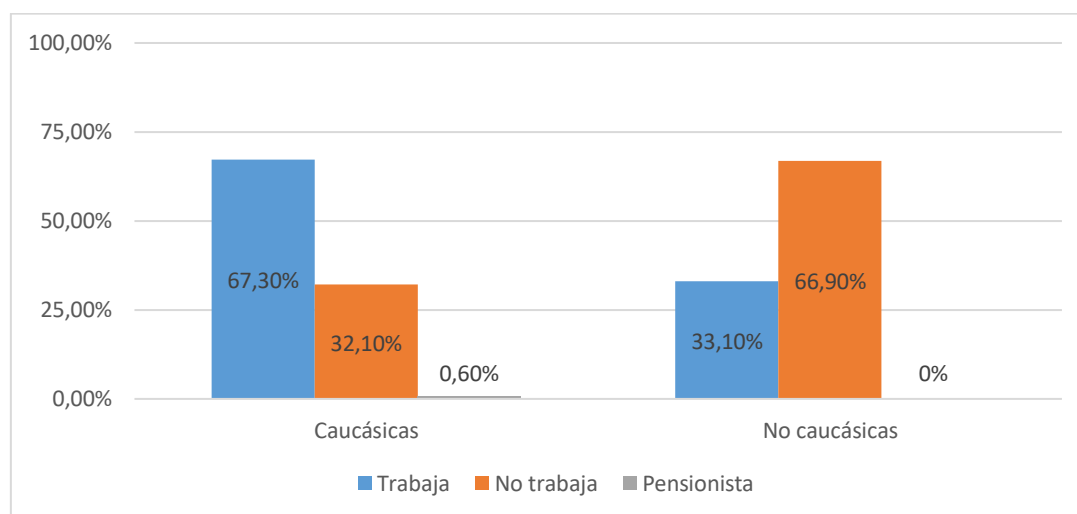
ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Religión de la madre			
Cristianismo	149 (93.7 %)	65 (46.8 %)	< 0.001
Islam	0 (0.0 %)	73 (52.5 %)	
Judaísmo	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
Ateísmo	10 (6.3 %)	1 (0.7 %)	
Otra	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
Religión de la pareja			
Cristianismo	144 (94.1 %)	60 (44.4 %)	< 0.001
Islam	0 (0.0 %)	73 (54.1 %)	
Judaísmo	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
Ateísmo	9 (5.9 %)	2 (1.5 %)	
Otra	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	

Respecto a la condición laboral de la madre, se encontró que, en este grupo, el 67.3 % trabajaba, mientras que el 32.1 % no lo hacía (ver Figura 30). En cuanto a las parejas, la mayoría se encontraba empleada (96.7 %), con una diferencia mínima respecto al grupo de otras etnias (95.6 %; $p = 0.554$), sin alcanzarse significación estadística (ver Tabla 66).

Figura 30

Condición laboral de las madres caucásicas



En relación con el nivel educativo, se observa que un 18.4 % de las madres caucásicas posee estudios primarios o carece de formación académica, en comparación con el 84.2 % del grupo de otras etnias ($p < 0.001$). La mayoría cuenta con estudios medios (60.1 %), mientras que un 21.5 % ha cursado estudios universitarios, frente a solo un 0.7 % en el otro grupo.

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

En el caso de las parejas, un 34.0 % tiene estudios primarios o no cuenta con formación académica, en contraste con el 88.1 % del grupo de comparación ($p < 0.001$). La mayoría ha cursado estudios medios (52.3 %), mientras que un 13.7 % posee estudios universitarios, frente a solo un 1.5 % en el otro grupo (ver Tabla 66).

Tabla 66

Características sociales de la muestra de etnia caucásica

Parámetro	Etnia caucásica. Recuento (%)		
	Sí (n = 159)	No (n = 139)	p-valor
Condición laboral de la madre			
Trabaja	107 (67.3 %)	46 (33.1 %)	< 0.001
No trabaja	51 (32.1 %)	93 (66.9 %)	
Pensionista	1 (0.6 %)	0 (0.0 %)	
Condición laboral de la pareja			
Trabaja	148 (96.7 %)	129 (95.6 %)	0.554
No trabaja	5 (3.3 %)	5 (3.7 %)	
Pensionista	0 (0.0 %)	1 (0.7 %)	
Estudios de la madre			
Sin estudios/estudios primarios	29 (18.4 %)	117 (84.2 %)	< 0.001
Estudios medios	95 (60.1 %)	21 (15.1 %)	
Estudios universitarios	34 (21.5 %)	1 (0.7 %)	
Estudios de la pareja			
Sin estudios/estudios primarios	52 (34.0 %)	119 (88.1 %)	< 0.001
Estudios medios	80 (52.3 %)	14 (10.4 %)	
Estudios universitarios	21 (13.7 %)	2 (1.5 %)	

La mayoría de las mujeres caucásicas (89.3 %) conviven solo con su pareja e hijos, mostrando diferencias significativas ($p < 0.001$) respecto al grupo de mujeres no caucásicas. No se observaron diferencias en cuanto a si el embarazo había sido buscado (ver Tabla 67).

Tabla 67

Embarazo buscado en la muestra de etnia caucásica

Parámetro	Etnia caucásica. Recuento (%)		
	Sí (n = 159)	No (n = 139)	p-valor
Embarazo buscado por la madre			
Sí	139 (87.4 %)	113 (81.3 %)	0.144
No	20 (12.6 %)	26 (18.7 %)	
Embarazo buscado por la pareja²			
Sí	136 (88.9 %)	111 (82.2 %)	0.106
No	17 (11.1 %)	24 (17.8 %)	
Convivientes			
Solo pareja e hijos	142 (89.3 %)	93 (66.9 %)	< 0.001
Pareja, hijos y otros	17 (10.7 %)	46 (33.1 %)	

6.7.2 Embarazo y parto

No se observaron diferencias en las características de los aspectos gestacionales entre caucásicas y mujeres de otras etnias incluyendo tipo de embarazo, que en ambos grupos la mayoría fue gestación única, el uso de epidural, los partos anteriores y la lactancia materna en hijos previos, cuyos porcentajes fueron similares. Sí se encontraron diferencias en la vía de parto: aunque la frecuencia de partos eutócicos fue comparable en ambos grupos, se registró una mayor proporción de partos instrumentales en mujeres no caucásicas (14.4 %) frente a las caucásicas (6.9 %), diferencia que resultó estadísticamente significativa ($p = 0.027$). En contraste, las mujeres caucásicas presentaron una mayor tasa de cesáreas (31.4 %) en comparación con las no caucásicas (20.9 %), lo que sugiere una mayor intervención quirúrgica en este grupo (ver Tabla 68).

Tabla 68

Aspectos gestacionales de las pacientes de etnia caucásica.

Parámetro	Etnia caucásica. Recuento (%)		p-valor
	Sí (n = 159)	No (n = 139)	
Tipo de embarazo			
Único	157 (98.7 %)	137 (98.6 %)	0.892
Múltiple	2 (1.3 %)	2 (1.4 %)	
Vía de parto			
Vaginal	98 (61.6 %)	90 (64.7 %)	0.027
Instrumental	11 (6.9 %)	20 (14.4 %)	
Cesárea	50 (31.4 %)	29 (20.9 %)	
Epidural			
Sí	83 (52.2 %)	59 (42.4 %)	0.093
No	76 (47.8 %)	80 (57.6 %)	
Parto anterior			
Sí	75 (47.2 %)	76 (54.7 %)	0.196
No	84 (52.8 %)	63 (45.3 %)	
LM anterior			
Sí	61 (83.6 %)	59 (80.8 %)	0.665
No	12 (16.4 %)	14 (19.2 %)	

Continuando con el análisis de los aspectos relacionados con la gestación y el parto, no se observaron diferencias entre mujeres caucásicas y de otras etnias en la edad gestacional al parto, el número de gestaciones, abortos o cesáreas previas. Sin embargo, sí se encontraron diferencias en número de partos anteriores, siendo mayor en mujeres de otras etnias (ver Tabla 69).

Tabla 69

Aspectos cuantitativos relacionados con el embarazo y el parto de las pacientes de etnia caucásica

Parámetro	Mediana (mín – máx)	P -valor
Edad gestacional (semanas)		
Etnia caucásica sí (n = 159)	40 (32 - 42)	0.097
Etnia caucásica no (n = 139)	40 (28 - 41)	
Gestaciones anteriores		
Etnia caucásica sí (n = 84)	1 (0 - 6)	0.086
Etnia caucásica no (n = 80)	1 (0 - 6)	
Abortos anteriores		
Etnia caucásica sí (n = 71)	0 (0 - 3)	0.102
Etnia caucásica no (n = 64)	0 (0 - 3)	
Partos anteriores		
Etnia caucásica sí (n = 73)	1 (0 - 4)	0.002
Etnia caucásica no (n = 73)	1 (0 - 5)	
Cesáreas anteriores		
Etnia caucásica sí (n = 65)	0 (0 - 2)	0.331
Etnia caucásica no (n = 58)	0 (0 - 2)	

6.7.3 Características del recién nacido y la lactancia

No se observaron diferencias con respecto al sexo ni al Apgar de los recién nacidos entre los niños nacidos madres caucásicas y los de madres no caucásicas; sin embargo, sí se encontraron diferencias respecto al peso ($p = 0.037$) y la longitud ($p = 0.033$) (ver Tabla 70).

Tabla 70

Características neonatales de la muestra de etnia caucásica

Parámetro	Etnia caucásica. Recuento (%)		p-valor
	Sí (n = 159)	No (n = 139)	
Sexo del recién nacido 1			
Hombre	84 (52.8 %)	67 (48.2 %)	0.425
Mujer	75 (47.2 %)	72 (51.8 %)	
Examen Apgar del recién nacido 1			
Sí	150 (94.9 %)	134 (97.1 %)	0.346
No	8 (5.1 %)	4 (2.9 %)	
Sexo del recién nacido 2			
Hombre	1 (50.0 %)	2 (100.0 %)	0.248
Mujer	1 (50.0 %)	0 (0.0 %)	
Examen Apgar del recién nacido 2			
Sí	2 (100.0 %)	2 (100.0 %)	-
No	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
	Mediana (mín – máx)		P -valor

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Peso del recién nacido 1 (g)		
Etnia caucásica sí (n = 159)	3155 (1600 - 4540)	0.037
Etnia caucásica no (n = 139)	3285 (2300 - 4885)	
Longitud del recién nacido 1 (cm)		
Etnia caucásica sí (n = 156)	49 (43 - 58)	0.033
Etnia caucásica no (n = 137)	49 (43 - 52)	
Peso del recién nacido 2 (g)		
Etnia caucásica sí (n = 2)	2428 (2425 - 2430)	1.000
Etnia caucásica no (n = 2)	2468 (1890 - 3045)	
Longitud del recién nacido 2 (cm)		
Etnia caucásica sí (n = 2)	47 (46 - 47)	0.221
Etnia caucásica no (n = 1)	48 (48 - 48)	

Se identificaron diferencias significativas entre mujeres caucásicas y de otras etnias en relación con la asistencia a educación maternal ($p < 0.001$) y apoyo a la LM durante las primeras 6 horas. Un menor número de mujeres caucásicas reportó haber recibido este apoyo y, de igual manera, permanecieron menos tiempo junto a sus hijos tras el parto. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0.001$), permaneciendo un 68.6 % de los hijos de madres caucásicas con sus madres, frente al 87.8 % de los hijos de madres no caucásicas. Sería necesario investigar si estos resultados se relacionan con que un mayor número de nacimientos en mujeres caucásicas se haya producido mediante cesárea, lo que podría implicar separación de madre y recién nacido por protocolo (ver Tabla 71).

También se observaron diferencias en el apoyo durante la LM, dado que las madres caucásicas reportaron haber requerido asistencia en más ocasiones que las madres de otras etnias, lo que podría estar relacionado con un mejor acceso a los servicios sanitarios (ver Tabla 71).

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Tabla 71

Ayuda en la LM en las madres de etnia caucásica

Parámetro	Etnia caucásica. Recuento (%)		
	Sí (n = 159)	No (n = 139)	p-valor
Educación en maternidad			
Sí	21 (13.2 %)	1 (0.7 %)	< 0.001
No	138 (86.8 %)	138 (99.3 %)	
Ayuda durante las primeras 6 horas			
Sí	136 (85.5 %)	131 (94.2 %)	0.014
No	23 (14.5 %)	8 (5.8 %)	
Permanencia de la madre y el recién nacido juntos tras el parto			
Sí	109 (68.6 %)	122 (87.8 %)	< 0.001
No	50 (31.4 %)	17 (12.2 %)	
Apoyo durante la LM			
Enfermera/matrona CS	6 (7.6 %)	4 (7.5 %)	0.007
Pediatra CS	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
Enfermera/matrona H	21 (26.6 %)	3 (5.7 %)	
Grupo de apoyo	1 (1.3 %)	0 (0.0 %)	
Familiar	3 (3.8 %)	7 (13.2 %)	
Apoyos varios	9 (11.4 %)	2 (3.8 %)	
Sin apoyo	39 (49.4 %)	37 (69.8 %)	

Las mujeres de etnia caucásica presentaron más problemas relacionados con el amamantamiento, con un 67.1 % que indicó haber experimentado algún tipo de dificultad, frente al 32.8 % de madres no caucásicas que reportaron problemas (ver Tabla 72). Estos resultados coinciden con lo observado anteriormente, respecto a que las madres caucásicas necesitan más apoyo durante la LM (ver Tabla 71).

Tabla 72

Problemas durante la lactancia de las pacientes de etnia caucásica

Parámetro	Etnia caucásica. Recuento (%)		
	Sí (n = 159)	No (n = 139)	p-valor
Problemas durante la LM			
Dolor	13 (15.9 %)	10 (17.2 %)	< 0.001
Grietas	11 (13.4 %)	4 (6.9 %)	
Mastitis	6 (7.3 %)	0 (0.0 %)	
Ingurgitación	3 (3.7 %)	0 (0.0 %)	
Problema de agarre	16 (19.5 %)	3 (5.2 %)	
Otros	6 (7.3 %)	2 (3.4 %)	
Sin problemas	27 (32.9 %)	39 (67.2 %)	

Se observaron también diferencias significativas ($p < 0.001$) respecto a la preferencia por la LM expresada por la madre, la pareja, los abuelos y algunos hermanos, favoreciendo la LM en el grupo de etnia caucásica frente al grupo de otras etnias (ver Tabla 73).

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Tabla 73

Preferencia de lactancia en la muestra de etnia caucásica

Parámetro	Etnia caucásica. Recuento (%)		
	Sí (n = 159)	No (n = 139)	p-valor
Preferencia de lactancia por parte de la madre			
LM	134 (85.4 %)	112 (80.6 %)	< 0.001
LMM	3 (1.9 %)	1 (0.7 %)	
LA	3 (1.9 %)	22 (15.8 %)	
Indiferente	17 (10.8 %)	3 (2.2 %)	
No lo sabe	0 (0.0 %)	1 (0.7 %)	
Preferencia de lactancia por parte de la pareja			
LM	112 (73.7 %)	102 (75.0 %)	0.016
LMM	3 (2.0 %)	1 (0.7 %)	
LA	6 (3.9 %)	18 (13.2 %)	
Indiferente	26 (17.1 %)	13 (9.6 %)	
No lo sabe	5 (3.3 %)	2 (1.5 %)	
Preferencia de lactancia por parte de la abuela materna			
LM	113 (72.0 %)	115 (82.7 %)	0.010
LMM	3 (1.9 %)	2 (1.4 %)	
LA	13 (8.3 %)	15 (10.8 %)	
Indiferente	20 (12.7 %)	3 (2.2 %)	
No lo sabe	8 (5.1 %)	4 (2.9 %)	
Preferencia de lactancia por parte del abuelo materno			
LM	73 (46.5 %)	95 (68.3 %)	< 0.001
LMM	0 (0.0 %)	2 (1.4 %)	
LA	3 (1.9 %)	12 (8.6 %)	
Indiferente	34 (21.7 %)	14 (10.1 %)	
No lo sabe	47 (29.9 %)	16 (11.5 %)	
Preferencia de lactancia por parte de la abuela por parte de la pareja			
LM	86 (56.6 %)	99 (72.8 %)	< 0.001
LMM	0 (0.0 %)	1 (0.7 %)	
LA	7 (4.6 %)	24 (17.6 %)	
Indiferente	26 (17.1 %)	4 (2.9 %)	
No lo sabe	33 (21.7 %)	8 (5.9 %)	
Preferencia de lactancia por parte del abuelo por parte de la pareja			
LM	63 (41.4 %)	90 (66.2 %)	< 0.001
LMM	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
LA	5 (3.3 %)	14 (10.3 %)	
Indiferente	32 (21.1 %)	11 (8.1 %)	
No lo sabe	52 (34.2 %)	21 (15.4 %)	
Preferencia de lactancia por parte del primer hermano/a materna			
LM	90 (60.4 %)	97 (69.8 %)	0.107
LMM	2 (1.3 %)	2 (1.4 %)	
LA	6 (4.0 %)	11 (7.9 %)	
Indiferente	17 (11.4 %)	11 (7.9 %)	
No lo sabe	34 (22.8 %)	18 (12.9 %)	
Preferencia de lactancia por parte del segundo hermano/a materna			
LM	65 (54.2 %)	93 (68.4 %)	0.048
LMM	1 (0.8 %)	3 (2.2 %)	
LA	3 (2.5 %)	6 (4.4 %)	
Indiferente	17 (14.2 %)	13 (9.6 %)	
No lo sabe	34 (28.3 %)	21 (15.4 %)	

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

En este estudio, la proporción de madres que lactaron a sus hijos fue ligeramente mayor en las madres no caucásicas al momento del alta y hasta los tres meses; sin embargo, estas diferencias no fueron significativas ($p = 0.405$ y $p = 0.408$, respectivamente) (ver Tabla 74). A partir de los 6 meses, la diferencia se volvió significativa ($p = 0.028$), observándose que las madres no caucásicas continuaron en mayor proporción lactando a sus hijos. Esta tendencia se mantuvo hasta los 12 meses ($p = 0.004$).

Tabla 74

Estudio de lactancia en mujeres de etnia caucásica

Parámetro	Etnia caucásica. Recuento (%)		
	Sí (n = 159)	No (n = 139)	p-valor
LM al alta			
Sí	126 (80.3 %)	106 (76.3 %)	0.405
No	31 (19.7 %)	33 (23.7 %)	
LM a los 3 meses			
Sí	97 (74.0 %)	81 (83.5 %)	0.148
No localizable	3 (2.3 %)	3 (3.1 %)	
No	31 (23.7 %)	13 (13.4 %)	
LM a los 6 meses			
Sí	67 (78.8 %)	65 (89.0 %)	0.028
No localizable	0 (0.0 %)	2 (2.7 %)	
No	18 (21.2 %)	6 (8.2 %)	
LM a los 12 meses			
Sí	45 (68.2 %)	50 (82.0 %)	0.004
No localizable	0 (0.0 %)	4 (6.6 %)	
No	21 (31.8 %)	7 (11.5 %)	

Se observaron diferencias entre los motivos de no inicio de la LM. Las madres caucásicas indicaron que estos motivos estaban relacionados con ellas mismas en un 78.1 % de los casos, mientras en el grupo de madres no caucásicas todos los motivos reportados estuvieron igualmente asociados a factores maternos (ver Tabla 75).

Las razones de abandono de la LM estuvieron asociadas, al igual que en todos los grupos, estuvieron vinculadas principalmente a factores relacionados con la madre. Entre los problemas durante la LM se identificaron dolor al amamantar, formación de grietas en el pezón, ocurrencia de mastitis, ingurgitación del niño y problemas de agarre, todos ellos reportados en mayor proporción por las madres caucásicas, encontrándose diferencias significativas ($p < 0.001$) (ver Tabla 75).

Tabla 75

Estudio de no inicio y abandono de la LM de las mujeres de etnia caucásica

Parámetro	Etnia caucásica. Recuento (%)		
	Sí (n = 159)	No (n = 139)	p-valor
Motivo de no inicio de la LM			
Relacionado con la madre	25 (78.1 %)	32 (100.0 %)	0.005
Otro	7 (21.9 %)	0 (0.0 %)	
Motivo de abandono de la LM			
Relacionado con la madre	50 (64.1 %)	33 (71.7 %)	0.383
Otro	28 (35.9 %)	13 (28.3 %)	

La duración de la LM fue significativamente menor ($p = 0.002$) en el grupo de madres caucásicas, con una media de 10 meses, frente a 12 meses en el grupo de madres no caucásicas. Respecto a la duración de la LM previa, también se observan diferencias, siendo menor en el grupo de madres caucásicas (ver Tabla 76).

Tabla 76

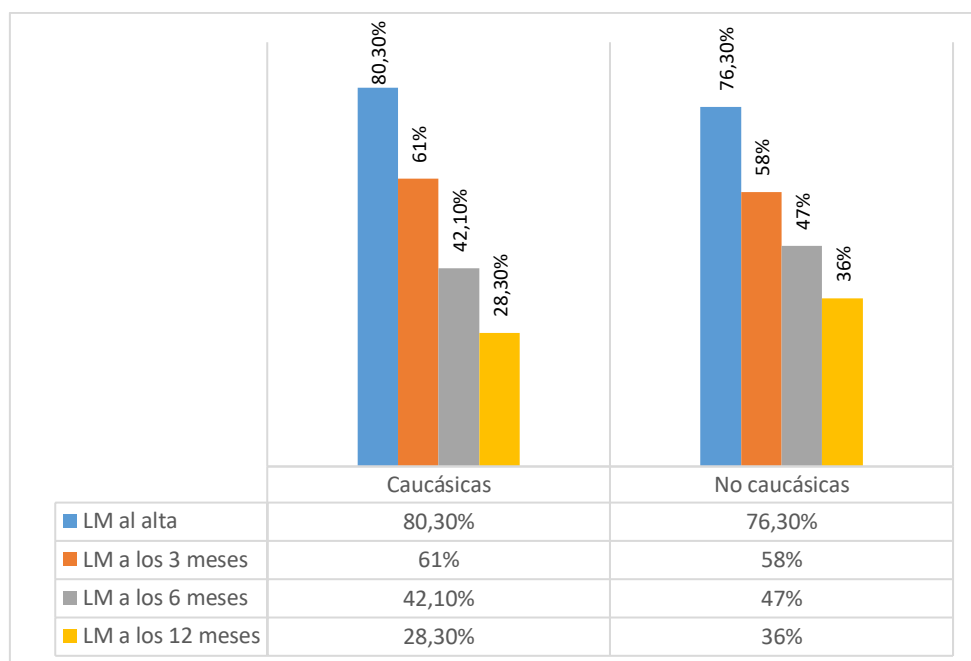
Duración de la LM de las pacientes de etnia caucásica

Parámetro	Mediana (mín – máx)	P -valor
Duración de la LM (meses)		
Etnia caucásica sí (n = 95)	10 (1 - 12)	0.002
Etnia caucásica no (n = 69)	12 (1 - 12)	
Duración de la LM anterior (meses)		
Etnia caucásica sí (n = 60)	6 (0 - 40)	< 0.001
Etnia caucásica no (n = 57)	20 (2 - 36)	

Al analizar los datos de toda la muestra diferenciando entre madres de etnia caucásica y mujeres de otras etnias, se observa que los porcentajes al alta son similares: un 80.3 % de las madres caucásicas proporcionaba lactancia materna, frente al 76.3 % de las madres no caucásicas. A los 3 meses, un 61 % de las mujeres caucásicas y un 58 % de las mujeres no caucásicas continuaban lactando. A los 6 meses, la proporción de madres caucásicas que ofrecía lactancia materna (42 %) era menor que la de las madres de otros grupos étnicos (47 %), tendencia que se mantenía a los 12 meses, con un 28.3 % de madres caucásicas frente a un 36 % de mujeres de otras etnias (ver Figura 31).

Figura 31

Comparativa de lactancia entre mujeres caucásicas y no caucásicas



6.8 Estudio del COVID-19

En este estudio se propuso comparar la incidencia y el impacto del COVID-19 en mujeres caucásicas frente a mujeres no caucásicas, evaluando tanto el contagio directo como el entorno familiar y social durante el embarazo y la lactancia.

Los resultados muestran que las mujeres caucásicas presentaron una mayor incidencia de COVID-19 durante la LM (27.2 % vs. 6.8 %; $p = 0.002$), lo que sugiere una mayor exposición en este grupo poblacional durante el periodo posparto. Además, se identificó un mayor número de infecciones por COVID-19 en la pareja (25.3 % vs. 5.1 %; $p = 0.001$), convivientes (19.8 % vs. 3.4 %; $p = 0.004$) y familiares (34.1 % vs. 6.7 %; $p < 0.001$) de mujeres caucásicas, en comparación con el grupo no caucásico (ver Figura 32 y Tabla 77).

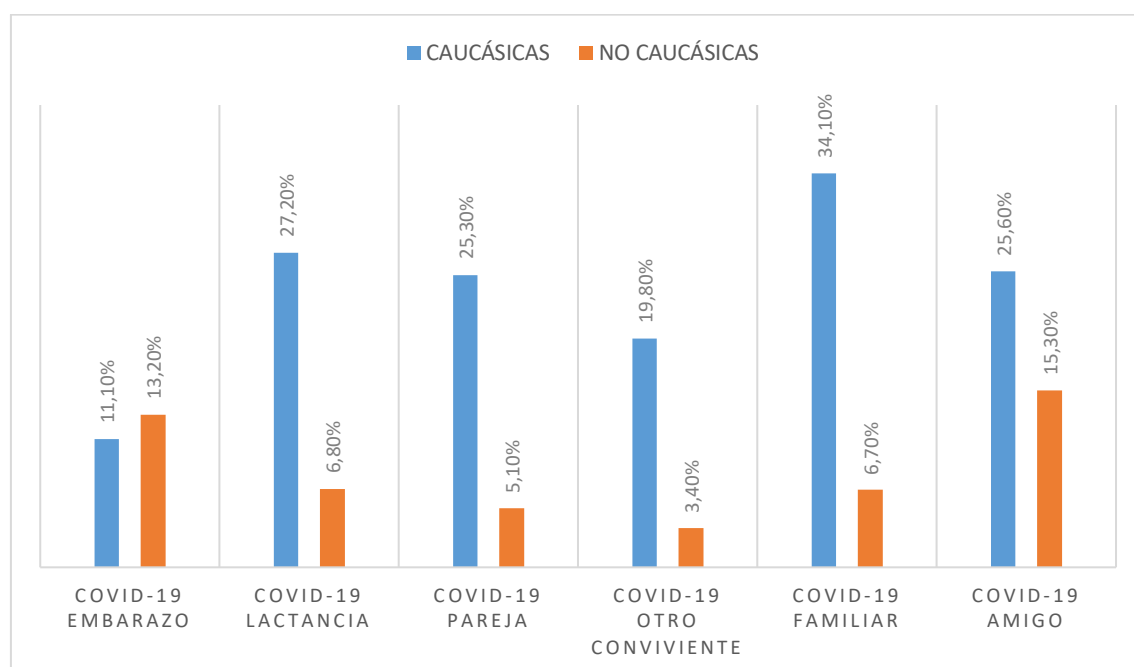
Estas diferencias podrían estar relacionadas con factores sociales, laborales y culturales. Por ejemplo, una mayor participación laboral presencial o un mayor tamaño de red social y familiar podrían haber incrementado el riesgo de exposición al virus en el grupo caucásico. También podrían influir diferencias en el acceso al diagnóstico o en la declaración de casos, aspectos que deben explorarse en estudios posteriores.

En este caso, no se encontraron diferencias significativas en la incidencia de COVID-19 durante el embarazo (11.1 % en caucásicas vs. 13.2 % en no caucásicas; $p = 0.648$), ni en el ingreso hospitalario por COVID-19, lo que indica que la gravedad clínica de la enfermedad no difirió significativamente entre los grupos.

Asimismo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los cambios en la vida cotidiana o decisiones de lactancia condicionadas por la pandemia, lo que sugiere que, a pesar de las diferencias en exposición al virus, las mujeres de ambos grupos mantuvieron patrones similares de adaptación durante este periodo.

Figura 32

Comparativa de casos positivos de COVID-19



ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Tabla 77

Estudio de COVID-19 en mujeres caucásicas

Parámetro	Etnia caucásica. Recuento (%)		
	Sí (n = 159)	No (n = 139)	p-valor
COVID-19 durante el embarazo			
Sí	13 (11.1 %)	12 (13.2 %)	0.648
Sospecha	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
No	104 (88.9 %)	79 (86.8 %)	
Vida normal durante el COVID-19			
Sí	13 (100.0 %)	11 (91.7 %)	0.288
No	0 (0.0 %)	1 (8.3 %)	
Ingreso por la COVID-19			
Sí	1 (7.7 %)	1 (8.3 %)	0.953
No	12 (92.3 %)	11 (91.7 %)	
COVID-19 durante la LM			
Sí	25 (27.2 %)	4 (6.8 %)	0.002
Sospecha	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
No	67 (72.8 %)	55 (93.2 %)	
Vida normal durante el COVID-19			
Sí	23 (95.8 %)	4 (80.0 %)	0.204
No	1 (4.2 %)	1 (20.0 %)	
COVID-19 de la pareja			
Sí	23 (25.3 %)	3 (5.1 %)	0.001
Sospecha	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
No	68 (74.7 %)	56 (94.9 %)	
Vida normal durante el COVID-19			
Sí	22 (95.7 %)	3 (100.0 %)	0.713
No	1 (4.3 %)	0 (0.0 %)	
COVID-19 de algún conviviente			
Sí	18 (19.8 %)	2 (3.4 %)	0.004
Sospecha	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
No	73 (80.2 %)	57 (96.6 %)	
Vida normal durante la COVID-19			
Sí	17 (94.4 %)	2 (100.0 %)	0.732
No	1 (5.6 %)	0 (0.0 %)	
COVID-19 de algún familiar			
Sí	31 (34.1 %)	4 (6.7 %)	< 0.001
Sospecha	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
No	60 (65.9 %)	56 (93.3 %)	
Vida normal durante el COVID-19			
Sí	28 (93.3 %)	4 (100.0 %)	0.595
No	2 (6.7 %)	0 (0.0 %)	
Ingreso por el COVID-19			
Sí	1 (3.4 %)	0 (0.0 %)	0.706
No	28 (96.6 %)	4 (100.0 %)	
COVID-19 de algún amigo			
Sí	23 (25.6 %)	9 (15.3 %)	0.134
No	67 (74.4 %)	50 (84.7 %)	
Vida normal durante el COVID-19			
Sí	21 (95.5 %)	9 (100.0 %)	0.516
No	1 (4.5 %)	0 (0.0 %)	
Cambio en la decisión de la lactancia condicionado por el COVID-19			
Sí (de forma negativa)	1 (1.0 %)	0 (0.0 %)	0.412
No	99 (99.0 %)	67 (100.0 %)	

DISCUSIÓN

7 DISCUSIÓN

Al interpretar los resultados de este estudio, se consideró el reducido tamaño muestral y el uso de una muestra no probabilística. No obstante, los datos obtenidos resultaron relevantes para el diseño de un programa de intervenciones dentro de la GAI de Hellín, orientado a promover y fortalecer la LM, especialmente en aquellos grupos que presentan indicadores menos favorables.

7.1 Lactancia materna en Hellín

En España se han observado variaciones en la prevalencia de la LM entre diferentes regiones del país (49,50,51). Los datos de este estudio, comparados con los datos del INE, la proporción de madres que lactan a los 3 meses es menor que en el resto de CLM, aunque se encuentra en niveles similares a la media nacional. A los 6 meses, la LM en Hellín es análoga a la observada en CLM y el resto del país (52).

La variabilidad cultural es un fenómeno social en aumento; en España, la inmigración es un hecho de gran relevancia demográfica, social y económica. Las prácticas de LM están sujetas a la influencia de múltiples factores culturales, socioeconómicos e individuales asociados tanto al lactante como a la madre (88,89,90). Los factores culturales intrínsecos en la madre influyen tanto en la tasa de inicio de la LM (90) como en la duración de esta (91).

En el presente estudio, la nacionalidad, la etnia y la religión de la madre y la pareja influyeron significativamente en el inicio de la LM y en la LM a los 3 meses, no encontrándose diferencias en la duración a los 6 ni a los 12 meses. Por otra parte, aunque la procedencia étnica de la madre es un factor determinante en la práctica de la LM (92,93), las diferencias en la duración de la LM atribuidas a la etnicidad de la madre también están mediadas por factores culturales, como los sistemas de creencias, actitudes y percepciones que varían en diferentes grupos étnicos (94). Sin embargo, aún no se ha establecido con claridad la influencia directa del factor étnico de la madre sobre la práctica de la LM.

Diversos estudios realizados en Estados Unidos (EE. UU.) han evidenciado que las disparidades raciales y étnicas influyen en la alimentación infantil en este país. La

población de raza negra no hispana obtuvo menores tasas de inicio y duración de LM, tanto LME como LMM. Estos estudios concluyen que se requieren estrategias específicas que aborden las barreras a la LM en mujeres de raza negra, con intervenciones orientadas tanto a mejorar el inicio de la LM como a apoyar la continuación (92,95,96). El ajuste de los factores psicosociales, infantiles y maternos no produjo variaciones significativamente estadísticas en cuanto al inicio de la LM (93). Asimismo, se encontró que las experiencias de racismo de las mujeres afroamericanas afectaron negativamente la iniciación y la duración de la LM (97).

Un estudio halló que las madres hispanas tenían más probabilidades de tener intención de lactar, iniciar y mantener la lactancia, mientras que las madres de raza negra tenían menores probabilidades de hacerlo. Los antecedentes familiares de LM y las características demográficas ayudaron a explicar las tasas más elevadas de lactancia en madres hispanas en comparación con las madres de raza negra (98).

En esta misma línea de investigación, otro estudio observó que, entre las mujeres que tenían intención de amamantar en el primer mes, las mujeres negras e hispanas tenían una probabilidad significativamente menor de cumplir sus intenciones en comparación con las mujeres blancas no hispanas; esta tendencia se mantenía a los 3 meses, lo que sugiere que las mujeres negras e hispanas se enfrentaban a mayores desafíos a la hora de cumplir la intención de lactar (99).

Otro estudio concluyó que en EE. UU. mujeres inmigrantes tenían más probabilidades de iniciar y mantener la LM, aunque las tasas de LME continuaban siendo bajas tanto en inmigrantes como en nativas (100).

Una revisión sistemática sobre la cultura y la LM entre mujeres hispanoamericanas encontró que las inmigrantes hispanas eran más propensas a lactar que las hispanas nacidas en EE. UU., hallazgo que parece estar relacionado con un menor nivel de estudios. El estudio concluyó que una mayor cultura estaba inversamente relacionada con las tasas de LM, independientemente de los ingresos (101).

En el presente estudio, se identificaron como factores favorecedores de la LM que el embarazo hubiera sido deseado, que no hubiera más convivientes además de la pareja y los hijos, que la familia y la madre manifestaran una opinión positiva sobre la lactancia, haber tenido gestaciones previas y haber amamantado a hijos anteriores. La condición

laboral de la madre y el nivel educativo de la pareja también se mostraron como factores influyentes.

Estos resultados concuerdan con los hallazgos de otros estudios. Por ejemplo, Becerra-Bulla, en una revisión sistemática realizada en diferentes bases de datos, identificó como factores protectores de la LM el apoyo de la familia y la pareja, la experiencia previa positiva de lactancia con otros hijos y un nivel educativo elevado. Este estudio también señala que las madres que no trabajan tienden a lactar más que las que trabajan y que el rol de la abuela materna muestra resultados discordantes según diferentes investigaciones (102).

Adicionalmente, otro estudio identificó como factores asociados a la interrupción de la LM el hecho de trabajar fuera de casa, un nivel bajo de estudios, creencias inadecuadas sobre la producción de leche y la falta de información eficaz (45). Estos hallazgos subrayan la importancia de crear un entorno de apoyo y educación para fomentar la LM, así como la necesidad de políticas que consideren las condiciones laborales y educativas de las madres y sus parejas.

Varios estudios han reportado que el conocimiento y la comodidad de la madre con respecto a la LM afectan las intenciones de alimentación prenatal, y que estas intenciones han sido fuertes predictores del éxito de la LM (103,104). Asimismo, se ha asociado el hecho de que la madre no haya decidido dar LM antes del parto con un mayor riesgo temprano de abandono de LM (50). Valorar este conocimiento es importante, puesto que muchas de las barreras actuales para la LM son individuales y se encuentran relacionadas con el entorno sociocultural de cada país y de cada mamá.

Por su parte, Gil Urquiza identificó varios factores asociados con una mayor iniciación de la LM. Entre ellos destacan la experiencia previa satisfactoria, la opinión favorable de la madre respecto a la LM, la decisión prenatal de amamantar y la creencia de que dar LM es lo mejor para la madre. Además, un parto a término y un nivel de estudios alto de la madre también se asociaron con una mayor iniciación de la LM. Por otro lado, se identificaron factores asociados con una menor duración de la LM, como la edad de la madre igual o inferior a los 25 años, un nivel de estudios bajo, el hábito tabáquico, residir en un municipio semiurbano, no haber visto amamantar, haber recibido LM por menos de 6 meses, haber amamantado a hijos anteriores por menos de 3 meses, utilizar pezoneras

durante el puerperio hospitalario, lactar con horarios rígidos y haber utilizado suplementos (105).

Otro estudio encontró que el inicio de la LM estaba relacionado con la autoformación y la necesidad de mayor información. En cuanto al mantenimiento de la LM, influyeron factores como el apoyo de la pareja y la necesidad de apoyo sanitario, laboral y social. Además, el apego apareció como un factor significativamente importante (106).

De acuerdo con los resultados de este estudio, investigaciones sobre factores familiares, culturales y sociales que influyen en la LM han encontrado que el apoyo de la pareja y de la familia, así como la experiencia positiva previa en LM con otros hijos, son factores protectores de la LM (46). Un estudio cualitativo realizado en Nueva Zelanda sobre el impacto de la cultura familiar en la LME a los 6 meses destacó la importancia de la cultura de LM intergeneracional en la familia, la cual no solo influye en las intenciones de la madre o en la interacción madre-lactante, sino también en las redes familiares y en los contextos sociales, históricos y culturales de la vida de la madre (107).

La edad de la madre y de la pareja también se ha mostrado como un factor influyente, siendo más probable que lacten las mujeres de edad superior a los 25.5 años. Un estudio que evaluó la tasa de LM persistente a los 6 meses determinó que el nivel educativo fue el principal factor de contribución a la disparidad en las tasas de LM durante más de 6 meses, seguido por la edad materna, la obesidad pregestacional y la raza o etnia materna (108).

Entre los factores asociados a una mayor duración de la LME se han descrito: mayor edad gestacional, mayor peso al nacimiento, embarazo único y parto eutócico. En cuanto a los factores asociados a una mayor tasa de LM total, se identificaron la asistencia a la preparación al parto y mayor edad materna. Por el contrario, factores como la gemelaridad, la prematuridad, el bajo peso y el parto distócico se han relacionado con una menor tasa de LM (56).

En el presente estudio se observó una asociación entre la analgesia epidural y la vía de parto en relación con los factores asociados al parto. Un trabajo previo examinó el inicio de la LM después de diferentes tipos de parto en mujeres con cesárea previa. Este estudio de cohorte retrospectivo analizó la población de nacimientos en Ohio entre 2006 y 2007, comparando tres grupos: cesárea repetida, parto vaginal exitoso y prueba de parto fallida.

Los resultados mostraron diferencias significativas en las tasas de inicio de la LM entre estos grupos. Las mujeres que tuvieron un parto vaginal exitoso tenían un 47 % más de probabilidades de iniciar la LM en comparación con las que se sometieron a una cesárea repetida programada. Además, aquellas que finalmente dieron a luz por cesárea tras una prueba de parto fallida también presentaron mayores probabilidades de amamantar en comparación con las mujeres que tuvieron una cesárea programada.

Estos hallazgos sugieren que las mujeres que eligen una cesárea repetida programada tienden a tener menos probabilidades de iniciar la LM. En contraste, las pacientes que logran un parto vaginal tras una cesárea previa, así como las que enfrentan una cesárea después de una prueba de parto fallida, muestran una mayor inclinación a amamantar. Esto indica una posible relación entre la elección del tipo de parto y la decisión de la paciente de amamantar (109).

Un estudio posterior realizado entre madres asiáticas respalda estos hallazgos. Esta investigación analizó los efectos de la cesárea en las prácticas de LM desde el parto hasta los 12 meses posparto. Se trató de un estudio de cohorte prospectivo que reclutó a 2030 mujeres embarazadas en tres ciudades de Vietnam entre 2015 y 2017, reportando una tasa general de cesáreas del 38.1 %. Los resultados indicaron que las madres que se sometieron a una cesárea tenían más probabilidades de optar por la LA en lugar de LM, lo que resultó en menores tasas de inicio temprano de la LM. Además, tener una cesárea redujo la probabilidad de iniciar LM (ya sea cualquiera, predominante o exclusiva) desde el alta hasta los 6 meses posparto. Al año, la tasa de LM seguía siendo inferior en el grupo de parto por cesárea (70.2 %) en comparación con el grupo de parto vaginal (72.9 %) (110).

El estudio sobre el abandono de la LM en la presente investigación identificó varios factores influyentes que son consistentes con hallazgos anteriores. Estos factores incluyen aspectos demográficos como la presencia o ausencia de pareja, la nacionalidad, la etnia y la religión tanto de la madre como de la pareja. Asimismo, la influencia familiar se destacó como un factor significativo, puesto que la opinión de los familiares impactó en la decisión de abandonar la LM. Además, las experiencias previas, como haber tenido abortos anteriores y la duración de la LM en hijos previos, también resultaron ser relevantes. Finalmente, se observó que recibir apoyo durante las primeras 6 horas posparto y durante la lactancia se asoció con un menor abandono de la LM.

En España, los estudios realizados han identificado factores asociados al abandono de la LM en fases tempranas, tales como problemas durante la lactancia, escasa ganancia ponderal del bebé, hipogalactia, intención previa de dar LME, paridad, clase social y lugar de residencia. En las etapas tardías, se ha señalado que el tiempo de baja por maternidad constituye un factor determinante (50).

Asimismo, se ha observado que la LM está relacionada con el número de hijos, la formación académica de la madre, la asistencia a talleres de preparación al parto, el número de sesiones y la satisfacción recibida respecto a estos talleres, así como la solicitud de ayuda durante la LM, el conocimiento de grupos de apoyo a la LM y la participación en estos (55). La LM al alta se relacionó con el inicio precoz de esta tras el parto, mientras que la reincorporación laboral se identificó como la principal causa de abandono a los 6 meses (111).

Entre los posibles factores que podían influir en la decisión de finalizar la LM, se encontró que las madres lactaban más si antes del parto habían tomado la decisión de dar el pecho, si eran de mayor edad, contaban con estudios universitarios, habían recibido información sanitaria de LM durante el embarazo, transcurrió poco tiempo entre el parto y el inicio de la LM, el parto había sido normal y no se administraron biberones durante los primeros días. Además, se observó que la decisión de abandonar la LM solía ser tomada por la madre y estaba relacionada con la escasez de leche y el hambre del bebé, así como con dificultades personales (112).

La importancia de iniciar la LM de forma precoz radica, entre otros factores, en su capacidad para elevar los niveles de oxitocina. Estudios sobre la variación de los niveles de oxitocina a lo largo del embarazo y durante las primeras etapas del posparto en mujeres han demostrado que niveles elevados de oxitocina desde el inicio hasta el final del embarazo se correlacionan con un mejor vínculo materno-fetal (113).

El aumento de los niveles de oxitocina materna se ha relacionado significativamente con conductas más afectivas en las madres después del contacto, así como con el compromiso madre-bebé. Por otra parte, se encontró que el aumento de los niveles de oxitocina paterna estaba relacionado con conductas de contacto más estimulantes en los padres después del contacto padre-hijo. Los niveles de oxitocina aumentaron significativamente en los bebés, las madres y los padres durante el contacto piel con piel y los padres con niveles más altos

de oxitocina mostraron una mejor capacidad de respuesta en sus interacciones con los bebés (114).

Una revisión sistemática que analizó 29 artículos, incluyendo un total de 601 mujeres, encontró que la LM indujo una liberación inmediata y de corta duración (20 minutos) de oxitocina (115). Por lo tanto, el contacto inmediato de la madre con el niño favorece la producción de oxitocina, la cual se mantiene mediante la LM, generando un proceso de retroalimentación positiva entre los niveles de oxitocina, la producción de leche y la duración de la LM (115).

Como se señaló anteriormente, en este estudio, el no haber recibido ayuda dentro de las primeras 6 horas después del parto se asoció a un mayor abandono de la LM en los primeros 12 meses de vida del recién nacido.

Este análisis revela que las diferencias en la práctica de la LM entre grupos étnicos no se explican completamente por el nivel educativo ni la situación laboral, sino que están profundamente influenciadas por factores culturales, religiosos y por las redes de apoyo social. Las intervenciones orientadas a la promoción de la LM deben ser culturalmente sensibles, considerando los valores y las creencias de cada grupo, especialmente en poblaciones como la gitana, donde se observan patrones familiares de preferencia por la LA.

Es fundamental implementar estrategias educativas y de apoyo que aborden estas barreras, promoviendo un entorno más favorable para la LM. La sensibilización sobre su importancia y el empoderamiento de las madres a través de información adecuada pueden constituir factores clave para mejorar las tasas de LM y, en consecuencia, la salud de los bebés y las madres.

7.2 Lactancia materna en mujeres de etnia gitana residentes en Hellín

En España, la comunidad gitana constituye la minoría étnica más numerosa, con presencia en el país desde hace más de 500 años, con estimaciones de 700 000 a 970 000 habitantes, lo que representa entre el 1.5 % y el 2.1 % de la población total (116). Actualmente, se reconoce que la etnia gitana tiene un estado de salud más precario y enfrenta mayores

desigualdades en el acceso y la calidad de la atención sanitaria en comparación con el resto de la población española (117).

Si bien en Hellín existen gitanos con un nivel medio-alto de instrucción y que forman parte de familias integradas social y económicamente, la mayoría reside en barriadas populares o en viviendas de protección social. Este sector mayoritario suele tener un bajo nivel educativo y enfrenta un elevado grado de desestructuración familiar, estando más influenciado por la marginalidad que por la cultura gitana en sí (117).

Por otra parte, el bajo nivel educativo y la escasa participación en el mundo laboral de la mujer gitana, observados en los resultados de este estudio, podrían relacionarse con patrones culturales específicos de la etnia, en los que se establece que la mujer se ocupa del hogar y del cuidado de los hijos. En este contexto, a las niñas se las educa para ser buenas madres y esposas, sin otorgar prioridad a la educación formal, la cual, en la mayoría de los casos, no reciben (118).

Posiblemente como reflejo de las condiciones socioeconómicas más vulnerables entre la población gitana, este estudio también muestra que la proporción de gitanas y de sus parejas que experimentaron un embarazo no deseado fue significativamente mayor.

No se observaron diferencias en las características gestacionales entre gitanas y mujeres de otras etnias, lo que confirma hallazgos previos de un estudio similar realizado en Asturias (España), en el que se evidenció que las condiciones clínicas neonatales de los niños gitanos son similares a las de los niños no gitanos (119). Sin embargo, otros trabajos sí han reportado un mayor riesgo de embarazo en mujeres gitanas (120), así como una mayor frecuencia de prematuridad (121,122) y de problemas de salud entre los recién nacidos gitanos. De hecho, se ha encontrado una probabilidad de hasta 3.53 veces mayor de ser ingresados en la unidad neonatal en comparación con los niños que no lo son (122).

En un estudio realizado en un hospital de Croacia se observó, además, que los recién nacidos gitanos tenían, en promedio, 321.7 g menos de peso, 1.3 cm menos de longitud y 0.7 cm menos de perímetro cefálico al nacer, en comparación con los recién nacidos no gitanos (123).

Con respecto a la educación para la maternidad recibida en el centro asistencial, los resultados indican, que, en este hospital, las madres gitanas reciben una atención adecuada y acorde a sus necesidades y a las del niño. Este hallazgo contrasta con otros trabajos

realizados en España (72,117,124), y en distintos países europeos, que han señalado la existencia de discriminación hacia la población gitana en los centros hospitalarios (125,126).

Trabajos previos han aportado evidencia de que los factores sociales y culturales ejercen una mayor influencia en la decisión de amamantar (89,127), mientras que el mantenimiento de la LM en el tiempo depende en gran medida del apoyo que la mujer recibe por parte del entorno familiar y sanitario (50,94,128).

En relación con la LM, los resultados de este estudio reflejan que las madres de etnia gitana muestran una mayor preferencia por la lactancia artificial y optan por esta con más frecuencia que las madres de otras etnias. En concordancia, un estudio previo situó la prevalencia, así como las tasas de inicio y de continuación de la lactancia materna entre las madres gitanas por debajo de las observadas en madres nativas españolas, africanas o inmigrantes de otros grupos étnicos (76).

De acuerdo con la literatura, aunque la LM fue históricamente una de las prácticas de alimentación más arraigadas en la cultura gitana, en los últimos años se ha observado una sustitución progresiva de esta por la LA (128,129). Esta tendencia se relaciona, en parte, con la pérdida de la transmisión intergeneracional de la cultura del amamantamiento, de modo que muchas mujeres gitanas que actualmente son madres ya no reciben esta información de sus propias madres (128).

Esta tendencia también se ha reportado en otras investigaciones, donde se ha observado que la cultura gitana valora la independencia del lactante y favorece la alimentación artificial por razones prácticas y estéticas (130,131). Asimismo, se ha planteado que las mujeres de etnia gitana se decantan por la alimentación con LA para adaptarse mejor al estilo de vida actual (127,128).

En un análisis sobre LM en mujeres gitanas, realizado en un CS de la Comunidad Valenciana, se encontró que las mujeres gitanas optan por alimentar a sus bebés con leche materna; sin embargo, a los 15 días de vida, una proporción elevada de los bebés reciben leche de fórmula en comparación con lo observado en el resto de la población. Además, dichas madres gitanas mostraban una percepción poco favorable de la LM y subestimaban sus beneficios, manifestando una actitud negativa hacia las iniciativas de promoción y apoyo a la LM que se realizaban en los CS (127).

Otra investigación que exploró la opinión del personal de enfermería sobre las mujeres gitanas, la LM y los cuidados de enfermería en atención primaria señaló que, si bien la LM está presente entre la población gitana, esta desconoce sus beneficios (132).

Por otra parte, independientemente de factores culturales, otros estudios han destacado la importancia del nivel socioeconómico en la decisión de amamantar. La pobreza y las desventajas socioeconómicas asociadas al vecindario, no necesariamente vinculadas a una etnia en particular, influyen en la LM al momento del egreso del hospital. De ese modo, las madres que provienen de barrios acomodados y de nivel socioeconómico elevado tienden más a ofrecer la LME que aquellas de sectores empobrecidos (133).

Los conocimientos y la información adecuada también ejercen un papel determinante en la decisión de lactar o no, así como en la posibilidad de mantener una lactancia absoluta. Se ha reportado que las madres con escasos conocimientos sobre el tema tienen tres veces menos probabilidades de amamantar de forma exclusiva (134).

De manera similar a los resultados obtenidos en este trabajo, estudios previos que compararon el perfil de la LM entre mujeres gitanas y madres de distintos orígenes étnico, encontraron que las madres de etnia gitana fueron las que en menor medida iniciaron la LM (128). Sin embargo, otro estudio realizado en un área geográfica distinta del país (128) reportó resultados diferentes, al no encontrar diferencias significativas en el inicio de la LM entre madres gitanas y no gitanas.

En contraste, un estudio llevado a cabo en Gran Bretaña (105), que describe las prácticas de alimentación infantil en mujeres gitanas, apuntó que las cifras de inicio de la lactancia en esta población son notablemente inferiores a la media nacional. Solo un 3 % de las mujeres gitanas en Inglaterra inician la lactancia materna frente al 78 % de la población no gitana. Además, se indicó que el 48 % de las madres no gitanas continuaba amamantando entre las seis y ocho semanas posparto, mientras que en la población gitana el abandono era total a esa edad.

En concordancia con los hallazgos de estudios previos (128,135), en el presente trabajo se observó que el 80 % de las madres que no pertenecían a la etnia gitana continuaban lactando sus hijos, mientras que entre las madres gitanas esta proporción fue significativamente menor.

En ambos grupos, el porcentaje de madres que manifestó alguna molestia, como dolor, agrietamiento de los pezones, mastitis, ingurgitación del niño o problemas de agarre durante el amamantamiento, fue muy bajo (menor al 25 %). Esto sugiere que dichos factores no influyeron de manera relevante en la continuidad de la LM en el tiempo.

En cuanto a las preferencias de la lactancia, tanto las madres como la pareja y los abuelos gitanos del lactante manifestaron una preferencia por la LA, lo cual confirma observaciones de estudios previos (127), en los que se señala que, en la actualidad, la LA constituye el modo de lactancia preferido entre la etnia.

En síntesis, los resultados de este trabajo corroboran hallazgos anteriores que indican que la prevalencia y la duración de la LM en mujeres gitanas es significativamente menor en comparación con otros grupos, tanto en el contexto local de Hellín como en otros entornos nacionales e internacionales. Esta tendencia parece estar vinculada con la decisión de las madres de optar por la LA, posiblemente debido a la pérdida de valores ancestrales en cuanto a la práctica de la LM, así como a la presión cultural del entorno, que lleva a percibir la LA como una alternativa más acorde con la vida moderna.

Las mujeres gitanas recibieron la misma calidad de atención durante el parto y el periodo posparto que el resto de las mujeres atendidas en el CS donde se llevó a cabo el estudio. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de estrategias de promoción de la LM culturalmente adaptadas, que no se limiten a la transmisión de conocimientos, sino que también fomenten la transformación de actitudes y creencias dentro de las comunidades. El diseño de intervenciones que incluyan a figuras clave del entorno familiar como parejas y abuelas, junto con el fortalecimiento de modelos comunitarios e interculturales de apoyo a la LM, podría contribuir a reducir las desigualdades observadas.

7.3 Lactancia materna en mujeres árabes residentes en Hellín

España es una de las principales puertas de entrada de la población marroquí a Europa, lo que convierte al país en un escenario donde la convivencia con población árabe constituye una realidad social (136). En este contexto, resulta necesario mejorar los servicios destinados a favorecer la inclusión comunitaria de esta población (137). En el presente trabajo se valoró la LM en la población árabe migrante, con el objetivo de conocer sus

hábitos y costumbres al respecto y proponer medidas de apoyo a la LM en la población inmigrante en España.

En el análisis se observaron diferencias en la prevalencia y duración de la LM entre las madres árabes y las no árabes. Varios factores sociodemográficos podrían explicar esta desigualdad: la mayoría de las madres árabes están casadas con hombres árabes y practican la religión musulmana; el 65.7 % no trabaja y se dedica a las labores del hogar; y un 94.3 % presenta un nivel educativo bajo, limitado en muchos casos a estudios primarios o, incluso, sin escolarización formal. Estas cifras contrastan con las de las madres no árabes, entre quienes la proporción de mujeres trabajadoras y con estudios es considerablemente mayor. Asimismo, aunque las parejas de las mujeres árabes trabajan en su mayoría, no cuentan con estudios superiores, lo que sitúa a este grupo en un estrato social más bajo.

Algunos estudios han reportado resultados diferentes. En el estudio de Al Sabbah et al., por ejemplo, la regresión logística binaria mostró que la educación de la madre y del padre se asocia significativamente con la LME ($p < 0.05$). Asimismo, se encontró una asociación significativa entre la duración de la LM y la educación tanto del marido y como de la madre, así como un efecto positivo del ingreso familiar (172). De manera similar, otros estudios han señalado que el nivel educativo (138,139) y el hecho de tener empleo (140) constituyen factores determinantes en la decisión de lactar en la población de mujeres turcas.

Por otra parte, un estudio realizado en Aragón concluyó que la prevalencia de LM completa durante los primeros meses de edad era más elevada en madres inmigrantes que en mujeres de origen español, y que los factores obstétricos, socioculturales y perinatales asociados a la LM son diferentes en función del origen materno (141).

Otro factor que influye en la decisión de lactar es si el embarazo es deseado por la madre y el padre, dado que se relaciona con la intención previa de lactar antes de que el niño nazca (142,143). En el caso de las mujeres árabes analizadas, el 97.7 % de los casos el embarazo fue deseado, lo que podría constituir un factor relacionado con la elevada tasa de mujeres que deciden lactar.

Entre las mujeres árabes, se identificó como factor protector de la LM el haber tenido hijos previos, es decir, haber lactado previamente. Un estudio realizado en EE. UU.

coincide con estos resultados. En dicho trabajo se evaluó la influencia de la duración de la LME en el primer hijo sobre la duración de la LME en hijos posteriores de mujeres multíparas, a partir de datos recolectados en la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar de 2002. Se encontró que alrededor del 70 % de las mujeres multíparas repitieron la duración de la LME de su primer hijo en su segundo hijo. La edad materna avanzada y el hecho de estar casada se asociaron con una mayor duración de la LME. En suma, y en concordancia con lo hallado en este trabajo, las madres tendieron a repetir la duración de la LM de hijos anteriores (144).

En ese orden de ideas, se considera que las multíparas tienen más probabilidades de iniciar la LM y amamantar por más tiempo, aunque eso no siempre ocurre cuando han tenido una experiencia previa fallida con la LM. En este sentido, una revisión sistemática que recopiló y resumió las evidencias sobre la influencia de la experiencia previa en la práctica posterior de la LM mostró que esta se correlacionaba consistentemente con el inicio y la duración de la LM en embarazos posteriores (145). Sin embargo, la corta duración de la LM anterior y la experiencia insatisfactoria afectaron negativamente la lactancia posterior (145).

Conviene destacar que la mayoría de las madres árabes evaluadas son de nacionalidad marroquí. La alta prevalencia de LM entre las madres árabes coincide con múltiples estudios que resaltan la influencia de normas religiosas y culturales en este grupo. En la religión islámica, la LM no solo es promovida, sino también normativamente prescrita, lo que puede explicar su fuerte aceptación y práctica (146).

La elevada prevalencia de LM observada en este grupo confirma resultados anteriores (147,148). Un estudio realizado en Francia con mujeres de origen magrebí mostró tasas superiores de LM exclusiva durante el primer mes en comparación con las nativas francesas (149). Sin embargo, otros estudios más recientes han reportado una baja prevalencia de madres que lactan en países árabes. Por ejemplo, un estudio transversal en cuatro hospitales y cuatro CS en Dubái y Sharjah entre septiembre de 2017 y diciembre de 2017, mostró resultados diferentes. La edad media de las madres participantes fue de 30.6 ± 5.5 años y la prevalencia de la LME entre los participantes del estudio fue del 24.4 % (31.1 % en Sharjah y 22 % en Dubái; $p = 0.003$) (150), cifras significativamente más bajas que las reportadas en los estudios mencionados anteriormente y también más bajas que las encontradas en este trabajo.

Las condiciones del recién nacido, tales como el Apgar, el peso y talla al nacer, no mostraron relación con la LM en este grupo de madres árabes, siendo la mayoría de los recién nacidos saludables. No obstante, existen evidencias clínicas de que la puntuación de Apgar sí influye en el inicio de la LM. En un estudio que evaluó la relación entre factores intraparto, características neonatales, contacto piel con piel e inicio temprano de la LM después de cesárea, parto vaginal espontáneo y parto vaginal instrumentado, se observó el efecto de la madurez fisiológica del recién nacido al nacer (151).

En dicho trabajo se incluyeron 915 díadas madre-recién nacido, dentro de un modelo hipotético basado en conceptos integrados de iniciación de la LM, marco de aprendizaje infantil y teoría del apego. Para ello, se aplicó un análisis de trayectoria de múltiples grupos para determinar si existen diferencias entre los efectos del contacto piel a piel inmediato (≤ 30 min) sobre el inicio temprano de la LM en diferentes modos de nacimiento. Los resultados mostraron que el contacto piel a piel, el modo de nacimiento, la duración del trabajo de parto y el ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales se asociaron significativamente con el inicio temprano de la LM (151).

Las mujeres con contacto piel a piel inmediato tenían más probabilidades de iniciar la LM temprana en diferentes modos de parto. En el grupo de parto vaginal espontáneo, las mujeres mostraron una menor probabilidad de iniciar la LM temprana cuando sus recién nacidos ingresaron a la unidad de cuidados intensivos neonatales y presentaron una puntuación de Apgar < 7 al minuto (151), señalando que es un factor importante de tomar en cuenta para el estímulo de la LM.

En otro estudio observacional transversal realizado en EE. UU., mediante censo de mujeres que acudieron al Hospital para dar a luz en mayo de 2020, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de estudio en términos de edad, situación laboral materna y peso del bebé. Sin embargo, sí se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de parto, el nivel de escolaridad materna y el puntaje de Apgar (apariencia, pulso, mueca, actividad y respiración) en el primer minuto. La puntuación media de los patrones de LM entre el grupo de parto natural (9.33) fue mayor que la del grupo de cesárea (7.21) (152). En conclusión, tanto el tipo de parto como la condición fisiológica del niño al nacer pueden influir en la LM, aunque no fue el caso de los niños y madres árabes evaluados en este estudio.

La permanencia de la madre junto al niño, que fue más elevada entre las madres árabes en comparación con las no árabes, también representa un factor protector de la LM. El vínculo entre el recién nacido y la madre en el periodo posnatal se desarrolla como continuidad del proceso prenatal, y corresponde a las mujeres procurar una transición segura desde el parto para favorecer que el bebé sea aceptado como un ser especial por los demás miembros del entorno. El apego, sin embargo, depende en gran medida de procesos neuroendocrinos. Existen evidencias de que los elevados niveles de estrógeno y progesterona durante el embarazo estimulan el apego materno al promover la expresión de receptores de oxitocina y prolactina en el cerebro, los cuales son fundamentales para el comportamiento materno.

Estudios previos han mostrado que la LM se practica con frecuencia en mujeres en distintos países árabes. En un estudio realizado en los Emiratos Árabes Unidos, donde participaron 374 mujeres, se encontró que casi todas las mujeres entrevistadas (357) manifestaron que comenzaron la LM durante su estancia en el hospital, aunque solo 263 que representa (70.3 %) iniciaron la LM dentro de la primera hora posterior al parto. A los 6 meses posparto, 301 (81.5 %) mujeres continuaban con LM. No obstante, solo 100 mujeres, representando el 26.7 %, lo hacían de forma exclusiva (147).

En otro estudio realizado con mujeres de la comunidad árabe en Australia se encontró que estas madres tenían más probabilidades de ser dadas de alta del hospital amamantando total o parcialmente que las mujeres no árabes (148). Este hallazgo es similar al estudio reportado por Dahlen y Homer, quienes observaron que las mujeres nacidas en Medio Oriente tenían la tasa más alta (91 %) de LME al alta en comparación con mujeres nacidas en Nueva Zelanda (80 %), Asia (83 %), Europa (88 %) y Australia (86 %) (153).

En consonancia con los hallazgos de otros países, en el presente estudio se encontró una alta prevalencia de madres árabes que practican la LM. De hecho, las 70 madres evaluadas que representan el 100 % de la muestra poblacional manifestaron practicar la LM en comparación con el 71.9 % de las madres pertenecientes a otros grupos étnicos, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.0001$). Entre estas madres árabes, se encontró que el 38.6 % abandonó la LM antes de los 5 meses. Aunque significativa, esta proporción de madres que prescindieron de la LM fue significativamente menor ($p = 0.004$) en comparación con las que abandonaron la práctica en el grupo de madres no árabes (59.1 %).

Concisamente, los resultados del presente estudio evidencian una elevada prevalencia de LM entre las mujeres árabes residentes en Hellín, significativamente superior a la observada en otros grupos étnicos. Esta diferencia se asocia fundamentalmente a factores culturales y religiosos, en particular a la prescripción normativa de la LM en el islam. A pesar de presentar un perfil sociodemográfico caracterizado por bajo nivel educativo, alta tasa de inactividad laboral y pertenencia a estratos socioeconómicos bajos, estas variables no se correlacionaron negativamente con la práctica de LM en esta cohorte.

Estos resultados refuerzan la necesidad de desarrollar intervenciones culturalmente sensibles y adaptadas al perfil migratorio, que reconozcan el peso de las normas socioculturales en la conducta materna, especialmente en lo relativo a la promoción y el sostenimiento de la LM en poblaciones árabes residentes en contextos europeos.

7.4 Lactancia materna en mujeres caucásicas residentes en Hellín

La LM se contempla como un proceso naturalmente necesario para el recién nacido, dado que las prácticas de LM son muy diferentes según el contexto social que existe en cada grupo, lugar y tiempo (154). Uno de los planteamientos de este estudio es abordar la realidad de las mujeres caucásicas residentes en Hellín en relación con la LM.

La mayoría de las madres europeas, y particularmente en España, así como las participantes de este estudio, se pueden definir como caucásicas. En este grupo, los comportamientos en torno a la LM pueden verse influenciados por la situación laboral y el tipo de ocupación. Por ejemplo, las madres que no trabajan amamantan en promedio más tiempo que aquellas que sí lo hacen, especialmente si se trata de empleos a tiempo completo. El regreso temprano al trabajo tras el parto se asocia con una menor duración de la LM. De hecho, más del 25 % de las nuevas madres se encuentran trabajando cuando el bebé cumple tres meses, y los problemas relacionados con el trabajo o los estudios constituyen motivos frecuentes para abandonar la LM.

Las madres empleadas en trabajos peligrosos, inflexibles, sin beneficios de licencia parental y/o sin condiciones con adaptaciones para la lactancia suelen amamantar durante periodos más cortos. Asimismo, aquellas que trabajan en ocupaciones no profesionales, como empleos trabajos administrativos, de servicios y manuales, también presentan una

menor duración de la LM, posiblemente debido a que enfrentan más barreras laborales, como la falta de tiempo o de espacios adecuados para la extracción de leche. En este sentido, dado que el ámbito laboral expone a las madres a muchas barreras para continuar con la LM, en varios países se ha observado que las madres que no trabajan amamantan por más tiempo, incluso en comparación con las madres en trabajos relativamente adaptables (155).

Sin embargo, aunque estos factores operan de forma independiente, los factores étnicos también influyen en la decisión de amamantar. En un estudio realizado en EE. UU. se exploraron la exposición, las actitudes y las intenciones respecto a la LM de estudiantes universitarios afroamericanos y caucásicos, analizando diferencias según raza y género. Participaron 696 estudiantes (hombres y mujeres), menores de 45 años y sin hijos. Los datos se recopilaban mediante un cuestionario demográfico y la Escala de Actitud hacia la Alimentación Infantil de Iowa. En general, los estudiantes manifestaron actitudes favorables hacia la LM, aunque consideraron la LA como una opción más práctica. Aquellos que eran caucásicos, mujeres y habían estado expuestos previamente a la LM demostraron actitudes más positivas e intenciones más altas de amamantar. La exposición y las actitudes hacia la LM explicaron el 32 % de la variación en las intenciones de amamantar. Además, las probabilidades de haber experimentado exposición a la LM y de mostrar actitudes positivas hacia ella fueron aproximadamente tres veces mayores entre estudiantes caucásicos en comparación con afroamericanos (156).

En otro estudio realizado también en EE. UU. se evidenció que, en cuanto al inicio de la LM, las mujeres asiáticas son actualmente el único grupo racial/étnico que cumple con el objetivo de Gente Saludable 2020 (81.9 %). Las mujeres hispanas se sitúan muy cerca de esta meta, y ciertos subgrupos de mujeres hispanas incluso la cumplen. Las mujeres caucásicas ocupan el tercer lugar con un 77.7 % de inicio. Por el contrario, las mujeres afroamericanas presentan las tasas más bajas de inicio de la LM, así como de continuación a los 6 y 12 meses, en comparación con todos los demás grupos raciales/étnicos en EE. UU. Conviene señalar que ningún grupo racial/étnico alcanza los objetivos de Gente Saludable 2020 en cuanto a continuación de la LM a los 6 meses (61 %) y 12 meses (34 %), ni en relación con la LME a los 3 meses (46 %) y 6 meses (26 %) (157).

En Europa, además, independientemente de la composición étnica, existen disparidades en y entre los países en cuanto a la iniciación de la LM y la continuación a los 6 meses.

Además, los países con un alto porcentaje de iniciación de la LM no son necesariamente aquellos con la duración promedio más alto. Dinamarca, por ejemplo, tiene un alto porcentaje de iniciación (94.67 %), mientras que su duración (6.24) se acerca a la media de los países incluidos (6.40). España, por el contrario, tiene un porcentaje bajo de iniciación (76.67 %) respecto a la media de otros países (82.56 %), pero su promedio de continuación se acerca a la media general (6.41). Sin embargo, hay algunas excepciones: Irlanda, por ejemplo, tiene un porcentaje muy bajo de iniciación (32.12 %), así como un período de duración medio corto (3.8), mientras que Polonia tiene un porcentaje relativamente alto de iniciación (91.27 %) y un porcentaje relativamente alto de consecución (32.12 %) (158).

En este estudio no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la iniciación de la LM entre madres caucásicas (79.9 %) comparadas con las que no lo son (77 %). No obstante, la tasa de abandono si fue significativamente mayor ($p = 0.005$) en las madres caucásicas (61.4 %) comparado con las que no lo son (43 %).

Entre las razones de abandono de la LM, estuvieron asociadas a factores relacionados con la madre, dolor al amamantar, grietas en el pezón, mastitis, ingurgitación mamaria y problemas de agarre, las cuales fueron todas manifestadas en mayor proporción por las madres caucásicas. Es esencial continuar investigando y desarrollando programas que apoyen a todas las madres en su viaje de LM, asegurando que cada una tenga la oportunidad de disfrutar de esta experiencia sin problemas.

En un estudio previo realizado en el norte de España se identificaron razones distintas a las expuestas en este trabajo. En dicho estudio se incluyeron 970 mujeres de un hospital universitario de España. Se estudió el impacto de la edad, paridad, nivel educativo, situación laboral, hábito de fumar, semanas de gestación al nacer, peso al nacer, tipo y duración de LM (159). Se efectuó un seguimiento durante un año para confirmar la duración de la LM y los motivos de abandono. A los seis meses, de forma similar al presente estudio, el porcentaje de LM experimentó una disminución del 50 %, y solo el 24.5% de estas madres mantuvieron la LM. El 15.8 % de ellas abandonó por motivos inherentes a ella misma y el 15.4 % porque consideraba que su producción de leche no era suficiente. Las razones relacionadas con el estatus laboral fueron el tercer motivo de abandono. Los autores consideraron que la disminución en la producción de leche en madres que trabajan es un factor que debe investigarse a profundidad (159).

En otro estudio realizado en CLM, se investigó la prevalencia de la LME en cuatro lapsos de tiempo diferentes durante los primeros tres meses de nacido, y se determinaron los factores que pueden influir en la duración de esta. Se trató de un estudio longitudinal prospectivo, en el que participaron díadas de 236 madre-hijo. Se realizaron cuatro entrevistas (T1: al alta; T2: a los 15 días; T3: al mes; T4: a los tres meses) (160). Los resultados mostraron una disminución de la LME a los tres meses (69.5 % vs. 47.46 %).

Entre los factores que se asociaron de manera protectora frente al abandono se encontraron la decisión de amamantar antes del parto y la experiencia previa de lactancia. Por el contrario, los factores que incrementaron el riesgo de abandono fueron el uso del biberón en el hospital y la percepción materna de que el niño no quedaba satisfecho. Estos hallazgos sugieren que la inseguridad y las dudas de la madre durante el proceso, sumadas a la ausencia de un entorno cercano favorable, se asocian con el abandono de la LM exclusiva en los primeros tres meses (160).

En concordancia, resultados de la presente investigación sugieren que un mejor nivel educativo se asocia con una mejor aceptación de la LM. En otro trabajo, en el que se encuestaron 319 mujeres de 81 países, se aplicaron las directrices de la OMS para los indicadores de LM y se clasificó la educación de la madre en tres categorías: ninguna, primaria y secundaria o superior. Los países se agruparon según el nivel de ingresos establecido por el Banco Mundial y por regiones de la UNICEF. Los análisis de tendencias se realizaron mediante regresión lineal multinivel para obtener cambios anuales absolutos promedio en puntos porcentuales (161).

Se observaron aumentos significativos en la prevalencia del inicio temprano y de la LME en todas las categorías educativas, aunque más prominentemente en mujeres sin educación formal para la LM temprana y en mujeres con un nivel educativo más alto para la LME. Se observaron pequeñas disminuciones en la prevalencia principalmente en mujeres sin educación formal para continuar con la LM al año y a los dos años. Entre los indicadores de fórmula, solo el consumo de fórmula entre los 6 y los 23 meses disminuyó significativamente durante el periodo para las mujeres con educación primaria (161).

De acuerdo con los resultados, la conformación familiar difiere entre el grupo de madres caucásicas y de otras etnias, puesto que el número de hogares en los que conviven, además de padres e hijos, otros familiares o personas es significativamente más elevado en otras etnias, lo que refleja también las diferencias socioeconómicas.

Asimismo, se observa que una alta proporción de mujeres y parejas en la muestra de etnia caucásica busca activamente el embarazo. Sin embargo, se identifica una diferencia significativa en la situación de convivencia: quienes residen únicamente con su pareja e hijos presentan una mayor proporción de embarazos buscados en comparación con aquellos que conviven con otros. Estos hallazgos sugieren la importancia de considerar el contexto familiar y social en la planificación del embarazo.

Por otro lado, aunque la proporción de madres que recibieron educación para la maternidad fue baja en todos los grupos, entre las caucásicas resultó significativamente mayor ($p < 0.001$), lo cual favorece el inicio de la LM en este grupo frente a los otros.

En una revisión sistemática reciente, que incluyó los resultados de 14 estudios, se observó un aumento en la adopción de la LM, en el conocimiento sobre esta, en la actitud positiva hacia su práctica y en la autoeficacia materna entre las mujeres que participaron en programas educativos sobre LM durante la atención prenatal (162). De manera consistente con los hallazgos de nuestro estudio, la educación prenatal sobre LM favorece que las madres adquieran mayor conocimiento, desarrollen actitudes positivas y se muestren más dispuestas a iniciar y mantener la práctica durante un período más prolongado. Los resultados de esta revisión sistemática coinciden con los de la presente investigación, al evidenciar una correlación entre la educación prenatal y la mayor aceptación y continuidad de la LM tras el parto (162). No obstante, resulta pertinente profundizar en las diferencias en educación prenatal entre los distintos grupos étnicos y sobre la baja participación.

En cuanto al apoyo familiar, se identificó una tendencia significativamente mayor en el grupo de madres caucásicas, particularmente por parte de la pareja y de los abuelos paternos y maternos. Sin embargo, el apoyo se valoró como positivo en todos los grupos, con la excepción de la etnia gitana, lo que refleja las particularidades culturales respecto a la aceptación de la LM en el contexto occidental.

En este sentido, partiendo de la hipótesis de que las madres con apoyo instrumental prolongado de su propia madre tienen más probabilidades de haber recibido asesoramiento y de tener actitudes y prácticas favorables con respecto a la LM, en comparación con aquellas que carecen de dicho apoyo, con implicaciones para el capital somático del nieto, se llevó a cabo un trabajo en México (163). Participaron 90 díadas madre-hijo (52 con apoyo de la abuela materna y 38 sin dicho apoyo). Todos los niños

correspondieron al primer parto y tenían aproximadamente 2 años al momento de la evaluación. A su vez, se midieron parámetros antropométricos y se recopilaron datos sobre el tipo de asesoramiento proporcionado por las abuelas en relación con el inicio y la duración de la LM. La actitud de las madres hacia la LM se evaluó mediante la Escala de Actitud hacia la Alimentación Infantil de Iowa.

Los resultados mostraron una asociación entre el apoyo para la lactancia y el asesoramiento positivo de la abuela acerca de la duración de la LME (60 % frente a 37 %; $p = 0.033$) y sobre el tipo de alimento a utilizar en el inicio de la lactación (81 % frente a 47 %; $p = 0.001$) (164). Sin embargo, de manera contradictoria, de manera contradictoria, las mujeres que recibieron apoyo se mostraron menos favorables a la continuación de la LM que aquellas que no lo tuvieron, y la duración de esta fue menor (mediana: 5 frente a 10.5 meses; $p = 0.01$). Los parámetros antropométricos de los niños fueron comparables en ambos grupos. En conclusión, aunque el apoyo de la abuela materna sí influyó en el inicio de la LM, no tuvo efecto sobre la LM (164), lo cual contrasta con los hallazgos del presente estudio, donde la opinión familiar sobre la LM parece influir positivamente en el inicio y duración de la LM.

Los resultados de este estudio en madres caucásicas españolas difieren de los encontrados en madres étnicamente similares, pero con otra cultura en el Reino Unido. En un estudio realizado en la cohorte milenio, cuyo objetivo fue definir las posibles relaciones entre los diferentes tipos de apoyo social que las madres reciben de sus padres o abuelas y la LM, se encontró una influencia negativa (165). También se observó que el contacto frecuente con la abuela materna se asocia con frecuencias más bajas de LM. Por el contrario, la presencia del padre del niño se relaciona con una frecuencia mayor de madres que inician la LM (165).

Estos resultados sugieren que la opinión de los abuelos y la del padre influyen en el inicio de la LM. Sin embargo, este apoyo o la opinión de los abuelos sí parece diferir entre distintas culturas, incluso dentro de grupos de madres caucásicas.

Una revisión sistemática en la que se evaluaron 13 trabajos para identificar la influencia de generaciones anteriores en la LM, que incluyó trabajos llevados a cabo tanto en países desarrollados como en desarrollo, apunta a una influencia importante de las abuelas en la decisión de lactar (166). El estudio halló que cinco de los ocho trabajos analizados encontraron un impacto positivo significativo en la LM de las abuelas cuando ellas habían

experimentado la LM, aumentando la probabilidad de amamantar en sus descendientes de entre 1.6 y 12.4 veces. Sin embargo, un estudio chino mostró que las opiniones de las abuelas con un nivel educativo más elevado influían negativamente en la LME (166).

El parto por cesárea que se ha asociado en otros trabajos con un menor inicio de LM fue significativamente más elevado en el grupo de madres caucásicas, donde la práctica de la LM es más común. Por ello, entre las mujeres este estudio no parece haber influido. Al comparar dentro del grupo de caucásicas si el parto por cesárea tenía alguna influencia en el inicio de la LM, no se encontraron diferencias significativas.

Las madres caucásicas tenían, en general, un mejor nivel educativo que las gitanas. Sin embargo, factores culturales resultaron en un mejor desempeño de la lactancia entre las madres árabes que en las caucásicas. Ni el hecho de trabajar o no, ni el tipo de parto, factores que en otros trabajos se han relacionado con el desempeño de la LM, tuvieron influencia en las madres caucásicas españolas.

Es importante resaltar que, en este grupo de madres caucásicas, el apoyo de los CS o programas educativos no fue óptimo, siendo igualmente bajo al observado en otros grupos. Los resultados señalan la necesidad de fortalecer la asistencia de los equipos de salud en torno a la LM y de ofrecer un acompañamiento más adecuado, resolviendo los problemas que puedan surgir, los cuales en este estudio se identificaron como una de las principales causas de abandono de la LM.

En este capítulo se puede afirmar que no existen diferencias muy marcadas en el comportamiento de la LM entre madres caucásicas y de otras etnias. Hay una tendencia a que el desempeño de la lactancia sea mejor en otras etnias, lo que se debe al aporte de las mujeres árabes. Los abuelos, y en particular la abuela materna, ejercen una influencia importante en la decisión de amamantar. En el caso de las madres caucásicas, se determinó que la práctica de la LM depende en mayor medida de factores relacionados con el nivel educativo, puesto que las madres con mayor formación logran captar mejor la información y comprender la importancia de lactar a sus hijos.

7.5 Lactancia materna y COVID-19

Los resultados de este estudio también muestran diferencias significativas en la incidencia del COVID-19 durante la LM entre mujeres caucásicas y no caucásicas, siendo mayor en las primeras. Asimismo, se identificó una mayor afectación del entorno próximo (parejas, convivientes y familiares) en el grupo caucásico. Estos hallazgos podrían estar relacionados con factores socioculturales y estructurales que determinan la exposición diferencial al virus.

Estudios previos han documentado que las condiciones de vida, el tipo de empleo y el tamaño de la red social influyen directamente en el riesgo de contagio por SARS-CoV-2 (167,168). En el caso de las mujeres caucásicas de este estudio, una mayor inserción en empleos presenciales o una red familiar y social más amplia podrían haber incrementado la probabilidad de exposición, especialmente durante el posparto, una etapa que suele implicar más visitas y apoyo comunitario.

Por otro lado, las mujeres no caucásicas podrían haber estado expuestas a otras dinámicas protectoras o limitantes, como una menor interacción social fuera del núcleo familiar o restricciones culturales y económicas que redujeran el contacto exterior (169). No obstante, también es posible que existan diferencias en el acceso a servicios sanitarios, la realización de pruebas diagnósticas o la comunicación de resultados, como se ha evidenciado en otros estudios sobre desigualdades en salud durante la pandemia (170,171).

La ausencia de diferencias en la incidencia de COVID-19 durante el embarazo y en las tasas de hospitalización sugiere que, a pesar de la distinta exposición, la gravedad clínica de la enfermedad fue comparable entre los grupos. Este dato concuerda con lo reportado en otras investigaciones, donde las desigualdades sociales han influido más en la exposición al virus que en el curso clínico de la infección entre mujeres gestantes y lactantes (172).

Además, no se hallaron diferencias significativas en las decisiones de lactancia o en los cambios de rutina vinculados a la pandemia, lo que indica una notable capacidad de adaptación en ambos grupos. La literatura ha destacado la resiliencia materna y el papel protector de la lactancia durante la pandemia, incluso en contextos adversos (173).

En síntesis, los resultados del estudio refuerzan la necesidad de diseñar intervenciones individualizadas y culturalmente sensibles para apoyar la LM. Identificar a mujeres con antecedentes de abortos, escasa experiencia en LM prolongada, y que provienen de determinados contextos culturales o religiosos, permite dirigir los recursos de forma más efectiva. Programas de apoyo dirigidos, formación profesional con enfoque intercultural, y seguimiento postnatal intensivo en estas poblaciones podrían contribuir a aumentar las tasas de inicio de LM y a reducir significativamente el abandono temprano.

CONCLUSIONES

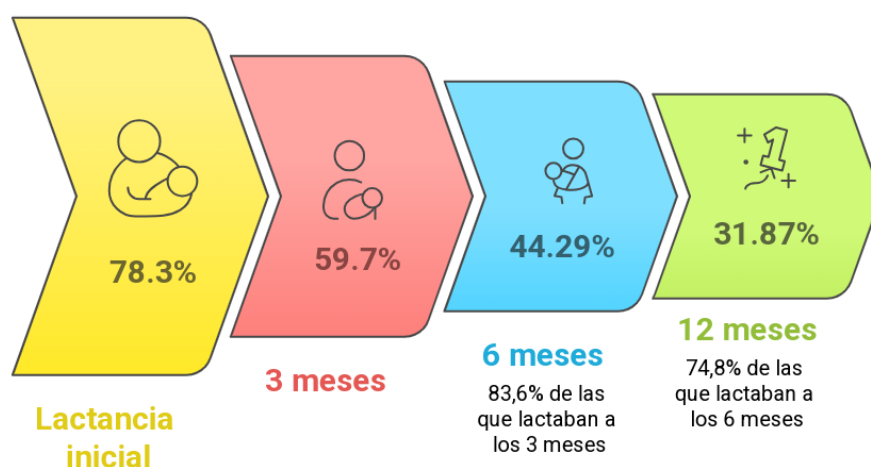
8 CONCLUSIONES

8.1 Caracterización de la lactancia materna en Hellín

- En la GAI de Hellín, el 78.3 % de las mujeres iniciaron LM. A los 3 meses, el 78 % de las que habían iniciado continuaba con la práctica, lo que representa el 59.7 % del total de la muestra. A los 6 meses, persistía el 83.6 % de las que lactaban a los 3 meses, equivalente al 44.29 % del total. A los 12 meses, el 74.8 % de las que lactaban a los 6 meses mantenía la LM, lo que refleja que el 31.87 % de las mujeres encuestadas continuaba amamantando más allá de ese tiempo (ver Figura 33).
- La LMM se mostró baja en todos los grupos, siendo más elevada en el grupo de sudamericanas en comparación con las caucásicas y gitanas, y mucho más elevada con respecto a las árabes. No hubo diferencias en cuanto a la LMM entre gitanas y caucásicas.
- Las mujeres de etnia gitana son las que más practican la LA

Figura 33

Inicio y continuidad de la LM en Hellín

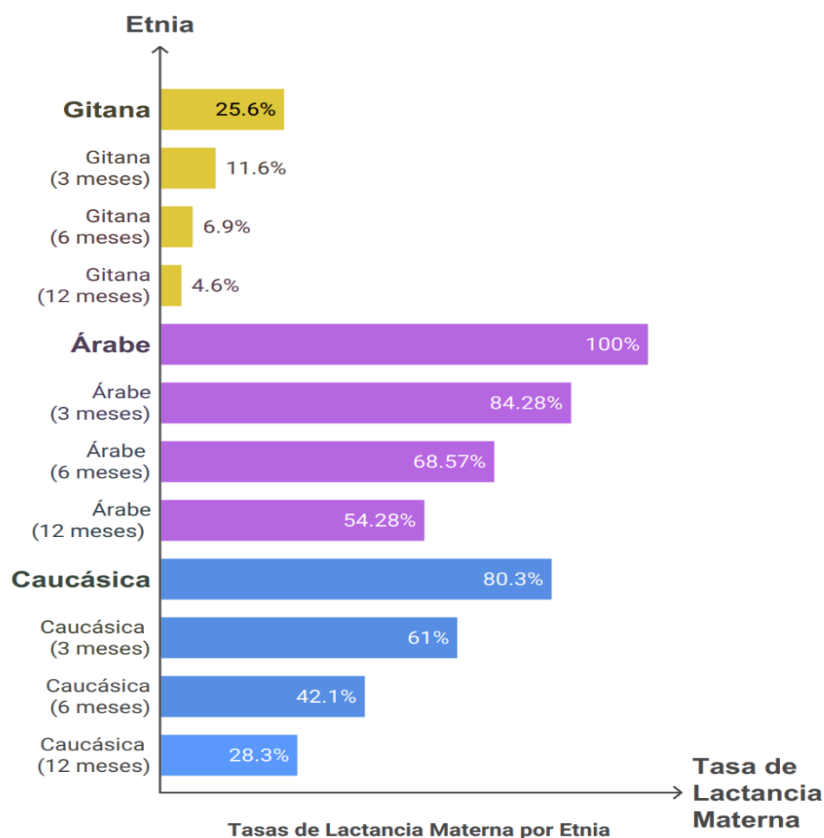


8.2 Influencia de factores étnicos y culturales

- La etnia de la madre y la pareja influyó significativamente en la decisión de iniciar la LM. Las familias gitanas prefirieron la LA y las familias árabes, caucásicas o sudamericanas, optaron por la LM más frecuentemente.
Se evidenció que la mayor proporción de madres que practican LM se encuentra en el grupo de las madres árabes, seguida de las sudamericanas, las caucásicas y las gitanas en una notable menor proporción. Hubo diferencias estadísticamente significativas respecto a la LM entre mujeres árabes y caucásicas, entre gitanas y caucásicas, y entre árabes y gitanas. No se observaron diferencias entre caucásicas y sudamericanas o entre sudamericanas y árabes.
- Las creencias religiosas influyeron en el tipo de lactancia. Las mujeres que siguen la religión islámica dieron LM en el total de los casos.
- En cuanto a las mujeres de etnia gitana, solo el 25.6 % inició LM al alta, con un descenso al 11.6 % a los 3 meses, 6.9 % a los 6 meses y 4.6 % a los 12 meses. El principal motivo de abandono fue por causas maternas.
- Las mujeres de etnia árabe mostraron altas tasas de LM: 100 % al alta, 84.28 % a los 3 meses, 68.57 % a los 6 meses y 54.28 % a los 12 meses.
- Las mujeres caucásicas presentaron tasas de LM similares a la media nacional: 80.3 % al alta, 61 % a los 3 meses, 42.1 % a los 6 meses y 28.3 % a los 12 meses (ver Figura 34).

Figura 34

Tasas de LM por etnia en Hellín



8.3 Factores determinantes en la práctica de la lactancia materna

- La edad de la madre (≥ 25.5 años), la edad de la pareja (≥ 28.5 años) y la nacionalidad de la madre influyeron significativamente en la decisión de amamantar. La condición laboral de la madre y el nivel educativo de la pareja parece influir en la LM.
- Entre los factores relativos al embarazo, influyeron positivamente el hecho de que el embarazo sea deseado y que los convivientes se limiten a la pareja e hijos. En cuanto a las condiciones clínicas, recibir anestesia epidural puede actuar sobre la LM. Factores perinatales como la edad gestacional o el número de gestaciones anteriores, no mostraron contribución en la LM.

- Respecto a los parámetros relacionados con la salud del bebé, ni el peso ni la talla al nacer influyeron en el inicio de la LM. Sí tuvieron impacto la experiencia previa de la madre con la lactancia y la duración de la LM anterior.
- Se observó una asociación entre el apoyo recibido durante las primeras 6 horas tras el parto y el inicio y duración de la LM.
- La influencia de la pareja y otros familiares, como los abuelos, se revelaron como factores determinantes en el éxito de la LM.
- Los motivos de no inicio o abandono de la LM suelen estar relacionados con factores maternos.
- Las complicaciones durante la LM no mostraron una influencia significativa en su continuidad.
- La pandemia de COVID-19 no afectó las tasas ni la práctica de la LM en la zona de estudio (ver Figura 35).

Figura 35

Factores determinantes en la práctica de LM en Hellín



ANÁLISIS DE HIPÓTESIS

9 ANÁLISIS DE HIPÓTESIS

A la luz de los resultados y conclusiones, se pueden confirmar las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1: la etnia y la religión de la madre influyen en la tasa de inicio de la LMT y en su duración.

Hipótesis 2: existe una diferencia significativa en la tasa de inicio de la LMT entre las mujeres de etnia gitana y las mujeres caucásicas nativas españolas en Hellín.

Hipótesis 3: las tasas de LMT a los 3, 6 y 12 meses son significativamente menores en las mujeres de etnia gitana en comparación con las mujeres caucásicas nativas españolas en Hellín.

Hipótesis 4: existe una diferencia significativa en la duración de la LMT entre las mujeres de etnia árabe y las mujeres caucásicas nativas españolas en Hellín.

LIMITACIONES

10 LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio presenta varias limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, la muestra analizada no es completamente representativa de la población general, dado que predominan mujeres de nacionalidad española (67.4 %) y de etnia caucásica (53.4 %), lo que podría limitar la generalización de los hallazgos a otras poblaciones con características étnicas y culturales diferentes.

Una limitación importante fue la dificultad para reclutar puérperas dispuestas a participar, principalmente por la necesidad de acudir presencialmente a una consulta para firmar el consentimiento informado, lo que supuso un obstáculo para muchas potenciales participantes, independientemente de su grupo étnico. También fue complicado establecer contacto telefónico con las participantes tras la firma del consentimiento para la cumplimentación de encuestas y seguimiento, requiriendo en muchos casos múltiples intentos y, en algunos, la comunicación fue imposible.

Adicionalmente, algunos datos presentan valores desconocidos o incompletos, especialmente en variables relacionadas con la decisión y preferencia de lactancia, así como en los niveles educativos de las madres y sus parejas, lo que podría afectar la precisión del análisis estadístico y la validez de las conclusiones. El uso de información autoinformada sobre aspectos como problemas durante la lactancia, el apoyo recibido y las preferencias puede introducir sesgos derivados de la memoria o de la deseabilidad social, comprometiendo la fiabilidad de los datos recogidos.

Otra limitación significativa radica en la alta proporción de mujeres con condición laboral de ama de casa y con niveles educativos bajos, lo que podría influir en los resultados y dificultar la extrapolación a contextos socioeconómicos distintos. Asimismo, aunque el seguimiento incluye datos hasta los 12 meses de lactancia, no contempla el impacto a largo plazo sobre la salud materno-infantil ni el mantenimiento de la lactancia más allá de dicho periodo.

En relación con la pandemia de COVID-19, el impacto observado en las prácticas de LM parece ser limitado según los datos recogidos, aunque esto podría deberse a una posible

subestimación del efecto real o a la insuficiencia de casos para detectar diferencias significativas.

Finalmente, la ausencia de información cualitativa sobre las experiencias subjetivas, emocionales y culturales de las madres limita la comprensión integral de los factores que influyen en la decisión y duración de la LM. Finalmente, al tratarse de un estudio realizado en una zona geográfica concreta (Hellín, España), los resultados podrían no ser directamente extrapolables a otras regiones con diferentes estructuras sanitarias y políticas de apoyo a la LM.

A partir de los hallazgos obtenidos, se proponen diversas líneas de investigación para profundizar en el conocimiento sobre la LM en contextos multiculturales como el de Hellín:

Estudios cualitativos en población gitana, que permitan explorar en profundidad los factores culturales, sociales y emocionales que condicionan el bajo inicio y mantenimiento de la LM. La realización de entrevistas en profundidad o grupos focales facilitaría la comprensión de las barreras percibidas por estas mujeres y sus familias.

Investigaciones sobre la influencia de la religión islámica en la práctica de la LM, analizando de forma específica cómo las creencias religiosas, las prácticas comunitarias y el apoyo espiritual contribuyen al elevado mantenimiento de la LM observado en mujeres árabes.

Análisis del impacto de las intervenciones de apoyo postparto, especialmente en las primeras horas tras el nacimiento, para evaluar su influencia en el inicio y la duración de la LM. Sería de especial interés valorar programas de acompañamiento inmediato por parte de profesionales especializados.

Estudios longitudinales con muestras multicéntricas y más representativas, que permitan comparar comportamientos frente a la LM en distintos contextos sociales y sanitarios de España, aumentando la validez externa de los resultados obtenidos.

Evaluación de programas de formación y apoyo comunitario, dirigidos tanto a madres como a sus familias, con especial atención a colectivos vulnerables. Estos estudios deberían valorar el impacto de dichas intervenciones en la duración de la LM y en la percepción de confianza de las madres en su capacidad para amamantar.

Estas líneas de investigación permitirán diseñar estrategias más eficaces y adaptadas a las necesidades específicas de cada grupo poblacional, contribuyendo así a mejorar las tasas de LM y sus beneficios para la salud materno-infantil.

BIBLIOGRAFÍA

11 BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Metas mundiales de nutrición 2025. Documento normativo sobre lactancia materna. [Online].; 2025. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.7>.
2. Aguayo J, Gómez A, Hernández MT, Lasarte JJ. Manual de Lactancia Materna (de la teoría a la práctica) Madrid: Editorial Médica Panamericana, SA.; 2009.
3. García VM, Arana JI, Fernández JM, Fernández JJ. Cuadernos de Historia de la Pediatría Española n.º 16: En torno a la puericultura. [Online].; 2018. Available from: <https://www.aeped.es/comite-historia/documentos/cuadernos-historia-pediatria-espanola-no-16-en-torno-puericultura>.
4. Mejías C, Real M. Cuidados de enfermería especialista en Obstetricia y Ginecología. Lactancia, Parto y Puerperio (volumen II) SATSE: Guadalajara; 2017.
5. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Alimentación del lactante y del niño pequeño: 34ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 23.2 del orden del día provisional; 1981.
6. Asociación Española de Pediatría [AEP]. ¿Qué es el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna? [Online].; 1981. Available from: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/que-es-codigo-internacional-comercializaci>.
7. UNICEF. Declaración de Innocenti sobre la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna | Nutrición |. [Online].; s.f.. Available from: https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24807.html.
8. IHAN España. LA IHAN: Revisada, Actualizada y Ampliada para la Atención Integral. SECCIÓN 1 ANTECEDENTES Y EJECUCIÓN: Criterios para hospitales. Requisitos para conseguir la acreditación; 2011.

9. World Health Organization [WHO]. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño: WHO; 2003.
10. Comisión Europea DPH y RA. Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en Europa: un modelo de acción. [Online].; 2004. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/5-europe_a_blueprint_for_action.pdf.
11. Eidelman AI, Schanler RJ. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. American Academy of Pediatrics. 2012; 129.
12. Quintana R, Ibargoyen N, Fuentes R. Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna. [Online].; 2017. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/guia_de_lactancia_materna.pdf.
13. Anna E, de Dios M, Gómez S, Rocío -López C, Joaquim P, Romera L. Lactancia materna y feminismo: recorrido social y cultural en España. Escola Anna Nery. 2020 julio; 25(1).
14. Acién P. Tratado de obstetricia y ginecología Alicante: Ediciones Molloy; 1998.
15. Paricio JM. El libro de la lactancia: Editorial Vergara; 2020.
16. Lucchini R, CMDF. Lactancia materna. Un círculo virtuoso de vida: Ediciones Universidad Católica de Chile; 2015.
17. Instituto Nacional del Cáncer. Mama. [Online].; s.f.. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/mama>.
18. MacGregor C, Zárate A. Fisiología de la lactancia. Gac Med Mex.. 1973; 106(6).
19. Vásquez-Garibay EM. Primer año de vida. Leche humana y sucedáneos de la leche humana. Gaceta Médica de México. 2016; 152(1).
20. García-López R. Acta Pediátrica de México. Acta Pediatr Mex. ;32(4). 2011; 32(4).

21. Aguilar MJ, Baena L, Sánchez AM, Guisado R, Hermoso E, Mur N. Beneficios inmunológicos de la leche humana para la madre y el niño. Revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*. 2016; 33.
22. Martín B. Estudio comparativo de la leche de mujer con las leches artificiales: Ed Impr.; 2005.
23. OMS/UNICEF. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Parte 1: Definiciones: Biblioteca de la OMS; 2007.
24. Pramono AY, Desborough JL, Smith JP, Bourke S. The social value of implementing the ten steps to successful breastfeeding in an Indonesian hospital: A case study. *Yale Journal of Biology and Medicine*. 2021; 93(3).
25. World Health Organization Europe. Promoting breastfeeding and complementary foods: breastfeeding is the best start in life for any child: World Health Organization Europe; 2023.
26. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño: OMS; 2014.
27. OMS/UNICEF. La alimentación del lactante y del niño pequeño: WHO; 2015.
28. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, Bhandari N, Taneja S, MJ. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Paediatrics*. 2015; 104.
29. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Rev Chil Pediatr*. 2017; 88(1).
30. Bowatte G, Tham R, Allen K, Tan D, Lau M, Dai X. Breastfeeding and childhood acute otitis media: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. 2015; 104.
31. Díaz MJ. Leche humana y COVID-19: resumen de evidencia actual. [Online].; 2020. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/304706174.pdf>.

32. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GVA, Horton S, Krasevec J. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet Publishing Group*. 2016; 387.
33. Tortajada MI, Guerola JVS. Effect of breastfeeding on quality of life and on the development of atopic dermatitis. *Pediatría de Atención Primaria*. 2015; 17(66).
34. Sandoval L, Jiménez MV, Olivares S, de la Cruz T. Lactancia materna, alimentación complementaria y el riesgo de obesidad infantil. *Aten Primaria*. 2016; 48(9).
35. De Rose DU, Piersigilli F, Ronchetti MP, Santisi A, Bersani I, Dotta A. Enfermedad por coronavirus (COVID-19) en recién nacidos y lactantes: Lo que sabemos hasta ahora. *Italian Journal of Pediatrics*. 2020; 46.
36. Amitay EL, Keinan-Boker L. Lactancia materna e incidencia de leucemia infantil: Un metaanálisis y revisión sistemática. *JAMA Pediatrics*. 2015; 169.
37. Collazo CA, Rodríguez YH, Campoverde DA. Lactancia materna, programación metabólica y su relación con enfermedades crónicas. *Salud Uninorte*. 2018; 34.
38. Horta BL, Loret De Mola C, Victora CG. Consecuencias a largo plazo de la lactancia materna en colesterol, obesidad, presión arterial sistólica y diabetes tipo 2: Revisión sistemática y metaanálisis. *International Journal of Paediatrics*. 2015; 104.
39. Peres KG, Cascaes AM, Nascimento GG, Victora CG. Efecto de la lactancia materna sobre las maloclusiones: revisión sistemática y metaanálisis. *Acta Pediátrica, International Journal of Paediatrics*. 2015; 104.
40. Horta BL, Loret De Mola C, Victora CG. Lactancia materna e inteligencia: Revisión sistemática y metaanálisis. *International Journal of Paediatrics*. 2015; 104.
41. Isis E, Chibás AV, Daniela E, Chibás EV, Doralvis D, Guyat C. La lactancia materna exclusiva y su importancia para el desarrollo del recién nacido. [Online].; 2020. Available from:

<http://www.cibamanz2020.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2020/paper/download/308/183>.

42. Horta BL, De Sousa BA, De Mola CL. Breastfeeding and neurodevelopmental outcomes. Lippincott Williams and Wilkins. 2018; 21.
43. del Ciampo LA, del Ciampo IRL. Breastfeeding and the benefits of lactation for women's health. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia. 2018; 40.
44. Novillo-Luzuriaga N, Robles-Amaya J, Calderón-Cisneros J. Artículo revisión Beneficios de la lactancia materna y factores asociados a la interrupción de esta práctica. Enfermería Investiga. 2019; 4(5).
45. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N. Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Paediatrics. 2015; 104.
46. Becerra-Bull F. Leptina y lactancia materna: beneficios fisiológicos. [Online].; 2015. Available from: revistas.unal.edu.co.
47. Jiménez-Arreola J, M. AB. Lactancia materna como factor preventivo para la osteoporosis en mujeres adultas. Nutr Hosp. 2015; 32(6).
48. Theurich MA, Davanzo R, Busck-Rasmussen M, Díaz-Gómez NM, Brennan C, Kylberg E. Breastfeeding rates and programs in europe: A survey of 11 national breastfeeding committees and representatives. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2019; 68(3).
49. Ramiro MD, Ortiz H, Arana C, Esparza MJ, Cortés O, Terol M. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN.. An Pediatr. 2018 julio ; 89(1).
50. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M.ea. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. Gac Sanit. 2015; 29.

51. Herrera-Gómez A, Ramos-Torrecillas J, Ruiz C, Ocaña F, de Luna E, García-Martínez O. Prevalence of the early onset of maternal breastfeeding. *Nutr Hosp.* 2019; 36(4).
52. Instituto Nacional de Estadística [INE]. Tipo de lactancia según sexo y comunidad autónoma. Población de 6 meses a 4 años [Internet].. [Online].; 2024. Available from:
<https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p419/a2006/p07/l0/&file=03111.px&L=0>.
53. García C, Viar M, Fernández A, Surribas C, del Toro C, Rodríguez-López GA. Prevalencia global y por comunidades autónomas de los distintos tipos de lactancia durante el primer año de vida, a partir del seguimiento de una cohorte de 2066.. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2020 ; 28.
54. Vila-Candel R, Soriano-Vidal F. Mantenimiento de la lactancia materna exclusiva a los 3 meses posparto: experiencia en un departamento de salud de la Comunidad Valenciana: Elsevier; 2019.
55. Burguillo MCZ, Pedregal M, Muñoz MI, Álvarez M. Enfermería Global Prevalencia de la Lactancia Materna en Huelva, duración y factores relacionados. *Enfermería Global.* 2016; 15(44).
56. Gimenez V, Jimeno B, Valles MD, Sanz de Miguel E. Prevalencia de la lactancia materna en un centro de salud de Zaragoza (España): factores sociosanitarios que la condicionan.. *Pediatría Atención Primaria.* 2015; 17(65).
57. González M, Marrón H. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los : Elsevier; 2018.
58. Nsiah-Asamoah C, Doku DT, Agblorti S. Mothers' and Grandmothers' misconceptions and socio-cultural factors as barriers to exclusive breastfeeding: A qualitative study involving Health Workers in two rural districts of Ghana. *PLoS One.* 2020 septiembre ; 1.

59. Odeniyi AO, Embleton N, Ngongalah L, Akor W, Rankin J. Breastfeeding beliefs and experiences of African immigrant mothers in high-income countries: A systematic review. *Matern Child Nutr.* 2020 julio ; 16(3).
60. Chakona G. Social circumstances and cultural beliefs influence maternal nutrition, breastfeeding and child feeding practices in South Africa. *Nutr J.* 2020 mayo ; 19(1).
61. Hernández-Cordero S, Vilar-Compte M, Castañeda-Márquez AC, Rollins N, Kingston G, Pérez-Escamilla R. Exposure to marketing of breastmilk substitutes in Mexican women: Sources and scope. *Int Breastfeed J.* 2022 diciembre ; 17(1).
62. Srivastava K, Norman A, Ferrario H, Mason EMS. A qualitative exploration of the media's influence on UK women's views of breastfeeding. *Br J Midwifery.* 2022 enero ; 30(1).
63. Unar-Munguía M, Santos-Guzmán A, Mota-Castillo PJ, Ceballos-Rasgado M, Tolentino-Mayo L, Sachse M. Digital marketing of formula and baby food negatively influences breast feeding and complementary feeding: a cross-sectional study and video. *BMJ Glob Health.* 2022; 7(11).
64. Budiati T, Setyowati.. The influence culture and maternal care on exclusive breastfeeding practice in post caesarean section mothers. *Enferm Clin.* 2019.
65. Davidson EL, Ollerton RL. Partner behaviours improving breastfeeding outcomes: An integrative review. *Women and Birth.* 2020; 33.
66. Ogbo FA, Akombi BJ, Ahmed KY, Rwabilimbo AG, Ogbo AO, Uwaibi NE. Breastfeeding in the community—how can partners/fathers help? A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2020; 17.
67. Alghamdi S, Horodynski M, Stommel M. Racial and ethnic differences in breastfeeding, maternal knowledge, and self-efficacy among low-income mothers. *Applied Nursing Research.* 2017 octubre ; 37.

68. Sebastian RA, Coronado E, Otero MD, McKinney CR, Ramos MM. Associations Between Maternity Care Practices and 2-Month Breastfeeding Duration Vary by Race, Ethnicity, and Acculturation. *Matern Child Health J.* 2019 junio; 23(6).
69. Stevens DR, Taylor SN, Roberts JR, Neelon B, Newman RB, Vena JE. Breastfeeding initiation as related to the interaction of race/ethnicity and maternal diabetes. *Breastfeeding Medicine.* 2019 noviembre ; 14(9).
70. Moreira M, Paiva MS, Ramos MN, Ribeiro PS, Ramos JSBM. Migratory and intergenerational experiences on breastfeeding in the family space: A study of social representations. *Aquichan.* 2018 septiembre ; 18(3).
71. Brenne S, Breckenkamp J, David M, Borde T, Razum O. Influence of a Migration Background on the Implementation of Breastfeeding and Premature Weaning. *Z Geburtshilfe Neonatol.* 2018 julio ; 222(6).
72. Kanatoula DD, Brenne S, David M. How does the Degree of Acculturation Influence the Intention to Breastfeed, Breastfeeding Frequency, and Breastfeeding Duration in Migrant Women? A Review of the Publications from 2014-2018. *Z Geburtshilfe Neonatol.* 2019; 223(5).
73. Baumgartner T, Bhamidipalli SS, Guise D, Daggy J, Parker CB, Westermann M. Psychosocial and Sociodemographic Contributors to Breastfeeding Intention in First-Time Mothers. *Matern Child Health J.* 2020; 24(8).
74. Aguilar-Ortega JM, González-Pascual JL, Cardenete-Reyes C, Pérez-De-Algaba-Cuenca C, Pérez-García S, Esteban-Gonzalo L. Adherence to initial exclusive breastfeeding among Chinese born and native Spanish mothers. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019 enero ; 19(1).
75. González-Pascual JL, Ruiz-López M, Saiz-Navarro E, Moreno-Preciado M. Exploring Barriers to Breastfeeding Among Chinese Mothers Living in Madrid, Spain.. *J Immigr Minor Health.* 2017 febrero ; 19(1).

76. Gil-Estevan MD, Solano-Ruíz MDC. Diversidad cultural y lactancia materna. Prestación de cuidados culturalmente competentes en atención primaria. Index de Enfermería. 2017; 26(3).
77. Andina-Díaz E, Silva MFSJ. Creencias y prácticas alimentarias en embarazo y puerperio: aplicación del Modelo de Tradiciones de Salud. Enfermería Global. 2021 ; 20(61).
78. Péres del Olmo F, Ralero I, Montoya G. Monografía comunitaria y diagnóstico compartido de los barrios del Calvario y la Rivera. [Online].; 2018. Available from: <https://intermediaccion.es/wp-content/uploads/2019/10/Monografia-Comunitaria-Hellin.pdf>.
79. Foro Ciudad. Habitantes Hellín 1900-2023 [Internet]. [Online].; s.f.. Available from: <https://www.foro-ciudad.com/albacete/hellin/habitantes.html>.
80. Epdata. Hellín - Población: inmigrantes, emigrantes y otros datos sobre los habitantes de cada municipio. [Online].; 2022. Available from: <https://www.epdata.es/datos/poblacion-inmigrantes-emigrantes-otros-datos-habitantes-cada-municipio/3/hellin/3620>.
81. Epdata. Hellín - Paro registrado hoy en las oficinas de los servicios públicos de empleo (antiguo Inem). [Online].; 2024. Available from: <https://www.epdata.es/datos/paro-registrado-hoy-oficinas-servicios-publicos-empleo-antiguo-inem/12/hellin/3620#:~:text=Paro registrado>.
82. Ministerio de Sanidad. Estudio-Mapa sobre Vivienda y Población Gitana, 2015 Anexo 2 del Informe: Información desagregada por Comunidades Autónomas y Provincias Septiembre de 2016. [Online].; 2018. Available from: <https://www.gitanos.org/upload/21/37/anexo2mapaviviendapoblaciongitana.pdf>.
83. Nieto JI, González C. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. Rioja Salud. 2010.
84. BOE. Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. - Legislación ; 1999.

85. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural. Boletín Oficial del Estado 2009; 2009.
86. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva entre mujeres y hombres. Boletín Oficial del Estado. 2007;(71, 23 de marzo):12611-45. ; 2007.
87. Castán Y. Introducción al método científico y sus etapas. [Online].; 2014. Available from: <http://www.haykhuyay.com/A1/Generic/ECO1/U1U2/metodoCientifico.pdf>.
88. Sharma M, Anand A, Goswami I, Pradhan MR. Factors associated with delayed initiation and non-exclusive breastfeeding among children in India: evidence from national family health survey 2019-21. Int Breastfeed J.. 2023 junio ; 18(1).
89. Alkhalidi SM, Al-Kuran O, AlAdwan MM, Dabbah TA, Dalky HF, Badran E. Determinants of breastfeeding attitudes of mothers in Jordan: A cross-sectional study. PLoS One. 2023 mayo ; 18(5).
90. Darboe ML, Jeyakumar A, Mansour SMA, Valawalkar S. Determinants of early initiation of breastfeeding in The Gambia: a population-based study using the 2019–2020 demographic and health survey data. Int Breastfeed J. 2023 junio ; 18(1).
91. Sosseh SAL, Barrow A, Lu ZJ. Cultural beliefs, attitudes and perceptions of lactating mothers on exclusive breastfeeding in The Gambia: an ethnographic study. BMC Womens Health. 2023 enero ; 23(1).
92. Louis-Jacques A, Deubel TF, Taylor M, Stuebe AM. Racial and ethnic disparities in U.S. breastfeeding and implications for maternal and child health outcomes. Semin Perinatol. 2017 agosto ; 41(5).
93. Fryer K, Santos HP, Pedersen C, Stuebe AM. The Hispanic Paradox: Socioeconomic Factors and Race/Ethnicity in Breastfeeding Outcomes. Breastfeeding Medicine. 2018 abril ; 13(3).

94. Safon CB, Heeren T, Kerr S, Corwin M, Colson ER, Moon R. Racial and ethnic disparities in breastfeeding continuation among US Hispanic mothers: identification of mechanisms. *Breastfeeding Medicine*. 2023; 18(1).
95. Anstey EH, Chen J, Elam-Evans LD, Perrine CG. Racial and Geographic Differences in Breastfeeding — United States, 2011–2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2017 julio ; 66(27).
96. Beauregard JL, Hamner HC, Chen J, Avila-Rodriguez W, Elam-Evans LD, Perrine CG. Racial Disparities in Breastfeeding Initiation and Duration Among U.S. Infants Born in 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2019 agosto ; 68(34).
97. Robinson K, Fial A, Hanson L. Racism, Bias, and Discrimination as Modifiable Barriers to Breastfeeding for African American Women: A Scoping Review of the Literature. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 2019; 64.
98. McKinney CO, Hahn-Holbrook J, Chase-Lansdale PLL, Ramey SL, Krohn J, Reed-Vance M. Racial and ethnic differences in breastfeeding. *Pediatrics*. 2016 agosto ; 138(2).
99. Pyles TEH, Umi SA, Madubonwu S, Stiles A, Devane-Johnson S, Scott H. Breastfeeding Sisters That Are Receiving Support: Community-Based Peer Support Program Created for and by Women of Color. *Breastfeeding Medicine*. 2021; 16(2).
100. Dennis CL, Shiri R, Brown HK, Santos HP, Schmied V, Falah-Hassani K. Breastfeeding rates in immigrant and non-immigrant women: A systematic review and meta-analysis. *Maternal and Child Nutrition*. 2019; 15.
101. Bigman G, Wilkinson AV, Pérez A, Homedes N. Acculturation and Breastfeeding Among Hispanic American Women: A Systematic Review. *Maternal and Child Health Journal*. 2018; 22.
102. Becerra-Bulla F, Rocha-Calderón L, Fonseca-Silva S, Bermúdez-Gordillo L. INVESTIGACIÓN ORIGINAL El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. *Fac Med*. 2015; 63(2).

103. Ávila-Ortiz MN, Castro-Sánchez AE, Martínez-González EA, Núñez-Rocha GM, Zambrano-Moreno A. Factors associated with abandoning exclusive breastfeeding in Mexican mothers at two private hospitals. *Int Breastfeed J*. 2020 agosto ; 15(1).
104. Montoya DIG, Herrera FEL, Jaramillo AMQ, Gómez AA, Cano SMS, Restrepo DA. Breastfeeding abandonment causes and success factors in relactation. *Aquichan*. 2020; 20(3).
105. Gil M. Factores que intervienen en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna en Cantabria. [Universidad de Cantabria]. [Online].; 2017. Available from:
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/12112/TesisMTGU.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
106. Sanz-Durán L, Urda A, Materna DBR. Vivencia, significado y factores influyentes en la lactancia materna desde la investigación cualitativa en la Comunidad de Madrid. *Revista de Lactancia Materna*. 2024.
107. Alianmoghaddam N, Phibbs S, Benn C. The impact of family culture on six months exclusive breastfeeding: A qualitative study in New Zealand. *Breastfeeding Review*. 2018; 26(1).
108. Xiang AH, Chow T, Mora-Marquez J, Martínez MP, Wang X, Yu W. Breastfeeding Persistence at 6 Months: Trends and Disparities from 2008 to 2015. *Journal of Pediatrics*. 2019; 208.
109. Regan J, Thompson A, Defranco E. The influence of mode of delivery on breastfeeding initiation in women with a prior cesarean delivery: A population-based study. *Breastfeeding Medicine*. 2013; 8(2).
110. Hoang PT, Binns CW, Vo Van Ha A, Nguyen CL, Khac Chu T, van Duong D. Caesarean delivery associated with adverse breastfeeding practices: a prospective cohort study. *J Obstet Gynaecol (Lahore)*. 2020 julio ; 40(5).
111. Villa SR. Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en un hospital de Cádiz. *Enfermería Cuidándote*. 2023 diciembre ; 6(1).

112. Estévez M, MD, Medina R, García E, Saavedra P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2002; 56(2).
113. Levine A, Zagoory-Sharon O, Feldman R, Weller A. Oxytocin during pregnancy and early postpartum: Individual patterns and maternal–fetal attachment. *Peptides (NY)*. 2007 junio ; 28(6).
114. Scatliffe N, Casavant S, Vittner D, Cong X. Oxytocin and early parent-infant interactions: A systematic review. *International Journal of Nursing Sciences*. 2019; 6.
115. Uvnas-Moberg K, Ekstrom-Bergstrom A, Buckley S, Massarotti C, Pajalic Z, Luegmair K. Maternal plasma levels of oxytocin during breastfeeding-a systematic review. *PLoS One*. de 2020;15. 2020 agosto .
116. La Parra D. Los procesos de exclusión social y la salud del pueblo gitano en España. *Gac Sanit.*. 2013; 27(5).
117. Gitana AN, Cataluña F, de AG. La Mirada Gitana del Desarrollo Sostenible 2023 ; 2023.
118. García T. Situación educativa del pueblo gitano: problemática del absentismo escolar y la exclusión. [Online].; 2022. Available from: <https://idus.us.es/items/7d7c335f-424d-43ac-8894-aba72c8cfce8>.
119. Fernández-Feito A, Bueno-Pérez A, Díaz-Alonso J, Paz-Zulueta M, Lana A. Prenatal and Birth Care of Roma Women. *Nurs Res.*. 2023; 72(1).
120. García-García J, Pardo-Serrano C, Hernández-Martínez A, Lorenzo-Díaz M, Gil-González D. Obstetric and neonatal differences between autochthonous and immigrant women. *Progresos en Obstetricia y Ginecología*. 2008; 51(2).
121. García-Muñoz F, García-Alix A, Figueras J, Saavedra P. Nuevas curvas poblacionales de crecimiento en recién nacidos extremadamente prematuros españoles. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2014 agosto ; 81(2).
122. Sastre E, Miranda MT, Muñoz A, Galdó G. Situación de salud entre niños gitanos y no gitanos de una comarca granadina. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2000; 53(3).

123. Šegregur J. Anthropometric differences of Roma and Non-roma newborns in Virovitica-Podravina County. *Paediatr Croat.* 2022; 66(3-4).
124. Escobar M. Conceptualización y evaluación de la gobernanza para la salud de la población gitana en España [Universidad de Sevilla]. [Online].; 2019. Available from: <https://idus.us.es/items/d886f88c-c72b-45a3-9f5f-a1487c8bffc8>.
125. Belak A, Filakovska D, Madarasova A, van Dijk JP, Reijneveld SA. Why don't health care frontline professionals do more for segregated Roma? Exploring mechanisms supporting unequal care practices. *Soc Sci Med.* 2020; 246.
126. Millan M, Smith D. A Comparative Sociology of Gypsy Traveller Health in the UK. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 enero ; 16(3).
127. Borja C, Grau A, Colomer J, Donat F. ¿Qué dicen las madres gitanas de la lactancia materna?. *Enferm Clin.* 2022 septiembre ; 32(5).
128. Herrero B, Cinta M. Análisis de las prácticas y actitudes relacionadas con la lactancia materna en mujeres gitanas [Universitat de València]. [Online].; 2022. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=321206>.
129. Stamenkovic Z, Matejic B, Djikanovic B, Bjegovic-Mikanovic V. Surprising Differences in the Practice of Exclusive Breastfeeding in Non-Roma and Roma Population in Serbia. *Front Public Health.* 2020 junio ; 8.
130. R JG, MI JG. Lactancia en etnia gitana: creencias y prácticas. *Rev Pediatr Aten Primaria.* s.f.; 17(66).
131. Martín Y, Pastor M. Intervenciones comunitarias para la promoción de la lactancia materna en población gitana. *Gac Sanit.* s.f.; 24.
132. Gil MD, Solano M. Las enfermeras opinan: mujeres gitanas, lactancia materna y cuidados de enfermería en Atención Primaria [Universidad de Alicante]. [Online].; 2017. Available from: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/72339>.
133. Yourkavitch J, Kane JB, Miles G. Neighborhood Disadvantage and Neighborhood Affluence: Associations with Breastfeeding Practices in Urban Areas. *Matern Child Health J.* 2018 abril; 22(4).

134. Zielinska MA, Hamulka J. Reasons for non-exclusive breast-feeding in the first 6 months. *Pediatrics International*. 2018 marzo ; 60(3).
135. Pinkney K. The practice and attitudes of gypsy and traveller women towards early infant feeding. *Community Pract.*. 2012; 85(7).
136. Morcillo JM, Torres RD, Ochando MV. Realidad de la mujer migrante árabe-musulmana: análisis de su integración y participación social en Andalucía (España). *Cuadernos de Trabajo Social*. 2024 julio ; 37(2).
137. Alemán C, Soriano RM. La inmigración en España: nuevos desafíos para las políticas sociales. *Revista de Estudios Políticos*. 2014; 166.
138. Karaçam Z, Sağlık M. Breastfeeding problems and interventions performed on problems: systematic review based on studies made in Turkey. *Turkish Archives of Pediatrics/Türk Pediatri Arşivi*. 2018 septiembre ; 53(3).
139. Yilmaz T, Hüsniye DINÇ, Günaydin S, Kaçar N. Breastfeeding in Turkey: a systematic review. *Clinical and Experimental Health Sciences*. 2022; 11(13).
140. Şencan I, Tekin O, Tatli MM. Factors influencing breastfeeding duration: A survey in a Turkish population. *Eur J Pediatr.*. 2013 noviembre ; 172(11).
141. Oves B, Escartín L, Samper MP, Cuadrón L, Álvarez ML, Lasarte JJ. Inmigración y factores asociados con la lactancia materna. *Estudio CALINA. An Pediatr*. 2014; 81(1).
142. Gutiérrez-de-Terán G, Ruiz-Litago F, Ariz U, Fernández-Atutxa A, Mulas-Martín MJ, Benito-Fernández E. Successful breastfeeding among women with intention to breastfeed: From physiology to socio-cultural factors. *Early Hum Dev.*. 2022 enero; 164.
143. Ceriani JM, Noceda G, Barrera L, Martinez AM, Garsd A. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *Journal of Human Lactation.*. 2003; 19(2).

144. Phillips G, Brett K, Mendola P. Previous breastfeeding practices and duration of exclusive breastfeeding in the United States. *Matern Child Health J.* 2011 noviembre ; 15(8).
145. Huang Y, Ouyang YQ, Redding SR. Previous breastfeeding experience and its influence on breastfeeding outcomes in subsequent births: A systematic review. *Women and Birth.* 2019 agosto ; 32(4).
146. Al Juaid DA, Binns CW, Giglia RC. Breastfeeding in Saudi Arabia: a review. *Int Breastfeed J.* 2014; 9(1).
147. Radwan H, Fakhry R, Metheny N, Baniissa W, Faris MAIE, Obaid RS. Prevalence and multivariable predictors of breastfeeding outcomes in the United Arab Emirates: a prospective cohort study. *Int Breastfeed J.* 2021 diciembre ; 16(1).
148. Rehayem A, Taki S, Brown N, Denney-Wilson E. Infant feeding beliefs and practices of Arabic mothers in Australia. *Women and Birth.* 2020; 33(4).
149. Kersuzan C, Gojard S, Tichit C. Breastfeeding practices in France: determinants at birth and during infancy. *Int Breastfeed J.* 2018; 9(14).
150. Al Sabbah H, Assaf EA, Taha Z, Qasrawi R, Radwan H. Determinants of Exclusive Breastfeeding and Mixed Feeding Among Mothers of Infants in Dubai and Sharjah, United Arab Emirates. *Front Nutr.* 2022 mayo ; 9.
151. Lau Y, Tha PH, Ho-Lim SST, Wong LY, Lim PI, BZM CN. An analysis of the effects of intrapartum factors, neonatal characteristics, and skin-to-skin contact on early breastfeeding initiation. *Matern Child Nutr.* 2018 enero ; 14(1).
152. Mokhtari T, Namazian E, Komsari S, Arab S. Investigating the Relationship between Childbirth Type and Breastfeeding Pattern Based on the LATCH Scoring System in Breastfeeding Mothers. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia.* 2021; 43(10).
153. Dahlen HG, Homer CSE. Infant feeding in the first 12 weeks following birth: A comparison of patterns seen in Asian and non-Asian women in Australia. *Women and Birth.* 2010 marzo ; 23(1).

154. García RR. Aproximación antropológica a la lactancia materna. *Antropología Experimental*. 2015 octubre ;(15).
155. Whitley MD, Ro A, Palma A. Work, race and breastfeeding outcomes for mothers in the United States. *PLoS One*. 2021 mayo ; 16.
156. Jefferson UT. Breastfeeding Exposure, Attitudes, and Intentions of African American and Caucasian College Students. *Journal of Human Lactation*. 2017 febrero ; 33(1).
157. Jones KM, Power ML, Queenan JT, Schulkin J. Racial and ethnic disparities in breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*. 2015; 10.
158. Vanderlinden K, Buffel V, Van de Putte B, Van de Velde S. Motherhood in europe: An examination of parental leave regulations and breastfeeding policy influences on breastfeeding initiation and duration. *Soc Sci.* 2020; 9(12).
159. Lechosa-Muñiz C, Paz-Zulueta M, Cayón-De Las Cuevas J, Llorca J, Cabero-Pérez MJ. Declared reasons for cessation of breastfeeding during the first year of life: An analysis based on a cohort study in northern spain. *Int J Environ Res Public Health*.. 2021; 18(16).
160. Santacruz-Salas E, Segura-Fragoso A, Cobo-Cuenca AI, Carmona-Torres JM, Pozuelo-Carrascosa DP, Laredo-Aguilera JA. Factors associated with the abandonment of exclusive breastfeeding before three months. *Children*. 2020; 7(12).
161. Neves PAR, Barros AJD, Gatica-Domínguez G, Vaz JS, Baker P, Lutter CK. Maternal education and equity in breastfeeding: trends and patterns in 81 low- and middle-income countries between 2000 and 2019. *Int J Equity Health*. 2021 diciembre ; 20(1).
162. Kehinde J, O'Donnell C, Grealish A. The effectiveness of prenatal breastfeeding education on breastfeeding uptake postpartum: A systematic review. *Midwifery*. 2023 marzo.

163. Vázquez-Vázquez A, Fewtrell MS, Chan-García H, Batún-Marrufo C, Dickinson F, Wells JC. Do maternal grandmothers influence breastfeeding duration and infant nutrition? Evidence from Merida, Mexico. Wiley Online Library. 2022 noviembre ; 179(3).
164. Vázquez-Vázquez ADP, Fewtrell MS, CGH, Batún-Marrufo C, Dickinson F, Wells JCK. Do maternal grandmothers influence breastfeeding duration and infant nutrition? Evidence from Merida, Mexico. American Journal of Biological Anthropology. 2022 noviembre ; 179(3).
165. Emmott EH, Mace R. Practical support from fathers and grandmothers is associated with lower levels of breastfeeding in the UK millennium cohort study. PLoS One. 2015 julio ; 10(7).
166. Negin J, Coffman J, Vizintin P, Raynes-Greenow C. The influence of grandmothers on breastfeeding rates: A systematic review. BMC Pregnancy Childbirth. 2016 abril ; 16(1).
167. Chen JT, Krieger N. Revealing the unequal burden of COVID-19 by income, race/ethnicity, and household crowding: Harvard Center for Population and Development Studies Working Paper Series; 2021.
168. Burström B, Tao W. Social determinants of health and inequalities in COVID-19. Eur J Public Health [Internet]. 2020; 30(4).
169. Ahmed F, Ahmed N, Pissarides C, Stiglitz J. Why inequality could spread COVID-19. Lancet Public Health [Internet]. 2020; 5(5).
170. Katikireddi SV, Lal S, Carrol ED, Mair FS, Viner RM. Unequal impact of the COVID-19 crisis on minority ethnic groups: A framework for understanding and addressing inequalities. J Epidemiol Community Health. 1978; 75(10).
171. Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. J Epidemiol Community Health. 1978; 74(11).
172. Knight M, Bunch K, Vousden N, Morris E, Simpson N, Gale C. Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-

CoV-2 infection in the UK: National population-based cohort study. BMJ [Internet]. 2020; 369.

173. Brown A, Shenker N. Experiences of breastfeeding during COVID-19: Lessons for future practical and emotional support. Matern Child Nutr [Internet]. 2021; 17(1).
174. Cordero MJA, Baños NM, García LB, Villar NM, Barrilao RG, López AMS. La lactancia materna como método de prevención de alteraciones cardiovasculares en madres e infantes. Nutr Hosp. 2015; 31(5).

ANEXOS

12 ANEXOS

Anexo I. Hoja de información para participantes.

Hoja informativa de la tesis doctoral titulada “ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA”.

Estimado Sr./Sra.:

Le invitamos a participar en un estudio tesis doctoral sobre LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA.

Para que pueda valorar la pertinencia o interés de dicha participación, le facilitamos toda una serie de información detallada al respecto.

El propósito es que tras su lectura –y en el caso de estar conforme con su participación–, pueda darnos su consentimiento –con su firma– en el otro documento que –junto a este– se le hace entrega (denominado ***Declaración de consentimiento informado***).

La presente ***hoja de información*** podrá usted conservarla (para participar, solo deberá devolver – con su firma– la ***Declaración de consentimiento informado***).

Como responsable del equipo investigador que llevará a cabo este estudio, confío en que resulte de su interés y pueda –finalmente– contar con su consentimiento a esta participación.

En cualquier caso, reciba anticipadamente mi agradecimiento por su dedicación a la lectura de esta información.

TÍTULO DE LA TESIS DOCTORAL **ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA.**

PROMOTOR O FINANCIADOR DE LA TESIS DOCTORAL La autora: Verónica Requena Martínez.

LUGAR DONDE SE PROCESARÁ LA MUESTRA O TOMA DE DATOS: Gerencia de atención Integrada de Hellín.

OBJETIVOS Y FINALIDAD: Conocer la tasa de LM en la GAI de Hellín e identificar los factores culturales que influyen en el inicio y duración de la LM

Se trata de un proyecto que cuenta con el informe favorable de la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia.

DATOS DEL INVESTIGADOR

Ante cualquier duda o renuncia que pueda surgir en relación con su participación en el presente estudio tesis doctoral puede dirigirse a la persona responsable de la misma, cuyos datos son los siguientes:

- **Nombre:** Veronica Requena Martínez
- **Cargo:** Matrona
- **Dirección de contacto:** Centro de Salud Hellín 2. Consulta de matrona
- **Correo electrónico:** vero.r.m@um.es

En el caso de Tesis Doctoral, Trabajo Fin de Máster o Trabajo Fin de Grado, los datos del **director/directora** son los siguientes:

- **Nombre:** Ana M^a González Cuello.
- **Cargo:** Profesora UM

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

- Correo electrónico: agcuello@um.es

DATOS REFERENTES AL PARTICIPANTE

- Motivos de su participación
 - Se le ha convocado a participar en este estudio porque ha tenido un nacimiento en el hospital de Hellín, en los últimos 5 años. Sus opiniones resultarán esenciales para esta investigación.
- Naturaleza voluntaria de la participación
 - La participación en esta actividad es libre y totalmente voluntaria.
 - En cualquier momento puede negarse a seguir participando del estudio sin que deba dar razones para ello, ni recibir ningún tipo de sanción (y en tal caso, todos los datos facilitados podrán ser borrados si así lo solicita).
- Requerimientos de la participación
 - Si usted da su consentimiento para participar en este estudio, debe saber que su participación consistirá en responder a una encuesta
- Duración del estudio
 - El estudio tendrá una duración total de 2 años.
 - **Si existe** la posibilidad de que los datos que nos facilite puedan ser utilizados (en el futuro) en nuevos estudios.
- Tipo de participación del sujeto
 - El tiempo contemplado para prestar su participación es de 15 minutos.
 - Los datos obtenidos tendrán carácter confidencial, asegurándose el anonimato.
 - Estos datos serán codificados con un número asignado a cada participante, y su correspondencia solo estará a disposición del investigador principal del proyecto a los efectos de poder establecer correlaciones, manteniéndose este aspecto de forma completamente confidencial.
 - Los datos recogidos **no serán cedidos a terceros**. Los datos estarán a cargo del investigador principal para el posterior desarrollo de informes parciales y finales (de modo anonimizado en cuanto a participantes), así como para divulgación científica en revistas y publicaciones.
 - Finalizado el proceso de investigación, los participantes podrán recibir un informe con los resultados globales (igualmente sin posibilidad alguna de identificar a los participantes).
- Beneficios para los participantes
 - Los beneficios (directos o indirectos) que recibirá a través de su participación, se traducen en los siguientes aspectos: no se contemplan.
 - No se contempla ningún otro tipo de beneficios.
- Contraprestaciones para los participantes
 - Las contraprestaciones previstas para los participantes son las siguientes: no se contemplan
 - Los participantes no contarán un seguro vinculado a dicha participación.
 - En el caso de que el equipo investigador transformase los hallazgos de esta investigación en resultados de interés comercial, con la participación en la investigación el informante clave expresa su conformidad en la renuncia –como participante– a cualquier derecho de naturaleza económica, patrimonial o potestativa sobre los resultados o potenciales beneficios que puedan derivarse de manera directa o indirecta de las investigaciones que se lleven a cabo con la muestra cuya información cede para investigación.

RIESGOS E INCONVENIENTES PARA EL PARTICIPANTE

- No hay riesgos en el presente estudio.

DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

- Los participantes tienen derecho a la plena revocación del consentimiento y sus efectos, incluida la posibilidad de la destrucción o de la anonimización de la muestra y de que tales efectos no se extenderán a los datos resultantes de las investigaciones que ya se hayan llevado a cabo.
- Para ejercer ese derecho de revocación del consentimiento, para atender cualquier efecto adverso derivado de la participación, para responder cualquier pregunta que los participantes deseen formular durante el proceso de investigación, o para resolver cualquier duda, los participantes deben contactar con Verónica Requena formulando su solicitud por correo electrónico (vero.r.m@um.es). En un plazo no superior a 72 horas recibirán su respuesta y –en su caso– la confirmación de revocación del consentimiento.
- Los participantes tienen derecho a revocar el consentimiento en cualquier momento, sin que eso les afecte de ningún modo (personal, profesional o socialmente).
- En el caso de que los datos facilitados por los participantes de este estudio volviesen a ser utilizados en estudios posteriores (para el avance del conocimiento científico en este campo), no volvería a pedirse el consentimiento informado a tales participantes.
- Queda garantizada la confidencialidad de la información obtenida. A pesar de que este estudio no recogerá datos de carácter personal, todos los datos de los informantes clave que otorguen su consentimiento a participar de este estudio serán registrados y almacenados en un fichero con base a lo establecido por la legislación vigente en materia de protección de datos y en garantía de confidencialidad. Para ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición, los participantes podrán contactar en la dirección protecciondedatos@um.es (propiedad de la Universidad de Murcia).

Tras toda esta información, se le **solicita** que firme y entregue la hoja de ***declaración de consentimiento informado*** que se adjunta para poder validar su participación en este estudio. Muchísimas gracias por su valiosa contribución.

Fdo. D./Dña. _____

(Firma del investigador/estudiante responsable)

Anexo II. Hoja de información para participantes árabes.

ورقة معلومات لأطروحة الدكتوراه بعنوان "دراسة تحليلية لتأثير التنوع الثقافي على بدء ومدة الرضاعة الطبيعية"

عزيزي السيد/السيدة:

ندعوك للمشاركة في دراسة أطروحة الدكتوراه حول تأثير التنوع الثقافي على بدء ومدة الرضاعة الطبيعية. لتقييم مدى ملاءمة أو اهتمام هذه المشاركة، نقدم لك مجموعة من المعلومات التفصيلية حول هذا الموضوع.

الهدف هو أنه بعد قراءة هذه المعلومات - وفي حال موافقتك على المشاركة - يمكنك إعطاؤنا موافقتك - بتوقيعك - في الوثيقة الأخرى التي تُسلم لك مع هذه الورقة (المعروفة باسم إعلان الموافقة المستنيرة).

يمكنك الاحتفاظ بهذه الورقة المعلوماتية (للمشاركة، يجب عليك فقط إعادة إعلان الموافقة المستنيرة بتوقيعك).

بصفتي المسؤول عن فريق البحث الذي سيجري هذه الدراسة، أمل أن تكون ذات اهتمام لك وأن تتمكن - في النهاية - من الحصول على موافقتك على هذه المشاركة.

في كل الأحوال، أقدم لك شكري المسبق على تخصيصك الوقت لقراءة هذه المعلومات.

عنوان أطروحة الدكتوراه

"دراسة تحليلية لتأثير التنوع الثقافي على بدء ومدة الرضاعة الطبيعية"

الجهة الممولة أو الراعية لأطروحة الدكتوراه

المؤلفة: فيرونیکا ريكونا مارتينيز.

المكان الذي ستم فيه معالجة العينة أو جمع البيانات

إدارة الرعاية المتكاملة في هيلين.

الأهداف والغرض

معرفة معدل الرضاعة الطبيعية في إدارة الرعاية المتكاملة في هيلين وتحديد العوامل الثقافية التي تؤثر على بدء ومدة الرضاعة الطبيعية.

هذه الدراسة حاصلة على تقرير إيجابي من لجنة أخلاقيات البحث في جامعة مورسيا.

بيانات الباحث

في حال وجود أي شك أو رغبة في الانسحاب من المشاركة في هذه الدراسة، يمكنك التواصل مع الشخص المسؤول عنها، والذي بياناته كالتالي:

الاسم: فيرونیکا ريكونا مارتينيز

الوظيفة: قابلة

عنوان الاتصال: مركز صحة هيلين 2. عيادة القابلة

البريد الإلكتروني: (mailto:vero.r.m@um.es) [vero.r.m@um.es]

في حالة أطروحة الدكتوراه، مشروع نهاية الماجستير أو مشروع نهاية الدرجة، بيانات المشرف/المشرفة كالتالي:

الاسم: آنا م. غونزاليس كويلو.

الوظيفة: أستاذة في جامعة مورسيا

البريد الإلكتروني: (mailto:agcuello@um.es) [agcuello@um.es]

بيانات المشاركين

أسباب المشاركة

تم دعوتك للمشاركة في هذه الدراسة لأنك قد أنجبت في مستشفى هيلين خلال السنوات الخمس الماضية. آراؤك ستكون أساسية لهذه الدراسة.

طبيعة المشاركة الطوعية

المشاركة في هذه الدراسة حرة وطوعية تمامًا. يمكنك في أي وقت رفض الاستمرار في المشاركة في الدراسة دون الحاجة إلى تقديم أسباب لذلك، ودون أن تتعرض لأي نوع من العقوبات (وفي هذه الحالة، يمكن حذف جميع البيانات المقدمة إذا طلبت ذلك).

متطلبات المشاركة

إذا وافقت على المشاركة في هذه الدراسة، يجب أن تعلم أن مشاركتك ستضمن الإجابة على استبيان.

مدة الدراسة

ستستمر الدراسة لمدة عامين.

إمكانية استخدام البيانات المقدمة في دراسات مستقبلية

إذا كانت هناك إمكانية لاستخدام البيانات التي تقدمها في دراسات جديدة في المستقبل.

نوع مشاركة الموضوع

الوقت المخصص للمشاركة هو 15 دقيقة.

البيانات التي يتم جمعها ستكون سرية، مع ضمان عدم الكشف عن الهوية. سيتم ترميز هذه البيانات برقم مخصص لكل مشارك، ولن تكون هذه البيانات متاحة إلا للباحث الرئيسي للمشروع لأغراض إقامة العلاقات، مع الحفاظ على هذا الجانب بشكل سري تمامًا. لن يتم نقل البيانات التي تم جمعها إلى أطراف ثالثة. ستكون البيانات تحت مسؤولية الباحث الرئيسي لتطوير التقارير الجزئية والنهائية (بشكل مجهول فيما يتعلق بالمشاركين)، وكذلك للنشر العلمي في المجلات والمنشورات. بعد انتهاء عملية البحث، يمكن للمشاركين الحصول على تقرير بالنتائج العامة (دون إمكانية تحديد هوية المشاركين).

الفوائد للمشاركين

الفوائد (المباشرة أو غير المباشرة) التي ستحصل عليها من خلال مشاركتك تتلخص في الجوانب التالية: لا توجد فوائد متوقعة. لا توجد فوائد أخرى متوقعة.

التعويضات للمشاركين

التعويضات المتوقعة للمشاركين هي كالتالي: لا توجد تعويضات متوقعة. لن يكون لدى المشاركين تأمين مرتبط بهذه المشاركة. في حال قام فريق البحث بتحويل نتائج هذه الدراسة إلى نتائج ذات اهتمام تجاري، فإن المشاركة في البحث تعني موافقتك - كمشارك - على التنازل عن أي حقوق ذات طبيعة اقتصادية أو ملكية أو سلطة على النتائج أو الفوائد المحتملة التي قد تنشأ بشكل مباشر أو غير مباشر من الأبحاث التي يتم إجراؤها باستخدام العينة التي تقدمها للمشاركة في البحث.

المخاطر والمضايقات للمشارك

لا توجد مخاطر في هذه الدراسة.

حقوق المشاركين

للمشاركين الحق في إلغاء الموافقة و آثارها بالكامل، بما في ذلك إمكانية تدمير أو إخفاء الهوية للعينة، وأن هذه الآثار لن تمتد إلى البيانات الناتجة عن الأبحاث التي تم إجراؤها بالفعل. لممارسة حق إلغاء الموافقة، للتعامل مع أي تأثير سلبي ناتج عن المشاركة، للإجابة على أي سؤال يرغب المشاركون في طرحه خلال عملية البحث، أو لحل أي شك، يجب على المشاركين التواصل مع فيرونیکا ريكونا عبر البريد الإلكتروني ([mailto:vero.r.m@um.es])([vero.r.m@um.es]). في غضون 72 ساعة كحد أقصى، سيتلقون ردًا - وفي حال وجوده - تأكيدًا على إلغاء الموافقة.

للمشاركين الحق في إلغاء الموافقة في أي وقت، دون أن يؤثر ذلك عليهم بأي شكل (شخصي، مهني أو اجتماعي).

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

في حال استخدام البيانات المقدمة من المشاركين في هذه الدراسة في دراسات لاحقة (لتقدم المعرفة العلمية في هذا المجال)، لن يتم طلب الموافقة المستنيرة مرة أخرى من هؤلاء المشاركين.

يتم ضمان سرية المعلومات التي تم الحصول عليها. على الرغم من أن هذه الدراسة لن تجمع بيانات شخصية، فإن جميع بيانات المشاركين الذين يمنحون موافقتهم على المشاركة في هذه الدراسة سيتم تسجيلها وتخزينها في ملف وفقاً لما هو منصوص عليه في التشريعات السارية بشأن حماية البيانات وضمان السرية. لممارسة حق الوصول، التصحيح، الإلغاء أو الاعتراض، يمكن للمشاركين التواصل على العنوان protecciondedatos@um.es (mailto:protecciondedatos@um.es) [protecciondedatos@um.es] (المملوك لجامعة مورسيا).

بعد كل هذه المعلومات، يُطلب منك التوقيع وتسليم ورقة إعلان الموافقة المستنيرة المرفقة لتأكيد مشاركتك في هذه الدراسة. شكرًا جزيلاً على مساهمتك القيم

Anexo III. Declaración de consentimiento informado.

D./Dña. _____, de _____ años **manifiesto que:**

☐ He sido informado sobre los beneficios que podría suponer mi participación para cubrir los objetivos de la tesis doctoral ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA y cualquier investigación derivada del mismo, dirigido por Ana M^a González Cuello de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia (contactable en el teléfono y correo agcuello@um.es)

☐ Me han informado que la finalidad general de la tesis doctoral es analizar la influencia de los factores culturales en la LM.

☐ He sido informado de que se trata de una tesis doctoral que cuenta con el visto bueno del Comité de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia y que no está financiado.

☐ Una vez que he leído la **hoja de información al participante** que me ha sido entregada, afirmo haber comprendido los posibles efectos indeseables que podría comportar –en mi bienestar– la participación en este proyecto.

☐ He sido informado de que mis datos serán sometidos a tratamiento en virtud de mi consentimiento con fines de investigación científica y desde la Universidad de Murcia. El plazo de conservación de los datos será de **48 meses** (mínimo indispensable para asegurar la realización del estudio o proyecto). No obstante, y con objeto de garantizar condiciones óptimas de privacidad, mis datos identificativos serán sometidos a anonimización total o parcial cuando el procedimiento del estudio así lo permita. En todo caso, la información identificativa que se pudiese recabar será eliminada cuando no sea necesaria.

☐ También he sido informado de que para cualquier consulta relativa al tratamiento de mis datos personales en este estudio o para solicitar el acceso, rectificación, supresión, limitación u oposición al tratamiento, podré dirigirme a la dirección protecciondedatos@um.es.

☐ He sido informado de mi derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

☐ He sido informado de que puedo revocar mi consentimiento y abandonar en cualquier momento la participación en el estudio sin dar explicaciones y sin que ello suponga perjuicio alguno (en tal caso, todos los datos cedidos podrían ser borrados si así lo expreso).

☐ Me ha sido entregada una hoja de información al participante, así como una copia de la declaración de consentimiento informado (que también he firmado).

☐ Me han explicado las características y el objetivo del estudio, sus riesgos y beneficios potenciales.

Y en virtud de todas las manifestaciones anteriores, confirmo que **otorgo mi consentimiento** a que esta recogida de datos tenga lugar y sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en la tesis doctoral titulada “Estudio analítico sobre la influencia de la diversidad cultural en el inicio y duración de la LM”

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo. D./Dña. _____ (Participante)

Fdo. D./Dña. _____

(Firma del investigador/estudiante responsable que devuelve firmada la hoja de consentimiento informado)

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Anexo IV. Cuestionario.

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	
---------------------------	-----------------------	--

FECHA PARTO (dd/mm/aaaa)	FECHA ENTREVISTA 1 (dd/mm/aaaa)	FECHA ENTREVISTA 2 (dd/mm/aaaa)

	MADRE	PAREJA 0. No 1. Sí
EDAD		
NACIONALIDAD	1. Española. 2. Marroquí. 3. Otra: _____	1. Española. 2. Marroquí. 3. Otra: _____
ETNIA	1. Caucásica. 1. Gitana. 2. Árabe. 3. Sudamericana. 4. Sudafricana. 5. Otra: _____	1. Caucásica. 2. Gitana. 3. Árabe. 4. Sudamericana. 5. Sudafricana. 6. Otra: _____
RELIGIÓN	1. Cristianismo. 2. Islam. 3. Judaísmo. 4. Ateo. 5. Otra: _____	1. Cristianismo. 2. Islam. 3. Judaísmo. 4. Ateo 5. Otra: _____
ACTIVIDAD LABORAL	1. Autónomo. 1. Asalariado fijo. 2. Asalariado temporal. 3. En paro. 4. Ama de casa. 5. Estudiante.	1. Autónomo. 2. Asalariado fijo. 3. Asalariado temporal. 4. En paro. 5. Ama de casa. 6. Estudiante.
NIVEL DE ESTUDIOS	0. No tiene. 1. Primarios. 2. ESO. 3. Bachillerato. 4. FP. 5. Universitarios.	0. No tiene. 1. Primarios. 2. ESO. 3. Bachillerato. 4. FP. 5. Universitarios.
EMBARAZO BUSCADO	0. No buscado 1. Si buscado	0. No buscado 1. Si buscado
CONVIVIENTES. Puede marcar varias opciones	0. No 1. Pareja 2. Hijos 3. Padres 4. Suegros 5. Otros: _____	0. No 1. Pareja 2. Hijos 3. Padres 4. Suegros 5. Otros: _____

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

EDAD GESTACIONAL AL PARTO (semanas)		
PARTO	1. Único 2. Múltiple	
TIPO DE PARTO	1. Vaginal 2. Ventosa 3. Fórceps 4. Cesárea programada 5. Cesárea urgente	
ANALGESIA EPIDURAL	0. No 1. Sí	
PARIDAD ANTERIOR	0. No 1. Sí	Gestaciones: Abortos: Partos: Cesáreas:
LM EN HIJO ANTERIOR	0. No 1. L. materna, ¿meses?	

	RECIÉN NACIDO 1	RECIÉN NACIDO 2 (si procede)
SEXO	1. Hombre 2. Mujer	1. Hombre 2. Mujer
PESO (gr)		
LONGITUD (cm)		
APGAR NORMAL	0. No 1. Sí	0. No 1. Sí

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

¿Recibiste educación maternal?	0. No 1. Sí, presencial 2. Sí, on line
Durante las primeras 6 horas tras el parto: ¿Te ofrecieron ayuda con la LM?	0. No 1. Sí
¿Permanecisteis juntos inmediatamente después del nacimiento?	0. No 1. Sí

Entre las madres que conoces: ¿crees que la mayoría le dan LM?	0. No 1. Sí 2. No lo sé
¿Qué tipo de lactancia consideras más adecuada para tus hijos/as? (marque lo que proceda)	0. NO LO SÉ 1. LM 2. LACTANCIA MIXTA 3. LA 4. ME DA IGUAL

¿Qué tipo de alimentación prefiere <u>tu pareja</u> para vuestros hijos/as?	0. NO LO SÉ 1. LM 2. LACTANCIA MIXTA 3. LA. 4. LE DA IGUAL
¿Qué tipo de alimentación prefiere <u>tu madre</u> para los bebés?	0. NO LO SÉ 1. LM 2. LACTANCIA MIXTA 3. LA 4. LE DA IGUAL
¿Qué tipo de alimentación prefiere <u>tu padre</u> para los bebés?	0. NO LO SÉ 1. LM 2. LACTANCIA MIXTA 3. LA 4. LE DA IGUAL
¿Qué tipo de alimentación prefiere <u>la madre de tu pareja</u> para los bebés?	0. NO LO SÉ 1. LM 2. LACTANCIA MIXTA 3. LA 4. LE DA IGUAL
¿Qué tipo de alimentación prefiere <u>el padre de tu pareja</u> para los bebés?	0. NO LO SE. 1. LM 2. LACTANCIA MIXTA 3. LA 4. LE DA IGUAL

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

¿Qué tipo de alimentación prefiere <u>tu hermano 1</u> para los bebés?	0. NO LO SÉ. 1. LM 2. LACTANCIA MIXTA 3. LA 4. LE DA IGUAL
¿Qué tipo de alimentación prefiere <u>tu hermano 2</u> para los bebés?	0. NO LO SÉ. 1. LM 2. LACTANCIA MIXTA 3. LA 4. LE DA IGUAL

¿Tomaba tu bebé LM al alta ?	0. No 1. Sí, exclusiva 2. Sí, mixta
¿Tomaba tu bebé LM a los 3 meses ?	0. No 1. Sí, exclusiva 2. Sí, mixta
¿Tomaba tu bebé LM a los 6 meses ?	0. No 1. Sí, exclusiva 2. Sí, mixta
¿Tomaba tu bebé LM a los 12 meses ?	0. No 1. Sí, exclusiva 2. Sí, mixta

Si no ha iniciado la LM: ¿Por qué motivo?	0. No lo sabe 1. Decisión materna. 2. Decisión pareja 3. Decisión / influencia de otro familiar. 4. Problema materno. 5. Problema del bebé. 6. Problema laboral. 7. Otros: _____
Si ha dado LM a este bebé:	¿Cuánto tiempo en meses? _____
Si ha terminado con la LM: ¿Por qué motivo? (marque lo que proceda)	0. No lo sabe 1. Decisión materna. 2. Decisión pareja. 3. Decisión / influencia de otro familiar. 4. Problema materno 5. Problema del bebé. 6. Problema laboral. 7. Otros: _____

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

¿Tuvo algún problema con la LM?	0. No problema 1. Dolor 2. Grietas 3. Mastitis 4. Ingurgitación. 5. Problemas de agarre 6. Otros: _____
¿Le apoyo alguien frente a estas complicaciones?	0. No recibió apoyo 1. Enfermera/matrona del CS. 2. Pediatra del CS. 3. Enfermera / matrona del Hospital. 4. Grupo de apoyo de madres. 5. Familiar. 6. Otros: _____

		Si ha tenido Covid-19		
¿Ha tenido usted Covid-19 durante el embarazo?	0. No 1. Sí 2. No sabe, pero lo sospecha.	¿Podía llevar una vida normal? 0. No 1. Sí	¿Estuvo ingresada en planta del hospital? 0. No 1. Sí	¿Estuvo ingresada en UCI? 0. No 1. Sí
¿Ha tenido usted Covid-19 durante la LM?	0. No 1. Sí 2. No sabe, pero lo sospecha.	¿Podía llevar una vida normal? 0. No 1. Sí	¿Estuvo ingresada en planta del hospital? 0. No 1. Sí	¿Estuvo ingresada en UCI? 0. No 1. Sí
¿Ha tenido su pareja Covid-19 durante la LM?	0. No 1. Sí 2. No sabe, pero lo sospecha.	¿Podía llevar una vida normal? 0. No 1. Sí	¿Estuvo ingresada/o en planta del hospital? 0. No 1. Sí	¿Estuvo ingresada/o en UCI? 0. No 1. Sí
¿Ha tenido otro conviviente Covid-19 durante la LM?	0. No 1. Sí 2. No sabe, pero lo sospecha.	¿Podía llevar una vida normal? 0. No 1. Sí	¿Estuvo ingresada/o en planta del hospital? 0. No 1. Sí	¿Estuvo ingresada/o en UCI? 0. No 1. Sí
¿Ha tenido algún familiar no conviviente Covid-19 durante la LM?	0. No 1. Sí 2. No sabe, pero lo sospecha.	¿Podía llevar una vida normal? 0. No 1. Sí	¿Estuvo ingresada/o en planta del hospital? 0. No 1. Sí	¿Estuvo ingresada/o en UCI? 0. No 1. Sí

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

¿Ha tenido algún amigo no conviviente Covid-19 durante la LM?	0. No 1. Sí 2. No sabe, pero lo sospecha.	¿Podía llevar una vida normal? 0. No 1. Sí	¿Estuvo ingresada/o en planta del hospital? 0. No 1. Sí	¿Estuvo ingresada/o en UCI? 0. No 1. Sí
La pandemia Covid-19, ¿ha afectado a su decisión de lactar?	0. No 1. Sí, positivamente 2. Sí, negativamente			

ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA ETNIA Y LA RELIGIÓN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Anexo V. Informe conformidad del CEIm.

	COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS	Informe Conformidad del CEIm
---	---	---------------------------------

D^a. María Ángeles Lloret Callejo, Vicepresidente del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos de la Gerencia de Atención Integrada de Albacete

INFORMA

Que este Comité en su reunión de fecha 27 de julio de 2021, Acta 07/2021, ha evaluado el proyecto con código interno Nº 2021-82.

TITULADO: ESTUDIO ANALÍTICO DE LA INFLUENCIA DE LA DIVERSIDAD CULTURAL EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA. Tesis Doctoral.

Investigadora Principal: D^a. Verónica Requena Martínez.

Considera que: Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del proyecto en relación con los objetivos del estudio.

La capacidad del Investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
Está adecuando el procedimiento para obtener el consentimiento informado.

Por tanto emite: **INFORME FAVORABLE.**

Este Comité en sus funciones, composición y en los PNT's cumple con las normas de RDC-CPMP/ICH/135/95 y el Real Decreto 1090/2015 y que su composición actual es la siguiente:

D. Pedro Abizanda Soler	PRESIDENTE. Dr. en Medicina. S. Geriátrica
D ^a . M ^a Ángeles Lloret Callejo	VICEPRESIDENTA. Licenciada en Farmacia. S. Farmacia Atención Primaria
D ^a . Eva García Martínez	SECRETARIA TÉCNICA. Dra. en Farmacia. S. Farmacia Hospitalaria
D. José Gerardo Espinosa Martínez	Licenciado en Derecho. Ajeno a la profesión sanitaria
D. Fernando Andrés Pretel	Ingeniero Técnico Informático de Gestión. Ajeno a la profesión sanitaria
D ^a . María Soledad Fernández de Córdoba	Dra. en Medicina. S. Cirugía Pedátrica.
D ^a . Dolores Jativa Gascó	Vocal representante de los pacientes. Ajeno a la profesión sanitaria
D ^a . Pilar Córcoles Jiménez	Diplomada en Enfermería. Supervisora de Investigación y Docencia
D ^a . Syonghyun Nam Cha	Licenciada en Medicina. S. Anatomía Patológica
D ^a . Carmen Díez Delgado	Dra. en Biología. Profesora Titular de Histología UCLM
D. Alberto Sánchez Romero	Dr. en Medicina. S. Farmacología Clínica
D. Ignacio Párraga Martínez	Dr. en Medicina. Centro de Salud La Roda
D ^a . M ^a . del Carmen Carrascosa Romero	Licenciada en Medicina. S. Pediatría
D. Manuel Gerónimo Pardo	Dr. en Medicina. S. Anestesiología
D ^a . Luisa María Charco Roca	Licenciada en Medicina. S. Anestesiología y Reanimación
D. Jesús López-Torres Hidalgo	Dr. en Medicina. Centro de Salud Zona VIII
D. Sebastián Sabater Martí	Dr. en Medicina. S. Oncología Radioterápica
D ^a . Marta Genovès Crespo	Dra. en Medicina. S. Cirugía Torácica.
D. Raúl Godoy Mayoral	Dr. en Medicina. S. Neumología
D. Francisco Javier Callejas González	Dr. en Medicina. S. Neumología
D ^a . Karen Nieto Rodríguez	Dra. en Psiquiatría. S. Psiquiatría

Albacete, 27 de julio de 2021

Fdo.: D^a. María Ángeles Lloret Callejo



Anexo VI. Informe conformidad de la GAI de Hellín.

	COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN con medicamentos (CEIm)	DOC-CONF.J.SERV-V2 Fecha: 24/09/2019
		Modelo conformidad Jefe de Servicio.

MODELO CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

D. José Carlos Castillo Precioso.

Como Director Gerente de la Gerencia de Atención Integrada de Hellín (Sescam).

Declaro:

Que conozco cuanta documentación da base al trabajo del Estudio clínico que lleva título: Estudio analítico de la influencia de la diversidad cultural en el inicio y duración de la lactancia materna.

Y cuyo Investigador Principal será Verónica Requena Martínez.

Que el investigador principal, así como el resto del equipo, reúne las características de competencia necesarias para realizar estudios clínicos, así como la metodología específica del estudio clínico de referencia.

Que autorizo la realización de este trabajo en la Gerencia que dirijo.

