

Prevalencia y barreras para la lactancia materna exclusiva en un hospital en Mangalore, India

Prevalence of and barriers to exclusive breast feeding among mothers of infants in selected hospitals in Mangalore, India

Devasia Selinamma. Department of OBG Nursing, Fr. Muller College of Nursing, India.
Email: devasiasrdhanya@fathermuller.in, <https://orcid.org/0000-0003-0683-4869>

Nayak Sabitha. Department of OBG Nursing, Nitte Usha Institute of Nursing Sciences, Nitte (Deemed to be University), India.
Email: sabitha@nitte.edu.in, <https://orcid.org/0000-0003-3073-5131>

Rao V. Sujaya. OBG department, Father Muller Medical College, India.
Email: sujayavrao@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2310-5396>

Kamath Neetha. Department of Community Health Nursing, Nitte Usha Institute of Nursing Sciences, Nitte (Deemed to be University), India.
Email: neethakamath@nitte.edu.in, <https://orcid.org/0000-0002-5321-0883>

Pavaman Seema Sindgikar. Department of Pediatrics, K.S. Hegde Medical academy, Nitte (Deemed to be University), India.
Email: seemapavaman@nitte.edu.in, <https://orcid.org/0000-0002-2035-5656>

Recibido: 22 de octubre de 2024.

Aceptado: 04 de enero de 2025.

Conflictos de intereses: ninguno.

DOI: <https://doi.org/10.71164/socialmedicine.v18i2.2025.1909>

Resumen

Introducción. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiendan la lactancia materna exclusiva (LME) como elemento crucial para alcanzar los objetivos de desarrollo sustentable. **Materiales y métodos.** Este estudio descriptivo y transversal, se realizó entre madres de lactantes de entre 6 y 12 meses para estimar la prevalencia de los obstáculos a la lactancia materna exclusiva; entre mayo de 2022 y enero de 2023 se recolectaron datos de 440 madres en un hospital seleccionado de Mangalore, India, mediante herramientas estructuradas y validadas con este fin. **Resultados.** El análisis reveló que la prevalencia de la LME fue de 58.9%, entre los obstáculos identificadas se identificaron la insuficiencia de leche materna (42.5%), excesiva preocupación por el aumento de peso del bebé (41.4%), dificultades para una correcta prensión (26.5%), medicación materna (28.2%), enfermedades de la o el bebé (22.7%), falta de concientización sobre la LME (12.2%), necesidad de reanudar el trabajo remunerado (12.2%), limitaciones de tiempo (12.2%) y la presión familiar para introducir leche artificial, debido a la percepción de un peso insuficiente (12.2%), complicaciones mamarias (9.9%), embarazos posteriores (7.7%), falta de apoyo familiar (5.5%), falta de apoyo de la pareja (5%) y desinformación (1.7%). Se encontraron asociaciones significativas entre la LME y factores como la exposición a la educación sobre el tema antes del embarazo, el lugar de residencia, fuentes de información, número de consultas prenatales, tipo de parto e inicio inmediato de la lactancia materna (LM), todo ello con un nivel de significación de 0.001. **Conclusiones.** La educación previa al embarazo sobre LM incrementa su inicio inmediato, reduce los obstáculos a la LME y promueve su adherencia.

Palabras clave: prevalencia, barreras, lactancia materna exclusiva.

Abstract

Introduction. UNICEF and WHO recommend exclusive breastfeeding (EBF) as crucial for achieving sustainable development goals. **Materials and Methods:** This descriptive cross-sectional study was conducted among mothers of infants aged 6 to 12 months to estimate the prevalence of and barriers to exclusive breastfeeding. Data were collected from 440 mothers using structured, validated tools from May 2022 to January 2023. **Results.** Analysis revealed that the prevalence of EBF among mothers in a selected hospital in Mangalore is 58.9%. The identified barriers included inadequate breast milk (42.5%), excessive concern about the baby's weight gain (41.4%), difficulties with proper latching (26.5%), maternal medications (28.2%), infant illness (22.7%), lack of awareness regarding EBF (12.2%), the need to resume work (12.2%), time constraints (12.2%), family pressure to introduce formula due to perceived poor weight gain (12.2%), breast complications (9.9%), subsequent pregnancies (7.7%), were found between EBF and factors such as exposure to pre-pregnancy breastfeeding education, place of residence, sources of breastfeeding information, number of antenatal visits, type of delivery, and the immediate initiation of breastfeeding, all at a significance level of 0.001. **Conclusion.** Pre-pregnancy education on breastfeeding enhances the immediate initiation of breastfeeding, reduces barriers to EBF, and promotes adherence to EBF.

Key words: Prevalence, Barriers, Exclusive Breastfeeding



Introducción

Es recomendable que las y los lactantes sean alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses y, a continuación, recibir alimentos complementarios mientras continúan con la LM durante dos años o más para favorecer su crecimiento y nutrición.¹ La lactancia materna exclusiva (LME) consiste en proporcionar desde el nacimiento únicamente leche materna, excluyendo cualquier medicamento o vitamina prescritos por personal médico.^{2,3} Está reconocida como una de las estrategias más eficaces para reducir la mortalidad infantil, que se situaba en 27.7 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2022.^{4,5} Sin embargo, existe una variación significativa en las tasas de LME entre los distintos países e, incluso, entre regiones de uno mismo.^{6,7} Entre los factores clave que contribuyen a tasas de LME más elevadas se incluyen la concientización materna, el nivel educativo y la frecuencia en las consultas prenatales.⁸

En India, la prevalencia de la LME varía regionalmente, con tasas de 79.2% en las regiones del sur y de 68.0% en las del noreste.⁹ Sin embargo, dicha tasa disminuye a medida que las y los bebés crecen, cayendo a 43.7% al quinto mes en el sur y a 54.0% en el noreste. La UNICEF y la OMS recomiendan expresamente la LME para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible.¹⁰ A pesar de los continuos esfuerzos de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, la LME en India sigue siendo baja, solo 46.4% de las madres la practicaron entre 2008 y 2012, según la Encuesta Nacional de Salud Familiar.¹¹

A partir de 2012, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) se fijó el objetivo de alcanzar 50% de LME para 2025. India ha superado este objetivo, tiene actualmente una tasa de 55%. La promoción de la LME podría evitar aproximadamente 100,000 muertes infantiles y reducir las pérdidas económicas mundiales en 3%.^{12,13}

Dada la influencia de los medios de comunicación masiva y las diversas categorías de profesionales de la salud que atienden en las distintas regiones

de Karnataka, los factores que afectan a la LME pueden haber cambiado. Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo estimar su prevalencia e identificar los obstáculos a esta práctica.

Materiales y métodos

Diseño y contexto del estudio. Se empleó una encuesta transversal descriptiva, recogiendo datos de madres de lactantes de entre 6 y 12 meses que acudieron al departamento de inmunización y pediatría ambulatoria de un centro de atención terciaria en Mangalore.

Participantes en el estudio y muestreo. El tamaño de la muestra se determinó sobre la base de una prevalencia de la LME de 49.7%,¹⁴ con un error permitido de 4.5% y un intervalo de confianza de 95%, esto dio como resultado un tamaño calculado de 440. Se incluyó a todas las madres con lactantes de 6 a 12 meses, independientemente del lugar del parto, que acudieron al hospital y estuvieron dispuestas a facilitar la información. Se excluyeron a las madres que no sabían leer, ni entender canarés o inglés.

Herramientas y técnicas de recopilación de datos. Para el levantamiento de datos se emplearon tres herramientas estructuradas y validadas: la primera, constó de las características basales de madres y lactantes; la segunda, evaluó la prevalencia de la LME; y la tercera identificó los obstáculos para practicarla. Tras obtener el consentimiento informado de las participantes, se aplicaron los cuestionarios, el periodo de recolección de datos duró nueve meses, se procesaron en *Microsoft Excel*. Para analizar las características basales y los obstáculos relativos, se utilizó estadística descriptiva, incluidos frecuencias y porcentajes, la asociación entre la LME y otras variables se examinó mediante la prueba chi-cuadrada.

Autorización ética. Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética Institucional, las y los investigadores se familiarizaron con los sujetos visitando el departamento de inmunización y de consultas externas pediátricas del hospital, explicaron el propósito del estudio, solicitaron su cooperación y garantizaron la confidencialidad de

sus respuestas. Se obtuvo el consentimiento informado de las participantes dispuestas a formar parte en el estudio.

Resultados. Los datos analizados relativos a las características basales de las madres y los lactantes se presentan en los Cuadros 1 y 2. La mayoría de las madres (53%) tenía entre 26 y 30 años, sólo 1.1% era menor de 21. Predominaron las que habían completado estudios preuniversitarios (55.6%); 79.1% se identificaba como ama de casa. Todas (100%) estaban satisfechas con el sexo de su bebé, y 97.7% tuvieron embarazos únicos. Además, 53% había acudido a nueve o más visitas prenatales. La mayoría de las y los bebés (54.1%) tenían un peso al nacer entre 2.5 y 3 kg, y 53% eran varones. La prevalencia de la LME fue del 58.9%, los obstáculos para practicarla se describen en el Cuadro 3.

El análisis de la asociación entre la LME y sus diversas limitantes se resume en el Cuadro 4. Los datos indicaron asociaciones significativas entre LME y variables como exposición a educación sobre LM antes del embarazo ($\chi^2 = 25.763$), lugar de residencia ($\chi^2 = 19.008$), fuente de información sobre lactancia materna ($\chi^2 = 7.900$), el número de visitas prenatales ($\chi^2 = 20.236$), el tipo de parto ($\chi^2 = 15.842$) y el inicio de la lactancia materna ($\chi^2 = 37.171$), todos ellos con un nivel de significación de $p < 0.001$. No se encontraron asociaciones significativas con variables como edad, educación, ocupación, tipo de familia, número de hijos, lugar del parto, sexo o peso de la o el bebé.

Debate

En el estudio participaron 440 madres, 259 (58.9%) practicaban la LME, versus 181 (41.1%) que no. Un estudio transversal realizado en una comunidad rural del centro de Gujarat (India) tuvo como objetivo determinar la prevalencia de LME e identificar los obstáculos para su práctica. Los resultados revelaron que la prevalencia fue de sólo 49.7%, varios factores se asociaron significativamente con este resultado, al nivel de $p = 0.01$.¹⁴

Cuadro 1. Frecuencia y distribución del formulario de referencia de la madre (n = 440)

Variables	f	%
Lugar de residencia		
a. Rural	231	52.5
a. Urbano	158	35.9
a. Semiurbano	51	11.6
Tipo de familia		
a. Nuclear	261	59.3
a. Extendida	179	40.7
Exposición a la promoción de la lactancia materna		
a. Sí	368	83.6
a. No	72	14.4
Número de niños		
a. 2	368	86.6
a. ≥ 2	72	16.4
Fuentes de información sobre lactancia materna		
a. Miembros de la familia	415	94.3
a. Clínica prenatal	25	5.7
a. Medios de comunicación	0	0.0
Tipo de parto		
a. Normal	290	65.9
a. Cesárea	143	32.5
a. Instrumental	0	0.0
Lugar de parto		
a. Hogar	11	2.5
a. Hospital público	103	23.4
a. Hospital privado	326	74.1

Fuente: elaboración propia

Cuadro 2. Frecuencia y distribución basal de la o el bebé (n = 440)

Variables	f	%
Edad del bebé		
a. 6-8 meses	175	39.8
8-10 meses	137	31.1
a. 10-12 meses	128	29.1
Orden de su nacimiento		
a. Primero	229	52.0
a. Segundo	163	37.0
a. Tercero	36	8.2
a. ≥ 3	12	2.7

Fuente: elaboración propia

Cuadro 3. Frecuencia y porcentaje de obstáculos a la lactancia materna exclusiva (n=440)

	Variables	f	%
Variables relativas a la madre			
1.	Leche materna inadecuada	77	42.5
2.	Falta de conciencia sobre la LME	22	12.2
3.	Necesidad de reanudar el trabajo	22	12.2
4.	Medicamentos que toma la madre	51	28.2
5.	Complicaciones mamarias	18	9.9
6.	Próximo embarazo	14	7.7
7.	Limitaciones de tiempo	22	12.2
8.	Preocupación excesiva por el peso insuficiente de la o el bebé	75	41.4
9.	Presión de los miembros de la familia para dar fórmula debido a aumento de peso de la o el bebé	22	12.2
Variables relativas al bebé			
10.	Incapacidad del bebé para prenderse correctamente	48	26.5
11.	Enfermedad de la o el bebé	41	22.7
Otras variables			
12.	Falta de apoyo de la pareja	9	5.0
13.	Falta de apoyo de la familia	10	5.5
14.	Información errónea	3	1.7

Fuente: elaboración propia

Cuadro 4. Chi cuadrada, f.d. y valor p que muestran la asociación de la LME con diferentes variables (n=440)

Variables		EBF				Chi cuadrada	f.d.	P	
		No		Sí					
		n	%	n	%				
Exposición previa al embarazo a información sobre lactancia materna									
a.	Sí	132	35.9	236	64.1	25.763	1	0.000	HS*
a.	No	49	68.1	23	31.9				
Lugar de residencia									
a.	Rural	73	31.6	158	68.4	19.008	2	0.000	HS*
a.	Urbano	79	50.0	79	50				
a.	Semiurbano	29	56.9	22	43.1				
Fuente de información sobre lactancia materna									
a.	Miembros de la familia	164	39.5	251	60.5	7.900	1	0.005	HS*
a.	Clínica prenatal	17	68	8	32.0				
Número de consultas prenatales									
a.	≤ 4	22	73.3	8	26.7	20.236	3	0.000	HS*
a.	4-6	36	50.0	36	50.0				
a.	6-9	44	41.9	61	58.1				
Tipo de parto									
a.	Normal	101	34.8	189	65.2	15.842	2	0.00	HS*
a.	Cesárea	78	54.5	65	45.5				
a.	Instrumental	2	28.6	5	71.4				
a.	Segundo	75	46	88	54				
a.	Tercera	16	44.4	20	55.6				
a.	≥ 3	4	33.3	8	66.7				
Inicio de la lactancia									
a.	Poco después del nacimiento	97	31.7	209	68.3	37.171	3	0.000	HS*
a.	Dos horas después	57	64	32	36				
a.	Después de cuatro horas	13	59.1	9	40.9				
b.	Después de 24 horas	14	60.9	9	39.1				

Fuente: elaboración propia

Además, una revisión sistemática y un meta-análisis de estudios observacionales realizados en Etiopía estimaron esta prevalencia con su correlación con el empleo materno. Tras revisar cinco años de artículos publicados, se realizó un análisis final de 45. La prevalencia global de LME era de 60.42% (IC del 95%: 55.81, 65.02) a los seis meses de edad, las madres empleadas tenían 57% menos de probabilidades de practicarla, en comparación con las madres desempleadas.¹⁴

En el presente estudio se identificaron varios obstáculos: leche materna inadecuada (42.5%), escaso aumento de peso del lactante (41.4%), medicación que toma la madre (28.2%), problemas de presión (26.5%), problemas de salud del lactante (22.7%), falta de conocimientos (12.2%), necesidad de volver al trabajo (12.2%), falta de tiempo (12.2%) y presión familiar (12.2%). Otras barreras de fueron: los problemas de lactancia (9.9%), la preocupación por futuros embarazos (7.7%) y la falta de apoyo de la pareja (5%).

Estos resultados coinciden con los de un estudio realizado en una comunidad rural de la India, en el que se identificaron factores similares que dificultaban la LME, como el parto por cesárea (37.1%), la percepción de una escasa producción de leche (29.0%), desconocimiento sobre la LME (12.9%) y la preocupación por embarazos posteriores (4.9%).¹⁵

El presente estudio también examinó la relación entre la LME y variables sociodemográficas seleccionadas. Se encontraron asociaciones significativas entre la LME y la exposición a la promoción de la misma previa al embarazo, el lugar de residencia, las fuentes de información sobre lactancia materna, el número de visitas prenatales, el tipo de parto y el momento de inicio de lactancia. Sin embargo, no se observaron asociaciones significativas en relación con la edad, ocupación, tipo de familia, número de hijos, estado de embarazo, sexo de la o el bebé, su peso, edad o su orden de nacimiento. En este estudio, la mayoría de las madres (55.6%) habían completado la educación preuniversitaria, pero no se encontró ninguna asociación significativa entre el nivel de educación y la LME. Asimismo, 74.1% de las madres dieron a luz en hospitales privados, se consideraron conjuntamente debido a la naturaleza

similar de la atención prestada en ambos entornos en India, no se observó ninguna asociación entre el lugar del parto y las tasas de LME.

Un estudio transversal comunitario realizado en el distrito de Gozamin (Etiopía) evaluó la misma prevalencia y los factores asociados entre 506 madres y sus hijas e hijos. La tasa de prevalencia fue de 74.1% (IC del 95%: 70.80; 79.10). Las madres que no habían recibido asesoramiento antes del parto tenían 0.43 veces menos probabilidades de practicarla (AOR 0.43; IC 95%: 0.25; 0.72), mientras que las que dieron a luz en hospitales mostraron una mayor adherencia a la LME.¹⁶

Se obtuvieron resultados similares a un estudio realizado en Nigeria que tuvo los mismos objetivos. Mediante un muestreo por conglomerados, 177 madres de 11 distritos políticos contestaron un cuestionario. Aunque no se encontró ninguna asociación significativa entre LME y los conocimientos maternos, sí se observó una asociación significativa entre la LME y el lugar de residencia ($p = 0.001, < 0.05$).¹⁷

Conclusiones

Los resultados de este estudio subrayan la necesidad de sesiones periódicas de educación sobre lactancia materna en clínicas prenatales, se destaca la importancia de que las matronas garanticen su inicio inmediato en la primera hora tras el parto. Un asesoramiento adecuado es crucial para ayudar a las madres a superar los obstáculos a la LME.

Agradecimientos

Al administrador y a las y los miembros del comité de gestión del *Medical College Hospital* por su apoyo y por permitirnos realizar este estudio.

Referencias

1. World Health Organization. Infant and young child feeding. World Health Organization; 2023 [cited 2024 Dec 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

2. Soofi SB, Khan GN, Ariff S, et al. Effectiveness of nutritional supplementation during the first 1000 days of life to reduce child undernutrition. *Lancet Reg Health.* 2022; 4:100035. doi: 10.1016/j.lanset.2022.100035.
3. Velusamy V, Premkumar PS, Kang G. Exclusive breastfeeding practices among mothers in urban slum settlements. *Int Breastfeed J.* 2017; 12:35. doi:10.1186/s13006-017-0127-8.
4. Kumar A, Singh V. A study of exclusive breastfeeding and its impact on the nutritional status of children in EAG states. *J Stat Appl Probab.* 2015; 4(3):435-445.
5. Mekuria G, Edris M. Exclusive breastfeeding and associated factors among mothers in Debre Markos, Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. *Int Breastfeed J.* 2015; 10:1-7. doi:10.1186/s13006-014-0027-0.
6. Chudasama RK, Patel PC, Kavishwar AB. Determinants of exclusive breastfeeding in the South Gujarat region of India. *J Clin Med Res.* 2009; 1:102-8. doi:10.4021/jocmr2009.06.1242.
7. Mascarenhas MLW, Albernaz EP, Silva MBd, SilveiraRBd. Prevalence of exclusive breastfeeding and its determinants in the first 3 months of life in the South of Brazil. *J Pediatr.* 2006; 82:289-94. doi:10.2223/JPED.1506.
8. Skafida V. Juggling work and motherhood: the impact of employment and maternity leave on breastfeeding duration: a survival analysis on Growing Up in Scotland data. *Matern Child Health J.* 2012;16(2):519-27. doi:10.1007/s10995-011-0743-7.
9. Ogbo AF, Dhami VM, Akorede O, Awosemo AO, et al. Regional prevalence and determinants of exclusive breastfeeding in India. *Int Breastfeed J.* 2019; 14:20-22. doi:10.1186/s13006-019-0220-2.
10. Awoke S, Mulatu B. Determinants of exclusive breastfeeding practice among mothers in Sheka Zone, Southwest Ethiopia: a cross-sectional study. *Public Health Pract (Oxford).* 2021; 24:100108. doi: 10.1016/j.puhip.2021.100108.
11. Dhakal S, Lee TH, Nam EW. Exclusive breastfeeding practice and its association among mothers of under-five children in Kwango District, DR Congo. *Int J Environ Res Public Health.* 2017;14(5):455. doi:10.3390/ijerph14050455.
12. Bhandari JD, Pandya YP, Sharma BD. Barriers to exclusive breastfeeding in a rural community of central Gujarat, India. *J Family Med Prim Care.* 2019;8(1):54-61. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_329_18.
13. Alive & Thrive. In India, breastfeeding impacts families, communities, and the economy. Available from: <https://www.aliveandthrive.org/en/country-stat/india>.
14. Wake GE, Mittiku YM. Prevalence of exclusive breastfeeding practice and its association with maternal employment in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J.* 2021;16(1):86. doi:10.1186/s13006-021-00432-x.
15. Basu P, Chakrabartty A, Dasgupta U, Bhattacharyya K, et al. Factors influencing exclusive breastfeeding up to six months of age in a rural community of North 24 Parganas, India. *Indian J Nutr.* 2018; 5:1.
16. Hunegnaw MT, Gezie LD, Teferra AS. Exclusive breastfeeding and associated factors among mothers in Gozamin District, Northwest Ethiopia: a community-based cross-sectional study. *Int Breastfeed J.* 2017; 12:30. doi:10.1186/s13006-017-0121-1.
17. Magaji K, Ezenkiri JN. Some factors affecting exclusive breastfeeding (EBF) among mothers in Dustin-Ma community of Katsina State, Nigeria. *Int J Soc Sci.* 2017;1(1):1223-1238. doi:10.20319/pijss.2015.s21.12231238.



Social Medicine

Health For All

ISSN: 1557-7112