

Tesis doctoral

**Determinantes individuales, sociales y
estructurales de la lactancia materna
exclusiva en Tenerife
(Canarias, España)**

**Un estudio mixto desarrollado
con madres y matronas**

Seila Llorente Pulido

Programa de Doctorado en Epidemiología y Salud Pública

Dirección:

Dra. Laura Otero García

Dra. Estefanía Custodio Cerezales

Madrid, 2026

SEILA LLORENTE PULIDO

Escuela de Doctorado. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública y Microbiología.

Programa de Doctorado Interuniversitario en Epidemiología y Salud Pública.

Universidad Autónoma de Madrid, España.

DRA. LAURA OTERO GARCÍA

Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

DRA. ESTEFANÍA CUSTODIO CEREZALES

Centro Nacional de Medicina Tropical, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

CIBER de Enfermedades Infecciosas, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

«Solo si entendemos, podemos preocuparnos.
Solo si nos preocupamos, ayudaremos.
Solo si ayudamos, nos salvaremos».

Jane Goodall

«Para cambiar el mundo,
es necesario cambiar la forma de nacer».

Michel Odent

AGRADECIMIENTOS

Antes de comenzar, deseo expresar mi sincero agradecimiento a todas las personas que, de una u otra manera, han hecho posible este proceso.

En primer lugar, mi agradecimiento más sincero a mis directoras de tesis, la Dra. Laura Otero García (Escuela Nacional de Sanidad [ENS], Instituto de Salud Carlos III/CIBERESP-ISCIH) y la Dra. Estefanía Custodio Cerezales (Centro Nacional de Medicina Tropical del ISCIH/CIBER enfermedades infecciosas). A ambas, gracias por creer en mí y por su empeño en sacar adelante esta investigación a pesar de las dificultades.

Laura Otero García inició en el año 2018, cuando estaba vinculada a la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), una línea de investigación sobre crianza saludable que mantiene actualmente, en el desempeño de su labor como Científica Titular de los Organismos Públicos de Investigación (ENS-ISCIH), cuya especialidad son los Determinantes de Salud y Políticas Sanitarias. A ella agradezco el haber podido incorporarme a esta línea de investigación gracias al proyecto que diseñó, que además permitió tener financiación para mi desarrollo académico. Agradezco profundamente su enseñanza, el aprendizaje continuo y la sólida formación en investigación que me ha brindado a lo largo de este proceso. Además de su compromiso, quisiera destacar su constante motivación y disponibilidad por enseñarme más allá del ámbito académico y acompañarme con cercanía y confianza en cada etapa.

A la Dra. Estefanía Custodio Cerezales, experta en Nutrición Global liderando la línea de investigación en «Nutrición, resiliencia y salud global» como Científica Titular en el Centro Nacional de Medicina Tropical del ISCIH, quiero expresar mi gratitud por su paciencia y claridad al explicarme cada proceso, por su apoyo incondicional y su ánimo constante para seguir avanzando. Su entusiasmo, su compromiso y su compañía cercana en este camino de aprendizaje han sido fundamentales para fortalecer mi confianza, ampliar mi mirada investigadora y sostenerme en los momentos de mayor desafío. Gracias por crear un espacio de crecimiento, por compartir generosamente su experiencia y por guiarme con una dedicación que ha marcado profundamente mi formación académica y personal.

Mi gratitud también a mi tutor, el Dr. Fernando Rodríguez Artalejo, responsable del Programa de Doctorado en Epidemiología y Salud Pública (UAM), por su apoyo, orientación y por haberme acompañado con generosidad y criterio en este proceso.

Deseo expresar mi sincero agradecimiento a la Escuela de Doctorado de la UAM, así como al personal técnico de gestión, administración y servicios del Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública y Microbiología. En particular, quiero agradecer a David Álvarez Martín su apoyo constante a lo largo de estos años, su inestimable ayuda en la resolución de todas las cuestiones administrativas y su permanente disposición para aclarar cualquier duda. Su profesionalidad, cercanía y paciencia han sido fundamentales para facilitar este proceso y hacerlo mucho más llevadero.

A nivel institucional, me gustaría agradecer a la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife (GAPTF) y a la UAM el haber hecho posible esta investigación, brindándome el respaldo institucional necesario para llevarla a cabo. Asimismo, agradezco a la Fundación Canaria de Investigación Sanitaria (FUNCANIS), actualmente Fundación Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC), la financiación concedida a este proyecto.

Extiendo mi gratitud a todas mis compañeras y compañeros de la GAPTF. En especial, a las matronas que participaron en este estudio y a aquellas que, aunque no lo hicieron directamente, me brindaron su apoyo y comprensión a lo largo del camino. Un agradecimiento especial a Judith, por ser compañera y amiga en esta travesía.

A mi amiga Isabel, por su apoyo incondicional, por estar siempre a mi lado, animarme en los momentos difíciles y celebrar conmigo los buenos. Su amistad y cariño han sido un gran impulso a lo largo de todo este camino.

A mis padres, Ángel y Simo, gracias por animarme siempre a alcanzar mis metas, por enseñarme a no rendirme y por inculcarme la perseverancia, la paciencia y la fe. A mi hermano Dani, por su apoyo y su cariño. A mis abuelas, que, aunque ya no están físicamente, sé que me han acompañado y cuidado desde arriba, guiando cada paso hasta alcanzar mis objetivos.

Finalmente, a Rui, mi pareja y compañero de vida. Gracias por tu paciencia infinita, por estar a mi lado en los momentos difíciles, por recordarme siempre que soy capaz de lograr lo que me proponga, por creer en mí y por ofrecerme tu amor y acompañamiento constante.

El desarrollo de esta tesis coincidió con una etapa de mi vida en la que inicié un camino de cambio y crecimiento lejos de mi tierra. Durante estos años, Tenerife se convirtió en mi hogar, el lugar donde evolucioné tanto en lo académico como en lo humano, y donde encontré una comunidad que siempre llevaré en el corazón.

Concluir este trabajo no solo ha significado alcanzar una meta académica, sino también recorrer un camino de esfuerzo, ilusión y aprendizaje. Hoy cierro esta etapa con gratitud y con la certeza de que cada experiencia, cada encuentro y cada desafío han formado parte esencial del proceso que me ha traído hasta aquí.

ÍNDICE

LISTADO DE TABLAS	13
LISTADO DE FIGURAS	15
LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS	17
RESUMEN	19
ABSTRACT	25
DESARROLLO DE LA TESIS DOCTORAL	31
CRONOGRAMA EXPLICATIVO SOBRE EL DESARROLLO DE LA TESIS DOCTORAL	32
ACTIVIDAD INVESTIGADORA DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA TESIS	34
0. INTRODUCCIÓN	37
0.1. Marco conceptual: lactancia materna y lactancia materna exclusiva	39
0.2. Beneficios de la lactancia materna y de la lactancia materna exclusiva para la salud materno-infantil, comunitaria y ambiental	39
0.3. Datos epidemiológicos de la lactancia materna exclusiva mundial y del contexto español	42
0.4. Determinantes de abandono de la lactancia materna exclusiva: revisión de la bibliografía actual	44
0.5. Medidas para promover y consolidar la lactancia materna y la lactancia materna exclusiva	45
0.5.1. Iniciativas y recomendaciones internacionales	45
0.5.2. Estrategias institucionales en hospitales y centros de salud	46
0.5.3. Rol de las profesionales sanitarias para promover la lactancia materna exclusiva con especial énfasis en las matronas	48
1. JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL	51
2. OBJETIVOS	55
3. MARCO TEÓRICO	59
3.1. Modelo biopsicosocial de salud según Sara Velasco	61
3.2. Modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner	64
3.3. Elaboración y desarrollo de marco teórico adaptado partiendo del modelo de Velasco (2009) y del modelo de Bronfenbrenner (1979, 1987)	66
4. MATERIAL Y MÉTODOS	69
4.1. Contexto demográfico	71

4.2. Diseño de la tesis doctoral	73
4.2.1. Metodología empleada para el Trabajo de investigación 1	75
4.2.1.1. Diseño del estudio	75
4.2.1.2. Métodos y procedimientos empleados para la selección de las participantes	76
4.2.1.3. Perfiles de las participantes	76
4.2.1.4. Herramientas para la recogida de datos	78
4.2.1.5. Procedimiento de recogida de datos	78
4.2.1.6. Análisis de datos	79
4.2.2. Metodología empleada para el Trabajo de investigación 2	82
4.2.2.1. Diseño del estudio	82
4.2.2.2. Participantes	82
4.2.2.3. Tamaño y selección muestral de las participantes	83
4.2.2.4. Recogida de datos	84
4.2.2.5. Variables de estudio	87
4.2.2.6. Análisis de datos	88
4.3. Consideraciones éticas	89
5. RESULTADOS	91
5.1. Introducción	93
5.2. Resumen global de los resultados	94
6. ARTÍCULOS PUBLICADOS	99
6.1. Artículo 1. «Barriers and Facilitators for Exclusive Breastfeeding in Women's Biopsychosocial Spheres According to Primary Care Midwives in Tenerife (Canary Islands, Spain)»	101
6.2. Artículo 2. «Barriers and Facilitators for Exclusive Breastfeeding within the Health System and Public Policies from In-Depth Interviews to Primary Care Midwives in Tenerife (Canary Islands, Spain)»	127
6.3. Artículo 3. «Inhibiting and Protective Factors of Exclusive Breastfeeding in an Island Population in Spain: A Longitudinal Study»	157
7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	175
7.1. INTRODUCCIÓN	177
7.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN 1	179
7.2.1. Barreras y facilitadores de la lactancia materna exclusiva en la esfera biopsicosocial de las mujeres según las percepciones de las matronas de atención primaria de Tenerife (<i>artículo 1</i>)	179

7.2.1.1. Nivel individual	179
7.2.1.2. Nivel familiar/relacional	181
7.2.1.3. Nivel comunitario	186
7.2.1.4. Nivel laboral	191
7.2.2. Barreras y facilitadores de la lactancia materna exclusiva en el sistema sanitario y las políticas públicas a partir de entrevistas en profundidad a las matronas de atención primaria en Tenerife (<i>artículo 2</i>)	193
7.2.2.1. Nivel sistema sanitario	193
7.2.2.2. Nivel políticas públicas	199
7.3. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN 2.....	207
7.3.1. Factores inhibidores y protectores de la lactancia materna exclusiva según datos recogidos de madres de una Zona Básica de Salud del sur de Tenerife (<i>artículo 3</i>)	207
7.3.1.1. Factores inhibidores para la lactancia materna exclusiva.....	207
7.3.1.2. Factores protectores de la lactancia materna exclusiva.....	219
7.4. DISCUSIÓN INTEGRADORA DE LOS ARTÍCULOS 1, 2 Y 3.....	220
8. LIMITACIONES Y FORTALEZAS	225
9. CONCLUSIONES.....	231
10. CONCLUSIONS	235
11. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	239
BIBLIOGRAFÍA	243
ANEXOS.....	275
ANEXO 1. Guion de la entrevista a las matronas.....	277
ANEXO 2. <i>Software</i> informático Opencode 3.6.....	279
ANEXO 3. COREQ (Consolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist.....	280
ANEXO 4. Cuestionarios elaboración propia estudio cuantitativo	282
ANEXO 5. STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of observational studies.....	302
ANEXO 6. Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Autónoma De Madrid.....	304
ANEXO 7. Comité Científico de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife (Canarias).....	305
ANEXO 8. Hoja informativa y consentimiento informado del estudio cualitativo	307
ANEXO 9. Hoja informativa y consentimiento informado del estudio cuantitativo	310

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Perfiles de las matronas entrevistadas de AP de Tenerife (Canarias, España)	77
Tabla 2. Estructura de la entrevista realizada a las matronas de AP de Tenerife.....	78
Tabla 3. Ejemplos de unidades de significado, unidades de significado condensadas y códigos.....	80
Tabla 4. Ejemplos de códigos, subcategorías, categorías y un tema a partir del análisis de contenido sobre la LME	80

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Cronograma explicativo sobre el desarrollo de la tesis doctoral	33
Figura 2. Porcentaje de lactantes de 0 a 5 meses alimentados exclusivamente con leche materna, por país y región de UNICEF (2023).	43
Figura 3. Diez Pasos para una Feliz Lactancia Natural (revisado en 2018)	47
Figura 4. Modelo ecológico de Bronfenbrenner	65
Figura 5. Marco teórico adaptado de la tesis doctoral basado en el modelo biopsicosocial de Velasco (2009) y en el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979, 1987)	68
Figura 6. Mapa de la isla de Tenerife (Canarias, España)	71
Figura 7. Distribución de los servicios sanitarios	73
Figura 8. Esquema de relación del trabajo de investigación con los objetivos específicos y la metodología	75
Figura 9. Marco teórico adaptado del modelo ecológico de Bronfenbrenner. Barreras y facilitadores de la LME según las matronas de AP de Tenerife (Canarias, España)	81
Figura 10. Diagrama de flujo para representar la obtención de la muestra final	84
Figura 11. Información recogida en los cuestionarios de las entrevistas en cada momento del estudio	86
Figura 12. Esquema de los artículos publicados que conforman la tesis	93
Figura 13. Trabajo de investigación 1. Integración de los resultados del objetivo 1 (<i>artículos 1 y 2</i>) al modelo biopsicosocial de Velasco y al modelo ecológico de Bronfenbrenner	178
Figura 14. Integración de los resultados de los <i>artículos 1, 2 y 3</i> en base al marco teórico adaptado a partir del modelo biopsicosocial de Velasco (2009) y el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987)	223

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

AEP	Asociación Española de Pediatría
AP	Atención primaria
ASMI-WAIMH	Asociación para la Salud Mental Infantil desde la Gestación – World Association for Infant Mental Health
BFHI	Baby-Friendly Hospital Initiative
BOE	Boletín Oficial del Estado
CIBER	Centro de Investigación Biomédica en Red
CICSLM	Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna
CNH	Catálogo Nacional de Hospitales
COREQ	<i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
CS	Centro de salud
EAPN	Estrategia de Atención al Parto Normal
ECA	Ensayos clínicos aleatorios
ECH	Encuesta Continua de Hogares
ENS	Escuela Nacional de Sanidad
EPDS	Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo
EVA	Escala visual analógica
FIISC	Fundación Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias
FUNCANIS	Fundación Canaria de Investigación Sanitaria
GAPTF	Gerencia de Atención Primaria de Tenerife
IBFAN	International Baby Food Action Network (Red Internacional de Grupos de Acción pro Alimentación Infantil)
IHAN	Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia
INE	Instituto Nacional de Estadística
Investén-ISCIII	Unidad de Investigación en Cuidados y Servicios de Salud del Instituto de Salud Carlos III
ISCIII	Instituto de Salud Carlos III
ISTAC	Instituto Canario de Estadística
LGTBIQ	Lesbianas, gays, transexuales, bisexuales, intersexuales y <i>queer</i>
LM	Lactancia materna
LME	Lactancia materna exclusiva
LOG	Laura Otero García
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PIB	Producto interior bruto
SCS	Servicio Canario de Salud

SLP	Seila Llorente Pulido
SMSL	Síndrome de muerte súbita del/la lactante
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPSS	Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>
UAH	Universidad de Alcalá de Henares
UAM	Universidad Autónoma de Madrid
UCM	Universidad Complutense de Madrid
UE	Unión Europea
UMH	Universidad Miguel Hernández de Elche
UNED	Universidad Nacional de Educación a Distancia
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UPM	Universidad Politécnica de Madrid
URJC	Universidad Rey Juan Carlos
ZBS	Zona Básica de Salud

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva (LME), definida como el tipo de alimentación en el que el/la lactante recibe únicamente leche materna, constituye el mecanismo natural y primario de nutrición durante los primeros meses de vida, siendo un elemento esencial para el crecimiento, el desarrollo y la supervivencia infantil. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda mantener la LME durante los primeros 6 meses posteriores al nacimiento y continuar con la lactancia materna (LM) complementada con otros alimentos hasta, al menos, los 2 años de edad. Esta recomendación se fundamenta en sus beneficios a corto y largo plazo para la salud materno-infantil. En lactantes, aporta inmunidad, protege frente a infecciones respiratorias y gastrointestinales y favorece el desarrollo orofacial; en la madre, facilita la recuperación posparto y reduce el riesgo de cáncer de mama y ovario. Además, fortalece el vínculo afectivo y repercute positivamente en el ámbito laboral materno al disminuir el absentismo y mejorar el rendimiento. A nivel social, la reducción de la morbilidad implica un menor gasto sanitario, y, desde una perspectiva ambiental, la LM constituye una práctica sostenible al no requerir procesos industriales ni generar residuos, contribuyendo así a reducir la huella de carbono.

Debido a sus múltiples ventajas, la LM es considerada una de las intervenciones de salud pública más eficaces, costo-efectivas y sostenibles para proteger la salud materno-infantil, social y ambiental. En consonancia con la evidencia, en 2025, la OMS estableció el objetivo mundial de que al menos el 60 % de los/las lactantes sean alimentados con LME durante los primeros 6 meses de vida, dentro de las Metas Globales de Nutrición para 2030. Sin embargo, las tasas mundiales de LME a los 6 meses apenas alcanzan el 48 %, sin datos específicos sobre Europa. En España, la Encuesta Nacional de Salud de 2023 sitúa la tasa de LME a los 6 meses en el 47 %. En Canarias, y específicamente en Tenerife, no existen datos oficiales sobre las tasas de LME a los 6 meses.

Pese a los beneficios de la LM y a los objetivos de la OMS, las tasas de LME siguen siendo bajas debido a múltiples factores interrelacionados. Según la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), los principales determinantes del abandono de la LME incluyen la falta de apoyo a las mujeres trabajadoras, la ausencia de permisos de maternidad remunerados, la promoción engañosa de fórmulas infantiles, la escasa capacitación de las profesionales sanitarias,

prácticas hospitalarias inadecuadas y la insuficiente inversión en políticas y recursos que garanticen una atención continua y de calidad a las madres lactantes. La literatura científica señala como barreras el dolor, las grietas, así como la falta de apoyo familiar y social. Asimismo, la reincorporación laboral temprana y la falta de políticas integrales de protección de la maternidad contribuyen a perpetuar desigualdades que afectan a la continuidad de la LME. Estas barreras, comunes en distintos contextos internacionales, se vieron además agravadas por los cambios sociales y sanitarios derivados de la pandemia por covid-19.

Ante las bajas tasas globales de LME y los múltiples factores que condicionan su abandono, la OMS, UNICEF y otras organizaciones internacionales han impulsado diversas recomendaciones, estrategias e iniciativas, entre las que destacan: garantizar el acceso a asesoramiento especializado; reforzar la aplicación legal del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna (CICSLM); fortalecer la articulación entre centros de salud (CS) y comunidades; promover permisos parentales y políticas laborales favorables; mejorar los sistemas de seguimiento y aplicar los Diez Pasos para una Feliz Lactancia Natural de la Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) en los centros de maternidad, implantando la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN-España). La evidencia subraya el papel fundamental del apoyo de las profesionales sanitarias en la instauración y mantenimiento de la LME, especialmente por parte de quienes acompañan a las madres durante el embarazo, parto y posparto, tanto en atención primaria (AP) como en atención especializada, siendo las matronas de AP las mejor valoradas en conocimientos, competencias y continuidad de cuidados relacionados con la LM.

La presente tesis doctoral se justifica por la escasez de investigaciones sobre los determinantes de la LME en Tenerife, así como por la influencia de factores socioeconómicos, sanitarios, culturales y políticos que condicionan la práctica de la LME. Los pocos estudios existentes sobre esta temática han obtenido la información principalmente a partir de bases de datos y de historias clínicas de recién nacidos/as. El objetivo de esta investigación consiste en identificar y analizar los determinantes de la LME durante los 6 primeros meses de vida desde la perspectiva de las matronas de AP, así como la obtención de información durante el seguimiento a las madres desde el embarazo hasta los 6 meses posparto.

MATERIAL Y MÉTODOS

El planteamiento teórico de esta tesis doctoral se sustenta en los marcos teóricos del modelo biopsicosocial de Sara Velasco (2009) y en el modelo ecológico de

Bronfenbrenner (1979, 1987). Ambos modelos sirvieron para elaborar un marco teórico adaptado con el que organizar y analizar la información obtenida. Se llevó a cabo un enfoque metodológico mixto, dando lugar al desarrollo de dos estudios complementarios. Por un lado, el Trabajo de investigación 1 mediante enfoque cualitativo sobre las percepciones de las matronas de AP de Tenerife, llevándose a cabo 20 entrevistas semiestructuradas realizadas entre noviembre de 2018 y febrero de 2020. Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia a través de la técnica de bola de nieve, cuyo reclutamiento finalizó cuando se alcanzó la saturación del discurso. Las entrevistas fueron transcritas literalmente y posteriormente anonimizado su contenido antes del análisis. Se aplicó el enfoque de análisis de contenido. El preanálisis permitió organizar la información según las preguntas del guion e identificar palabras y frases clave por categorías y subcategorías. La codificación se realizó con el *software* OpenCode 3.6, facilitando la estructuración y análisis del material cualitativo.

Por otro lado, el Trabajo de investigación 2 con enfoque cuantitativo y diseño observacional analítico longitudinal prospectivo, con evaluaciones de seguimiento transversales repetidas, realizado en una muestra de mujeres que acudieron a su primera consulta con la matrona en el Centro de Salud de San Isidro (Tenerife). El periodo de reclutamiento tuvo lugar entre noviembre de 2018 y noviembre de 2019, extendiendo el periodo de seguimiento hasta enero de 2021. Se llevaron a cabo 5 entrevistas basadas en cuestionarios de elaboración propia, los cuales correspondían con el momento inicial en la primera consulta de embarazo y el seguimiento de la LME (a los 15 días, al mes, a los 4 meses y a los 6 meses después del parto). Se contactó inicialmente con 327 madres; 227 fueron excluidas por no cumplir los criterios y 100 fueron invitadas a participar. De estas, 17 declinaron su participación, conformándose una muestra final de 83 madres. Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, obstétricas y clínicas. Posteriormente, se aplicaron regresiones logísticas univariantes y multivariantes relativas a cada periodo de estudio.

RESULTADOS

Las barreras o factores inhibidores para la LME son: a nivel individual, antecedentes ginecológicos maternos, complicaciones físicas en el pecho como grietas y dolor mamario durante la toma al pecho, la percepción materna de leche insuficiente, cansancio, falta de motivación, vulnerabilidad del posparto y experiencias previas negativas (propias o de otras madres); a nivel familiar/relacional, escaso apoyo de la pareja y la familia cercana, especialmente de abuelas que transmiten consejos

desactualizados; a nivel comunitario, falta de apoyo social, desigualdad de género, la soledad de la maternidad, tendencia social hacia la lactancia artificial y fácil acceso a la leche de fórmula; a nivel laboral, permisos maternales con duración insuficiente, reincorporación temprana, precariedad laboral y dificultad para extraerse leche en el lugar de trabajo con ausencia de espacios adecuados para ello. Entre las barreras vinculadas al sistema sanitario se encuentran la baja asistencia a clases prenatales por parte de las madres, incumplimiento del CICSLM y escasa formación en LM por parte de las profesionales sanitarias, dar a luz en hospitales privados no acreditados por IHAN, prácticas hospitalarias durante el parto como separación madre-bebé y oferta indiscriminada de tetinas y uso del chupete. Con respecto a las políticas públicas, las barreras identificadas son la escasa inversión para fomentar la LME, ausencia de políticas laborales que protejan la LME y falta de legislación que regule la publicidad de fórmulas artificiales.

Dentro de los facilitadores o factores protectores identificados se encuentran: a nivel individual, motivación y predisposición de la madre, vivencia positiva de la LM, alto nivel educativo materno y búsqueda activa de información, conocimiento previo de los beneficios de la LM para ella misma y su bebé y ser de nacionalidad extranjera; a nivel familiar/relacional, apoyo de la pareja y de las abuelas, reparto de tareas y presencia de otras mujeres lactantes; a nivel comunitario, rodearse de redes de apoyo, entornos en favor de la LM y visibilidad positiva de la LM; a nivel laboral no se identificaron facilidades, las madres recurren a estrategias personales que a menudo implican renunciadas profesionales o económicas. Los facilitadores encontrados en el sistema sanitario son: clases prenatales abiertas a parejas y familias, existencia de talleres de LM, abordaje de la LM previo al parto y consulta de posparto temprana por parte de la matrona de AP, apoyo de las profesionales sanitarias, prácticas hospitalarias que favorezcan piel con piel de madre y bebé tras el nacimiento y limitación de oferta de biberones sin valoración previa de la madre y su bebé. Con respecto a las políticas públicas, los facilitadores encontrados son el desarrollo de políticas públicas (laborales, sanitarias y económicas) e iniciativas institucionales que protejan y promuevan la LM.

CONCLUSIONES

Los resultados de esta tesis doctoral evidencian que la LME en Tenerife está condicionada por un conjunto complejo de factores interrelacionados que actúan en los niveles individual, familiar, comunitario, laboral, sanitario y político. A nivel individual, influyen los problemas físicos, el dolor, la percepción de leche insuficiente y la baja autoconfianza materna, mientras que la educación prenatal y el

acompañamiento profesional favorecen su mantenimiento. En el ámbito familiar, la corresponsabilidad de la pareja y el apoyo de la familia, especialmente de las abuelas, se consolidan como facilitadores clave. A nivel comunitario, la falta de apoyo social, las desigualdades de género y la escasa valorización de la LME limitan su práctica, siendo esenciales las redes y grupos de apoyo y la sensibilización social. En el entorno laboral, la reincorporación temprana, la rigidez horaria y la ausencia de espacios adecuados dificultan su continuidad. En el sistema sanitario, las prácticas no basadas en la evidencia y la falta de formación específica de las profesionales sanitarias constituyen barreras relevantes. Finalmente, a nivel político, se requiere fortalecer el compromiso institucional mediante el desarrollo de políticas favorables que fomenten la LME, la implementación de la estrategia IHAN y el cumplimiento del CICSLM para mejorar la protección y sostenibilidad de la LME.

Palabras clave: lactancia materna exclusiva, investigación cualitativa, investigación cuantitativa, matronas, salud pública.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Exclusive breastfeeding (EBF), defined as the type of feeding in which the infant receives only breast milk, constitutes the natural and primary mechanism of nutrition during the first months of life and is an essential element for infant growth, development, and survival. The World Health Organization (WHO) recommends maintaining EBF during the first 6 months after birth and continuing breastfeeding (BF), complemented with other foods, until at least 2 years of age. This recommendation is based on its short- and long-term benefits for maternal and child health. For infants, it provides immunity, protects against respiratory and gastrointestinal infections, and supports orofacial development; for mothers, it facilitates postpartum recovery and reduces the risk of breast and ovarian cancer. In addition, it strengthens the emotional bond and positively impacts maternal employment by reducing absenteeism and improving performance. At the societal level, reduced morbidity and mortality lead to lower healthcare costs, and from an environmental perspective, BF is a sustainable practice that requires no industrial processing and generates no waste, thus helping reduce the carbon footprint.

Due to its multiple advantages, BF is considered one of the most effective, cost-efficient, and sustainable public health interventions to protect maternal, child, social, and environmental health. In line with the evidence, in 2025 the WHO established the global target that at least 60 % of infants should be exclusively breastfed during the first 6 months of life, as part of the Global Nutrition Targets for 2030. However, global EBF rates at 6 months barely reach 48 %, with no specific data available for Europe. In Spain, the 2023 National Health Survey reports an EBF rate of 47 % at 6 months. In the Canary Islands, and specifically in Tenerife, there are no official data on EBF rates at 6 months.

Despite the benefits of BF and the WHO goals, EBF rates remain low due to multiple interrelated factors. According to the WHO and the United Nations Children's Fund (UNICEF), the main determinants of EBF discontinuation include lack of support for working women, absence of paid maternity leave, misleading promotion of infant formulas, insufficient training of healthcare professionals, inadequate hospital practices, and limited investment in policies and resources that ensure continuous, high-quality care for breastfeeding mothers. The scientific literature highlights pain, nipple cracks, and lack of family and social support as barriers. Likewise, early return to work and the absence of comprehensive maternity protection

policies contribute to perpetuating inequalities that affect EBF continuity. These barriers, common across several international contexts, were further exacerbated by the social and healthcare changes resulting from the COVID-19 pandemic.

In response to low global EBF rates and the multiple factors influencing its discontinuation, the WHO, UNICEF, and other international organizations have promoted various recommendations, strategies, and initiatives. These include ensuring access to specialized counselling; reinforcing the legal implementation of the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes (ICMBS); strengthening coordination between health centers and communities; promoting parental leave and supportive workplace policies; improving monitoring systems; and implementing the Ten Steps to Successful Breastfeeding in maternity centers and the Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI-Spain). Evidence highlights the fundamental role of healthcare professionals in the establishment and maintenance of EBF, particularly those who accompany mothers during pregnancy, childbirth, and the postpartum period, both in Primary Care and Specialized Care, with primary care midwives being the best rated in terms of knowledge, competencies, and continuity of breastfeeding care.

This doctoral thesis is justified by the limited research on the determinants of EBF in Tenerife, as well as by the influence of socioeconomic, healthcare, cultural, and political factors that condition its practice. The few existing studies on this topic have relied mainly on databases and newborn medical records. The aim of this research is to identify and analyse the determinants of EBF during the first 6 months of life from the perspective of primary care midwives and through the collection of information during follow-up with mothers from pregnancy to 6 months postpartum.

MATERIALS AND METHODS

The theoretical framework of this doctoral thesis is based on the Biopsychosocial Model by Sara Velasco (2009) and Bronfenbrenner's Ecological Model (1979, 1987). Both models were used to develop an Adapted Theoretical Framework to structure and analyse the information collected. A mixed-methods approach was applied, leading to the development of two complementary studies.

The first study employed a qualitative approach to explore the perceptions of primary care midwives in Tenerife. A total of 20 semi-structured interviews were conducted between November 2018 and February 2020. A non-probabilistic convenience sampling technique was used, supported by snowball sampling, and recruitment ended upon reaching data saturation. The interviews were transcribed

verbatim, and content was anonymized prior to analysis. A content analysis approach was applied. Pre-analysis enabled classification of information according to interview guide questions and the identification of key words and phrases by categories and subcategories. Coding was conducted using OpenCode 3.6 software, facilitating the structuring and analysis of qualitative data.

The second study used a quantitative approach with a prospective analytical longitudinal observational design, with repeated cross-sectional follow-up assessments. The sample consisted of women who attended their first prenatal appointment with the midwife at the San Isidro Health Center (Tenerife). Recruitment took place between November 2018 and November 2019, with follow-up extending until January 2021. Five interviews based on ad hoc questionnaires were conducted: one at the initial prenatal consultation and four during EBF follow-up (at 15 days, 1 month, 4 months, and 6 months postpartum). Initially, 327 mothers were contacted; 227 were excluded for not meeting inclusion criteria, and 100 were invited to participate. Of these, 17 declined participation, yielding a final sample of 83 mothers. A descriptive analysis of sociodemographic, obstetric, and clinical variables was performed. Subsequently, univariable and multivariable logistic regressions were applied for each study period.

RESULTS

The barriers or inhibiting factors for exclusive breastfeeding (EBF) are the following: at the individual level, maternal gynecological history, physical breast complications such as cracks and breast pain during breastfeeding, the maternal perception of insufficient milk, fatigue, lack of motivation, postpartum vulnerability, and previous negative experiences (their own or from other mothers); at the family/relational level, limited support from the partner and close family, especially grandmothers who pass on outdated advice; at the community level, lack of social support, gender inequality, the loneliness of motherhood, social tendencies toward artificial feeding, and easy access to formula milk; at the workplace level, insufficient duration of maternity leave, early return to work, job insecurity, and difficulty expressing milk at work due to a lack of suitable spaces.

Among the barriers related to the healthcare system are low attendance at prenatal classes by mothers, non-compliance with the BFHI guidelines, limited breastfeeding training among healthcare professionals, giving birth in non-BFHI-accredited private hospitals, hospital practices during childbirth such as mother-infant separation, and the indiscriminate offering of teats and pacifier use. Regarding public policies, identified barriers include limited investment in promoting EBF, the

absence of labor policies that protect EBF, and a lack of legislation regulating the advertising of infant formula.

Among the facilitators or protective factors identified are the following: at the individual level, the mother's motivation and willingness, a positive breastfeeding experience, high maternal educational level and active information-seeking, prior knowledge of the benefits of breastfeeding for herself and her baby, and being of foreign nationality; at the family/relational level, support from the partner and grandmothers, shared household responsibilities, and the presence of other breastfeeding women; at the community level, being surrounded by support networks, environments favorable to breastfeeding, and positive visibility of breastfeeding; at the workplace level, no facilitators were identified, mothers resort to personal strategies that often involve professional or economic sacrifices.

The facilitators found within the healthcare system include prenatal classes open to partners and families, the existence of breastfeeding workshops, addressing breastfeeding before delivery, early postpartum check-ups by the primary care midwife, support from all healthcare professionals, hospital practices that promote skin-to-skin contact between mother and baby after birth, and limiting the offering of bottles without prior assessment of the mother and her baby. Regarding public policies, the facilitators found include the development of public policies (labor, health, and economic) and institutional initiatives that protect and promote breastfeeding.

CONCLUSIONS

The findings of this doctoral thesis show that EBF in Tenerife is shaped by a complex set of interrelated factors operating at individual, family, community, workplace, healthcare, and political levels. At the individual level, physical problems, pain, perceived insufficient milk supply, and low maternal self-confidence were influential, while prenatal education and professional support facilitated sustained BF. At the family level, partner involvement and family support, particularly from grandmothers, emerged as key facilitators. At the community level, lack of social support, gender inequalities, and low social recognition of EBF hindered its practice, with support networks and social awareness being essential enablers. In the workplace, early return to work, rigid schedules, and inadequate spaces hindered EBF continuation. In the healthcare system, non-evidence-based practices and insufficient training among healthcare professionals constituted major barriers. Finally, at the political level, stronger institutional commitment is required through

the development of supportive policies, implementation of the BFHI strategy, and enforcement of the ICMBS to improve the protection and sustainability of EBF.

Key words: exclusive breastfeeding, qualitative research, quantitative research, midwives, Public Health.

DESARROLLO DE LA TESIS DOCTORAL

La idea de desarrollar esta tesis doctoral surgió en agosto de 2017, en el contexto de una conversación informal mantenida entre Seila Llorente Pulido, doctoranda y matrona de profesión, y la Dra. Laura Otero García, codirectora de esta tesis, mientras esta última amamantaba a su hijo. Durante dicha conversación se puso de manifiesto, por un lado, el insuficiente conocimiento social acerca de los múltiples beneficios de la LM y, por otro, la necesidad de profundizar en el análisis de los factores que influyen en su mantenimiento, una vez reconocidas las ventajas que esta práctica aporta tanto a la salud del/la lactante como de la madre.

A partir de esa reflexión inicial, se inició un proceso orientado a dar respuesta a esas preguntas, en el marco del desarrollo de un proyecto de investigación que pudiera dar acogida a una tesis doctoral. Con este propósito, en septiembre de 2017 se llevaron a cabo los trámites de inscripción y matriculación de esta tesis doctoral, dentro del Programa de Doctorado en Epidemiología y Salud Pública de la UAM, bajo la codirección de la Dra. Laura Otero García y la Dra. María Rosario López Giménez, que asumió el rol de tutora. En mayo de 2018 se presentó el proyecto de investigación diseñado por la Dra. Laura Otero García, basado en un enfoque metodológico mixto (cualitativo y cuantitativo), que contó con apoyo metodológico cuantitativo por parte de la Dra. María Rosario López Giménez. En 2018, el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la UAM y por el Comité Científico de la GAPTE. Posteriormente, en 2019, se presentó su solicitud de financiación a la FUNCANIS, adscrita al Servicio Canario de la Salud (SCS), entidad que más tarde pasó a denominarse Fundación Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC).

El 28 de enero de 2022 se produjo un cambio en la dirección de la tesis doctoral. La Dra. María Rosario López Giménez finalizó su labor como directora debido a su próxima jubilación, siendo sustituida por la Dra. Estefanía Custodio Cerezales, investigadora del Centro Nacional de Medicina Tropical del ISCIII. Para ese momento, todo el trabajo de campo del estudio cuantitativo ya se había completado bajo la supervisión de la Dra. López Giménez. Tras su incorporación, la Dra. Custodio Cerezales asumió el relevo, iniciando íntegramente la depuración y optimización de la base de datos y del posterior análisis de la información obtenida. Esta labor dio continuidad a su participación previa en el proyecto, en el que ya había contribuido como coautora del primer y segundo artículos con enfoque cualitativo. A este cambio se sumó el Dr. Fernando Rodríguez Artalejo, responsable del

Programa de Doctorado en Epidemiología y Salud Pública de la UAM, quien asumió el rol de tutor de la tesis doctoral.

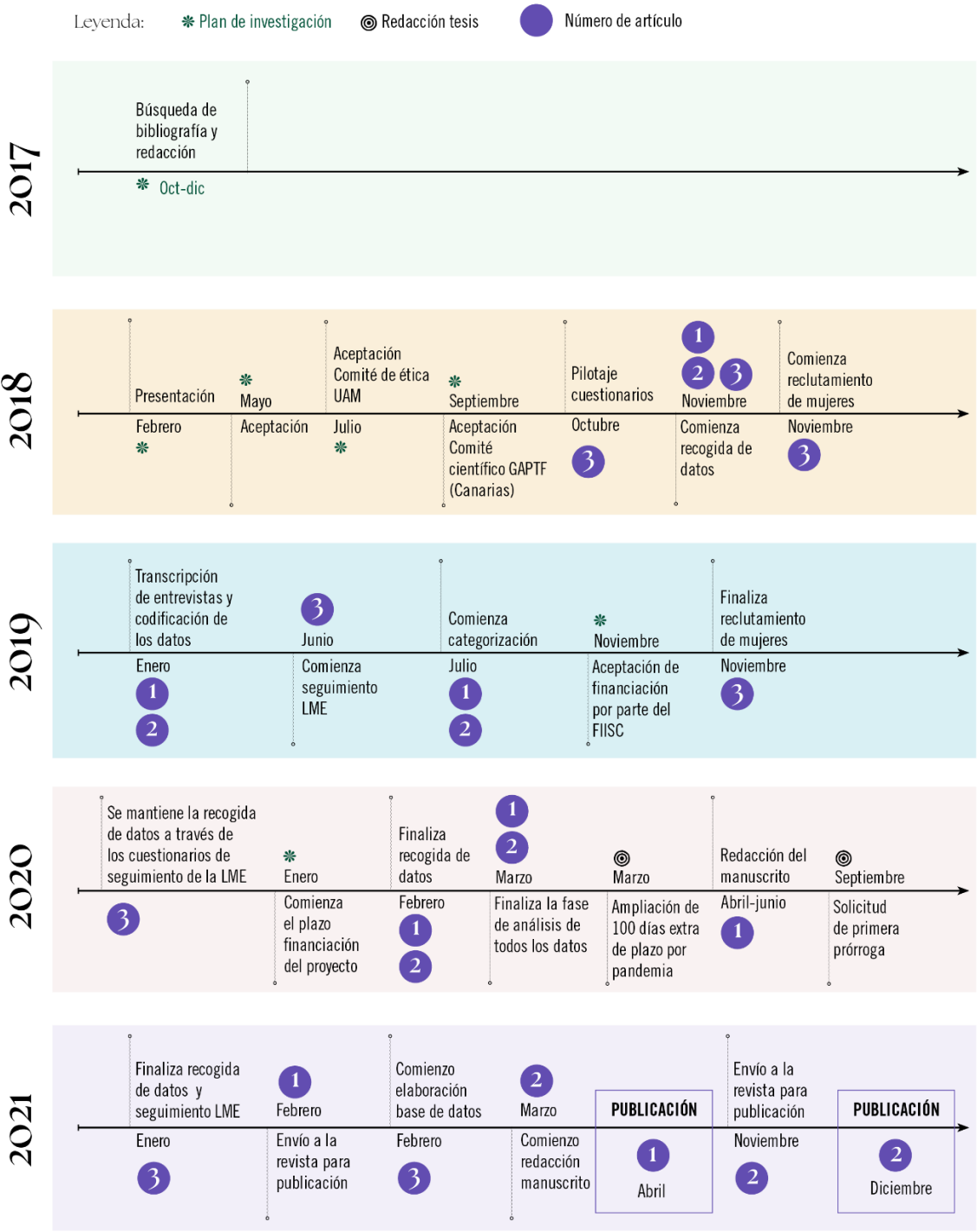
Durante el desarrollo de esta investigación, la doctoranda ha compaginado su labor científica con su actividad asistencial como matrona en AP en Tenerife, circunstancia que, por un lado, facilitó el contacto directo con las participantes y contribuyó al desarrollo de ambas investigaciones, pero que, por otro, ha prolongado el tiempo de realización de esta.

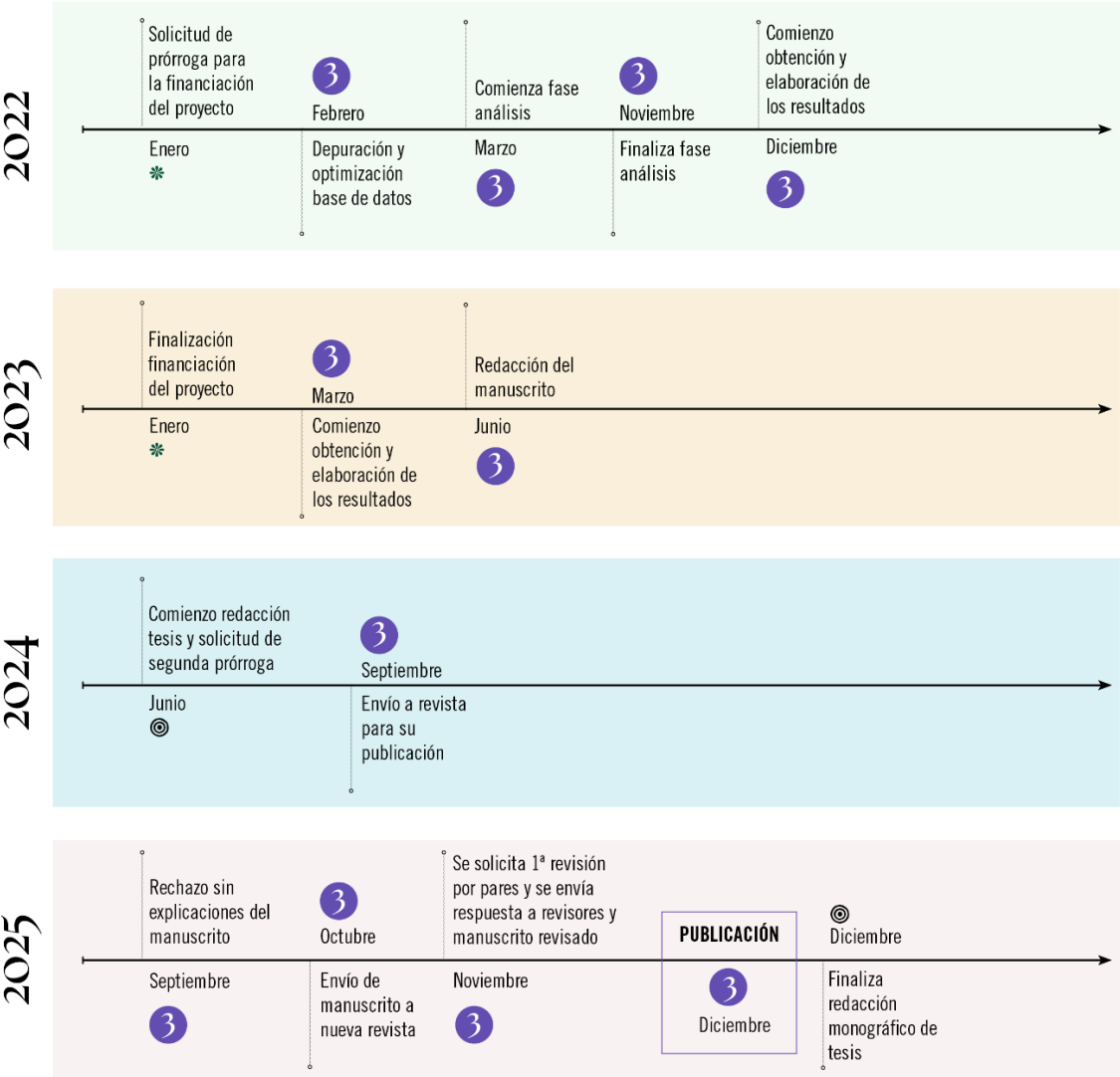
Los dos estudios (cualitativo y cuantitativo) que conforman esta tesis doctoral se desarrollaron en la isla de Tenerife y dieron lugar a la elaboración de tres artículos científicos que integran el cuerpo principal del presente trabajo. La elección de este contexto geográfico respondió a la ubicación de la doctoranda durante el periodo de realización de la investigación, lo que favoreció la viabilidad y el acceso al campo de estudio.

CRONOGRAMA EXPLICATIVO SOBRE EL DESARROLLO DE LA TESIS DOCTORAL

En la **Figura 1** se expone el cronograma que explica el desarrollo de esta tesis doctoral en relación a la obtención de los siguientes documentos: plan de investigación, elaboración de los artículos que la conforman en base a los objetivos propuestos, y la redacción monográfica de la propia tesis. Y, a continuación, se describen actividades de formación e investigación complementarias a la realización de la tesis doctoral.

Figura 1. Cronograma explicativo sobre el desarrollo de la tesis doctoral





Elaboración propia.

ACTIVIDAD INVESTIGADORA DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA TESIS

FORMACIÓN ESPECÍFICA EN LACTANCIA MATERNA

2018	Curso <i>online</i> : «Lactancia materna»	Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) (08/01/2018-30/06/2018)
2018	Curso presencial: «Lactancia materna para profesionales de la salud. IHAN. UNICEF»	Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias. GAPTF. SCS (12/12/2018-14/12/2018)
2023	Curso presencial: «Diagnóstico y orientación al tratamiento de las alteraciones de la lactancia materna»	GAPTF. SCS (27/10/2023-15/12/2023)

FORMACIÓN RELACIONADA CON LA TESIS DOCTORAL

2021	Curso online: «Metodología de la investigación aplicada a los cuidados de salud»	Investén-ISCIII (11/01/2021-27/06/2021)
2021	Curso online: «Escritura y divulgación científica en cuidados de salud»	Investén-ISCIII (06/09/2021-31/10/2021)
2022	Curso online: «Búsquedas bibliográficas genéricas y práctica basada en la evidencia»	Investén-ISCIII (28/03/2022-20/05/2022)
2022	Curso online: «Curso completo de SPSS de la A a la Z»	Udemy (29/01/2022-23/08/2022)
2024	Curso online: «Investigación doctoral e Inteligencia Artificial»	Actividad formativa transversal interuniversitaria organizada por las Escuelas de Doctorado de las Universidades UAH, UAM, UCM, UPM y URJC (20/06/2024-20/06/2024)
2025	Curso online: «Investigación doctoral y publicación en acceso abierto»	Actividad formativa transversal interuniversitaria organizada por las Escuelas de Doctorado de las Universidades UAH, UAM, UCM, UPM y URJC (04/02/2025-04/02/2025)
2025	Curso online: «Doctorarse en tiempos digitales: escritura, comunicación y cuidado académico»	Actividad formativa transversal organizada por la Escuela de Doctorado de la UAM; Facultad de Ciencias de la UAM, enmarcada dentro de la Semana del Doctorado (26/05/2025)
2025	Ciclo de conferencias presencial: «Divulgación, comunicación y responsabilidad social en la investigación»	Escuela de Doctorado de la Universidad Miguel Hernández de Elche (UMH) (09/07/2025-11/07/2025)

ASISTENCIA A JORNADAS Y CONGRESOS

2018	II Jornadas de Actualización en Lactancia Materna	Paraninfo-Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; Comité de Lactancia Insular del Hospital Materno Infantil reconocido por la IHAN (03/05/2018-04/05/2018)
2025	1.º Congreso Internacional de Psiperinatalidad 2025 (online)	Conecta Perinatal y ASMI WAIMH-España (20/02/2025-22/02/2025)

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

2020	Comunicación oral: «Barreras y facilidades de la lactancia materna exclusiva en Tenerife (Canarias, España)»	XXIV Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados- Investén. II Jornada Doctorandos Investén (09/11/2020-13/11/2020)
2021	Comunicación oral: «Barriers and facilitators for exclusive breastfeeding of Health System and policies according to Primary Care midwives in Tenerife (Canary Islands, Spain)»	2nd PhD Research Symposium in Health Sciences and Biomedicine. UAM (21/05/2021-21/05/2021)
2023	Presentación póster: «Factores que influyen en la lactancia materna exclusiva en la estancia hospitalaria tras el parto en Tenerife (España)»	I Congreso Internacional Multidisciplinar de Estudiantes de Doctorado en la Universidad de La Laguna (Tenerife) (22/03/2023-24/03/2023)
2024	Comunicación oral: «Barreras y facilitadores de la lactancia materna exclusiva durante el primer mes de vida en un centro de salud de Tenerife (España)»	IV Congreso Anual Internacional de Estudiantes de Doctorado. UMH (01/02/2024-02/02/2024)
2024	Presentación póster. Premio al mejor póster presentado por una matrona. «¿Qué factores se asocian a la lactancia materna exclusiva a los 4 meses en Tenerife?»	XII Congreso Español de Lactancia Materna de la IHAN (Gran Canaria). IHAN-España (18/04/2024-24/04/2024)

o. INTRODUCCIÓN



0.1. MARCO CONCEPTUAL: LACTANCIA MATERNA Y LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Los seres humanos, como especie mamífera, se caracterizan por la capacidad biológica de alimentar a sus crías mediante la LM, proceso a través del cual la madre proporciona leche producida por las glándulas mamarias para satisfacer las necesidades nutricionales y fisiológicas del recién nacido/a (Bruckmaier y Zinn, 2023). La LME se define como el tipo de alimentación en la que el/la lactante recibe únicamente leche materna, ya sea directamente del pecho, extraída o proveniente de nodriza, sin la adición de ningún otro alimento o líquido, ni siquiera agua. No obstante, se permite la administración de medicamentos, vitaminas, minerales o sales de rehidratación oral, siempre que sean suministrados en gotas o jarabe (OMS, 2009). La OMS recomienda mantener la LME durante los primeros 6 meses posteriores al nacimiento y continuar con la LM complementada con otros alimentos hasta, al menos, los 2 años de edad (OMS, 2021). Esta recomendación se basa en los numerosos beneficios que la LM ofrece para la salud de la madre y su bebé.

0.2. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA Y DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA PARA LA SALUD MATERNO-INFANTIL, COMUNITARIA Y AMBIENTAL

En el caso de la salud infantil, la leche materna favorece la biodisponibilidad de nutrientes (lípidos y proteínas) y promueve la conformación de la microbiota intestinal. Además, contiene elementos bioactivos con efectos antiinflamatorio y protector frente a enfermedades, como son los anticuerpos, oligosacáridos, lactoferrina, agentes antiinfecciosos y células madre, entre otros (Froñ y Orczyk-Pawilowicz, 2024; Hossain y Mahrshahi, 2022), capaces de reducir la probabilidad de desarrollar enfermedades no transmisibles (Gialeli *et al.*, 2023). Algunos de esos componentes tienen repercusión en la programación epigenética, impactando en la expresión de sus genes sin alterar la secuencia del ADN, pudiendo moldear la salud y neurodesarrollo de los/las lactantes a largo plazo. La leche materna se caracteriza por sus propiedades dinámicas, lo que permite adaptarse a las necesidades individuales del/la lactante en cada etapa de su crecimiento y desarrollo (Wu *et al.*, 2018). Esto significa que el cuerpo de la madre, a través de las glándulas mamarias, ajusta la cantidad de agua, grasa, proteínas, hormonas y anticuerpos en respuesta a señales que recibe durante la LM, como la saliva del/la bebé, la frecuencia de las tomas y su estado de salud (Nussbaum y Kim-hellmuth, 2024). Esta capacidad de

adaptación contribuye de forma sustancial a la eficacia de la LME en la protección frente a infecciones gastrointestinales y respiratorias (Hossain y Mahrshahi, 2022). Cuanto más prolongado sea el periodo en que el/la lactante reciba únicamente leche materna, sin la introducción de otros alimentos, hasta el límite recomendado de los 6 meses, más favorable será la maduración de su sistema inmunitario y el desarrollo de una microbiota intestinal equilibrada, desempeñando ambos procesos un papel fundamental en la reducción de la morbilidad y la mortalidad infantil (Froñ y Orczyk-Pawilowicz, 2024; Gialeli *et al.*, 2023; Hossain y Mahrshahi, 2022). Es así como la LME se asocia durante los primeros 6 meses de vida con una mayor supervivencia infantil a nivel mundial (Christian *et al.*, 2021), siendo un elemento esencial para el crecimiento y el desarrollo infantil (Kramer y Kakuma, 2004).

Entre estos beneficios, destacan también aquellos que tienen que ver con el propio acto de amamantar y los procesos fisiológicos involucrados en la LM (Gartner *et al.*, 2005). Un ejemplo de ello es la succión del/la bebé al pecho materno, la cual puede ser nutritiva, orientada a la obtención de alimento, o no nutritiva, proporcionando un efecto calmante y favoreciendo la regulación del estrés (Guido-Campuzano *et al.*, 2012; Sadoun *et al.*, 2024). Ambas son igual de importantes para estimular el pecho y mantener la producción de leche. Esto justifica que la LM sea a demanda, lo que significa que el/la bebé autogestiona las veces que se prende al pecho y el tiempo que necesita; de esta forma se regula el estrés y el apetito aprendiendo a equilibrar los procesos de saciedad y hambre (Bergman, 2019; OMS y UNICEF, 2018; Vandyousefi *et al.*, 2022). Por ello, uno de los beneficios a largo plazo de la LM es que reduce las probabilidades de padecer sobrepeso u obesidad en la edad adulta (Lessa Horta *et al.*, 2023). En continuidad con estos procesos, la LM de forma directa al pecho requiere de movimientos coordinados en los que están involucrados su lengua, mandíbula y labios. Estos movimientos son fundamentales para una succión-deglución adecuada y eficaz. Este acto es considerado la primera ortodoncia, ya que la LM directa al pecho influye en el correcto desarrollo orofacial infantil, tanto óseo como muscular, previniendo maloclusiones dentales posteriores (Lima França *et al.*, 2020; Guzmán Baquedano *et al.*, 2025; López Rodríguez, 2016). Además de estos aspectos motores y funcionales, el amamantamiento implica un contacto estrecho que activa diversos mecanismos de supervivencia en el/la bebé, favoreciendo la regulación de la temperatura corporal, el metabolismo y la adaptación a los ritmos diurnos (Brahm y Valdés, 2017; Pérez-Escamilla *et al.*, 2023).

Es así como el acto de amamantar genera beneficios que van más allá de la transferencia de leche (Pérez-Escamilla *et al.*, 2023), pues la LM también favorece la

interacción y el fortalecimiento del vínculo entre la madre y su bebé, permitiendo así la liberación de hormonas importantes para su adecuado funcionamiento. La LM es única, óptima e incomparable a otras formas de alimentación (Bode *et al.*, 2020; Christian *et al.*, 2021).

Por otra parte, la LM también confiere ventajas para la salud materna (Victora *et al.*, 2016). A corto plazo, favorece la pérdida del peso ganado durante la gestación por parte de la madre. Esto se debe a que durante la LM se incrementa el gasto energético y se produce una movilización de las reservas lipídicas acumuladas en el embarazo, lo que contribuye a la reducción del tejido adiposo (Dellapiana *et al.*, 2024; Novillo-Luzuriaga *et al.*, 2019). Estos cambios en la composición corporal de las madres se asocian con un menor riesgo de sobrepeso, obesidad y con una menor probabilidad de desarrollar diabetes tipo II y enfermedades cardiovasculares (Aguilar Cordero *et al.*, 2015, 2016; Martínez-Hernández y García-Sánchez, 2022). A ello se suma que la LM favorece la recuperación posparto gracias a la liberación de oxitocina, hormona que estimula el reflejo de eyección de la leche y produce la contracción uterina, lo que reduce el riesgo de hemorragia posparto. A su vez, el aumento de los niveles de prolactina liberada durante el periodo de LM puede retrasar la ovulación y el retorno de la menstruación. Este efecto fisiológico constituye la base del denominado método anticonceptivo de amenorrea de la lactancia. No obstante, su eficacia anticonceptiva solo es elevada cuando se cumplen estrictamente las condiciones de LME, a demanda y durante los primeros 6 meses, por lo que no se considera un método anticonceptivo fiable en la práctica clínica habitual (Ramírez Carmona *et al.*, 2019; van der Wijden y Manion, 2015). Además, a largo plazo, la LM se asocia con una reducción del riesgo de cáncer de mama y de ovario (Ramírez Carmona *et al.*, 2019; Walters *et al.*, 2019). Aunque se desconocen los mecanismos biológicos implicados en la prevención del cáncer de mama en relación a la LM, se baraja la hipótesis de que la LM induce cambios hormonales y estructurales en el tejido mamario que pueden contribuir a disminuir el riesgo de transformación maligna. Además, al reducir el número total de ciclos menstruales debido a esa amenorrea, se limita la exposición a hormonas como los estrógenos, asociadas con un mayor riesgo de cáncer de mama (Anstey *et al.*, 2017).

Estas ventajas no solo repercuten positivamente en la salud física de las madres al prevenir enfermedades, sino que también impactan en su esfera profesional. Las mujeres que mantienen un mejor estado físico y emocional tienden a mostrar una mayor capacidad de rendimiento, lo que podría traducirse en una mayor eficiencia y productividad, así como en una disminución del absentismo laboral (Grande y Román, 2024; Liga de La Leche Argentina y UNICEF Argentina, 2023).

Los beneficios de la LM, además de ser plausibles en lactantes y madres, tienen una repercusión a nivel social. Su contribución a la reducción de la morbilidad materno-infantil se refleja en un menor uso de los servicios sanitarios, incluyendo ingresos hospitalarios, consultas médicas y tratamientos, lo que se traduce en un importante ahorro económico para los sistemas de salud (Rollins *et al.*, 2016; Walters *et al.*, 2019). Estos efectos, junto con otros beneficios a corto y largo plazo ampliamente documentados en la reducción de la morbilidad infantil global, justifican por sí mismos la promoción y protección de la LM (Kramer y Kakuma, 2012; Victora *et al.*, 2016; OMS, 2023).

Adicionalmente, además del impacto sanitario y económico, la LM ofrece relevantes beneficios desde el punto de vista ambiental. Su producción no genera residuos ni emisiones contaminantes, no requiere envases ni transporte, y por tanto constituye una práctica respetuosa y sostenible con el medio ambiente (Reyes Vázquez y Espejel-Huerta, 2021; Rollins *et al.*, 2016). En comparación con la LM, la leche de fórmula demanda procesos industriales intensivos que implican un elevado consumo de agua y energía, gasto de combustibles fósiles y la fabricación de envases para su conservación y distribución. Estos procesos generan residuos y emisiones de gases de efecto invernadero que favorecen el cambio climático (Reyes Vázquez y Espejel-Huerta, 2021; Rollins *et al.*, 2016). En este sentido, la LM contribuye a la salud del planeta al reducir la huella de carbono asociada a la producción de leches artificiales y mitigar los efectos del cambio climático (Smith *et al.*, 2024).

En coherencia con esta evidencia y con los beneficios expuestos (sanitarios, económicos y ambientales), la OMS estableció en 2014 el objetivo mundial de que al menos el 50 % de lactantes sean alimentados con LME durante los primeros 6 meses de vida, dentro de las Metas Globales de Nutrición para 2025 (OMS, 2014a). En octubre de 2025, tras la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud se publicó una actualización de esas metas, en la que los Estados miembros acordaron elevar la meta al 60 % y extender el plazo hasta 2030 (OMS y UNICEF, 2025).

0.3. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA MUNDIAL Y DEL CONTEXTO ESPAÑOL

Sin embargo, a pesar de ese compromiso internacional (OMS y UNICEF, 2025), las tasas mundiales de lactantes alimentados con LME a los 6 meses se sitúan en torno al 48 %. Cabe destacar que existen notables desigualdades regionales con ausencia de datos específicos sobre la zona de Europa occidental, lo que podría

modificar las estimaciones globales (UNICEF, 2025; OMS y UNICEF, 2025) (Figura 2).

Figura 2. Porcentaje de lactantes de 0 a 5 meses alimentados exclusivamente con leche materna, por país y región de UNICEF (2023).

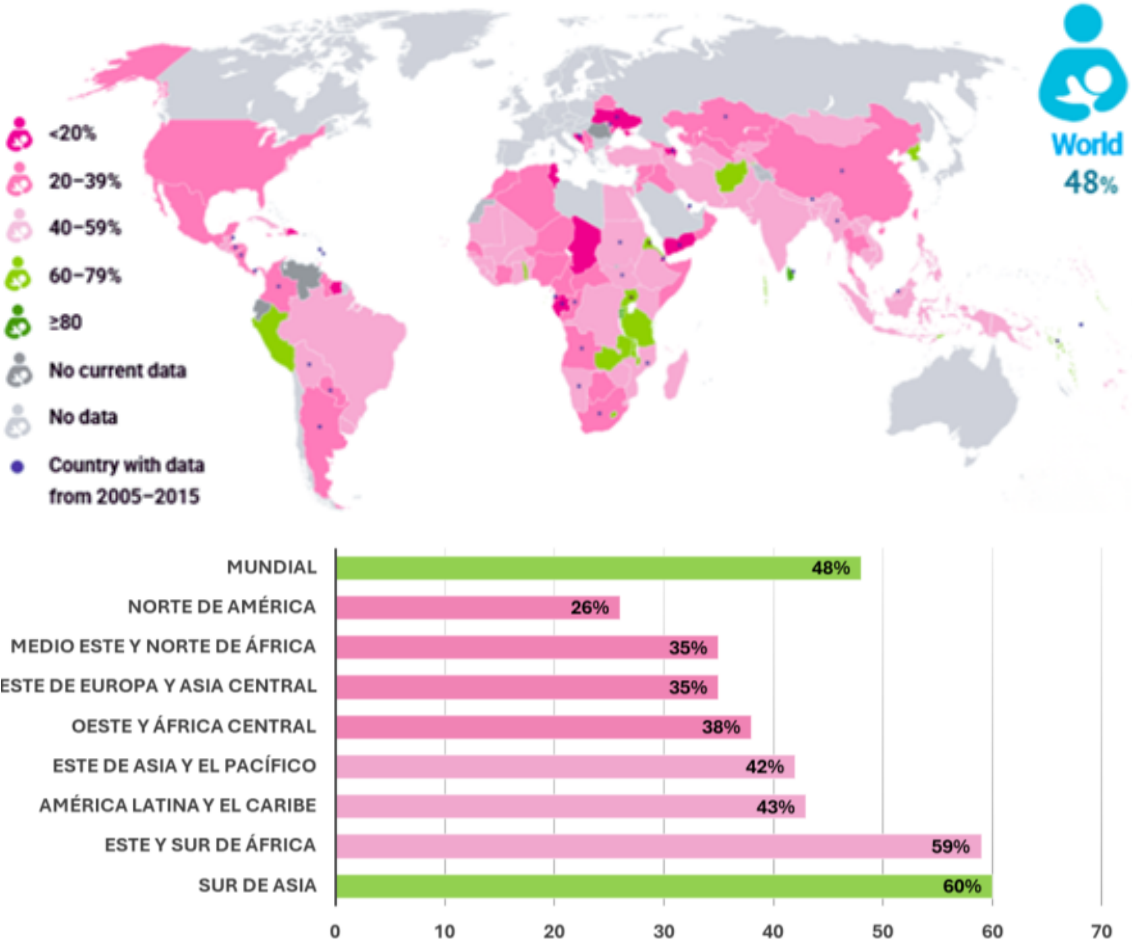


Gráfico de barras traducido. Los países con datos antiguos, entre 2005 y 2016, no están incluidos en los agregados regionales o mundiales. Los países sombreados en gris oscuro tienen estimaciones de 2004 o anteriores y tampoco se incluyen en los totales regionales o globales. Fuente: UNICEF Data (2025). *Breastfeeding*. Recuperado de <https://data.unicef.org/topic/nutrition/breastfeeding>

En el contexto español, la última Encuesta Nacional de Salud (2023) reporta una tasa de LME a los 6 meses del 47 %, lo que representa un aumento de 8 puntos porcentuales respecto a la encuesta de 2017 (39 %) (Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística, 2025). En el caso de la comunidad autónoma de Canarias, no se dispone de datos específicos sobre las tasas de LME a los 6 meses ni, en particular, de la isla de Tenerife. Los únicos datos disponibles proceden del Instituto Canario de Estadística (ISTAC, 2021), si bien corresponden al periodo de 3 a 6 meses (no a los primeros 6 meses de vida), por lo que no se pueden comparar con las estimaciones globales. Aunque los niveles de LME presentan variaciones

territoriales, la literatura ha identificado una serie de factores que podrían contribuir a explicar estas cifras.

0.4. DETERMINANTES DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA: REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA ACTUAL

En esta línea, la OMS y UNICEF han señalado cuáles podrían ser los determinantes del abandono o interrupción de la LME. Entre ellos destacan la falta de apoyo a las mujeres trabajadoras, la ausencia de permisos de maternidad remunerados y de condiciones laborales adecuadas. También identifican como barrera la promoción engañosa de fórmulas infantiles que ha normalizado su uso pese a ser menos saludables, la insuficiente capacitación de las profesionales sanitarias para orientar y apoyar a las madres, las prácticas hospitalarias inadecuadas (separar al/la recién nacido/a o retrasar la primera toma) y la falta de inversión en políticas y recursos que garanticen una atención continua y de calidad para las madres lactantes (OMS y UNICEF, 2025).

Diversos artículos han señalado que las madres abandonan la LME debido a la aparición de dolor, grietas y percepción materna de leche insuficiente (Mohebbati *et al.*, 2021; Ortega Moreno *et al.*, 2020; Rosada Navarro *et al.*, 2019). Por otro lado, la falta de apoyo del entorno cercano, tanto de la pareja como de la familia, dificulta su mantenimiento (Blanco y Otero García, 2022). Uno de los momentos más críticos para el éxito de la LME se sitúa en los primeros días tras el parto, etapa en la que la falta de apoyo y de formación adecuada por parte de profesionales de la salud puede obstaculizar su instauración (González Vereda *et al.*, 2019). Las prácticas y recomendaciones sanitarias no basadas en la evidencia, como la separación madre-bebé y la oferta indiscriminada de tetinas, limitan el inicio precoz de la LME y reducen sus probabilidades de continuidad (Buccini *et al.*, 2016; Martín-Ramos *et al.*, 2024; Santacruz-Salas *et al.*, 2020). Otro momento clave se produce con la reincorporación laboral de la madre, habitualmente condicionada por la duración insuficiente de los permisos de maternidad (Campiño Valderrama y Duque, 2019; Vila-Candel *et al.*, 2019). Estas barreras son recurrentes en diferentes contextos internacionales, aunque su magnitud y naturaleza dependen en gran medida de las políticas públicas implementadas en cada país en materia de maternidad, infancia y LM (Marí-Klose *et al.*, 2022; Spijker, 2020). Además, la pandemia por covid-19 provocó cambios relevantes en la organización social, el funcionamiento del sistema sanitario y las dinámicas laborales, afectando directamente en las prácticas de la LM, planteando nuevos retos para las madres (Loezar-Hernández *et al.*, 2023a; Whyte *et al.*, 2024).

0.5. MEDIDAS PARA PROMOVER Y CONSOLIDAR LA LACTANCIA MATERNA Y LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

0.5.1. Iniciativas y recomendaciones internacionales

Debido a las bajas tasas de LME globales y teniendo en cuenta los determinantes de abandono, la OMS, UNICEF y diferentes organizaciones han unido esfuerzos para promoverla, proponiendo iniciativas, recomendaciones y estrategias con carácter internacional que permitieran aumentar los índices de LME a nivel global (Blázquez García, 2006; OMS y UNICEF, 2025). La preocupación por el aumento de la mortalidad de lactantes alimentados con leche de fórmula en todo el mundo promovió que pequeñas organizaciones y activistas se alinearan para conseguir un objetivo común: luchar por la protección y apoyo de la LM, dando lugar a la International Baby Food Action Network (IBFAN, s. f.).

Las recomendaciones más recientes para mejorar esta situación, publicadas en 2025, proceden de la OMS y UNICEF, que han propuesto una serie de medidas internacionales dirigidas a aumentar las tasas de LME a los 6 meses y a reducir la morbilidad materno-infantil a nivel mundial (OMS y UNICEF, 2025). Estas medidas se basan en mejorar la financiación para elevar las tasas de LM desde el nacimiento hasta los 2 años; mejorar el acceso a asesoramiento especializado en LM como parte de políticas y programas integrales de LM en los CS; aplicar el CICSML mediante medidas legales sólidas; fortalecer los vínculos entre los CS y las comunidades, y fomentar redes comunitarias que protejan, promuevan y apoyen la LM; reforzar los sistemas para monitorizar el seguimiento del progreso de las políticas, los programas y la financiación, que permitan alcanzar los objetivos nacionales y globales; promover permisos parentales remunerados y políticas laborales en favor de la LM, protegiendo la maternidad; e implementar los Diez Pasos para una Feliz Lactancia Natural de la BFHI, refiriéndose al importante papel del sistema sanitario y profesionales de la salud en la promoción y protección de la LM (OMS y UNICEF, 2025).

Estas recomendaciones actualizadas parten de iniciativas y documentos ya elaborados anteriormente. Ejemplo de ello es el CICSML, aprobado por la OMS y UNICEF en 1981. Este documento recoge recomendaciones encaminadas a regular y controlar el mercado y publicidad de leches de fórmula, biberones y tetinas. Su objetivo principal es proteger la LM y fomentar la alimentación saludable en lactantes e infantes (OMS, 2017). En España se empezó a regular en 1998 dentro del Real Decreto 72/1998 sobre la reglamentación técnico-sanitaria específica de los

preparados para lactantes y preparados de continuación. En 2008 fue derogado y sustituido por el Real Decreto 867/2008, el cual regula desde entonces la comercialización de preparados y productos de alimentación infantil en España.

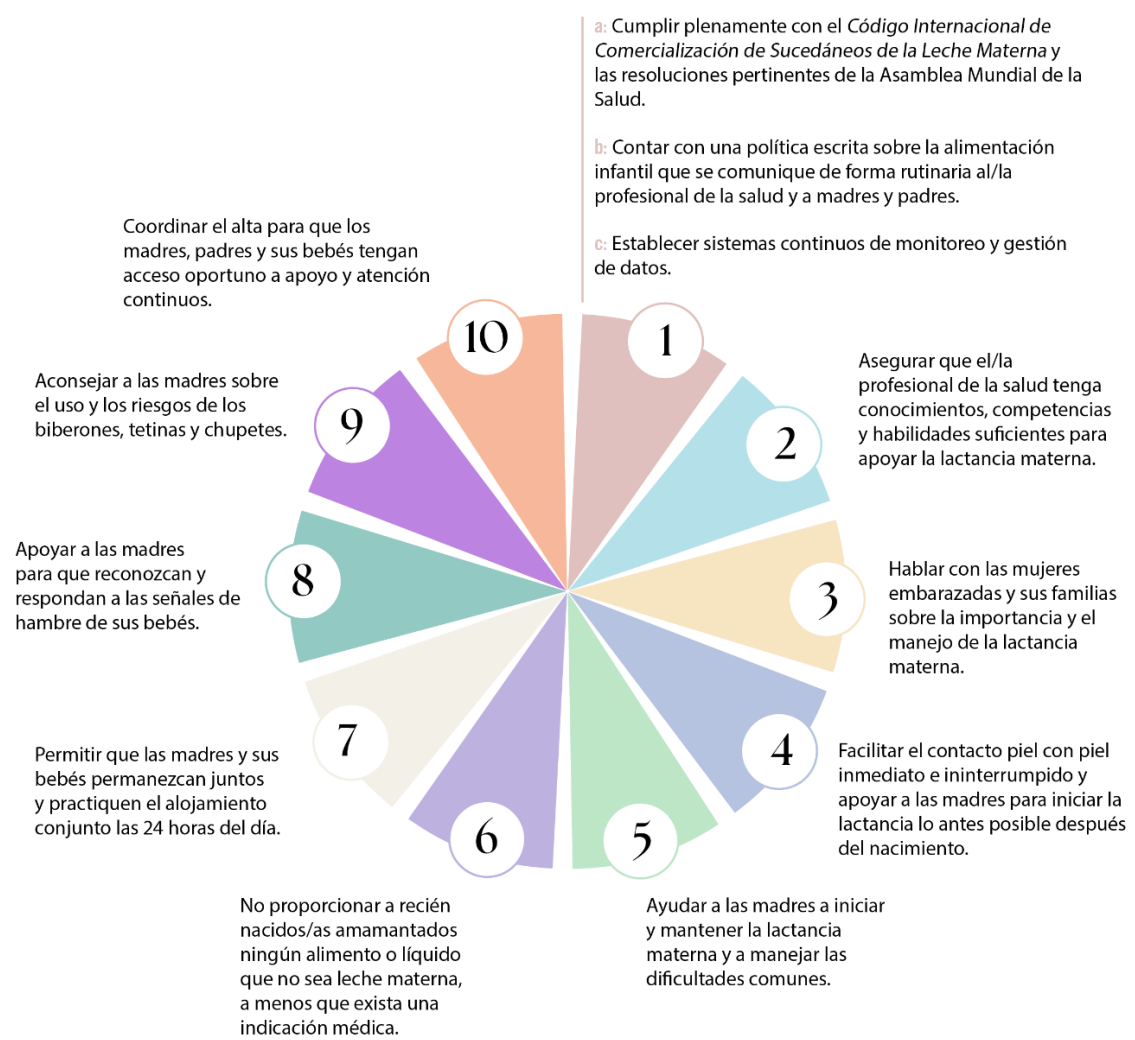
0.5.2. Estrategias institucionales en hospitales y centros de salud

En 1992, la OMS y UNICEF lanzaron la BFHI para mejorar las prácticas de los hospitales en torno a la atención al parto, mejorando el inicio de la LM. Los Diez Pasos para una Feliz Lactancia Natural comenzaron a mencionarse en la Declaración de Fortaleza y la Declaración de Innocenti (OMS y UNICEF, 1990). Esta iniciativa fue autorizada por España en 1995. El acrónimo BFHI se tradujo del inglés literalmente como Iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños (IHAN), pero no fue aceptado por la comunidad pediátrica. Por ello se modificó como Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia, hasta que finalmente se introdujo el término IHAN como nombre propio. Desde 2004 existe un Convenio Marco entre el Ministerio de Sanidad, UNICEF y la OMS para introducir la estrategia IHAN con el objetivo de promover la LM y el parto humanizado en las instituciones sanitarias, publicado por la Resolución de 12 de septiembre de 2024, de la Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud. En 2007, la colaboración entre el Ministerio de Sanidad, UNICEF y la OMS se reforzó mediante la integración de la IHAN en la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) del Observatorio de Salud de la Mujer (OSM), del Sistema Nacional de Salud (SNS, 2007) y de la colaboración en proyectos de formación (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). En 2010 se amplió al ámbito perinatal denominándose Estrategia al Parto Normal y a la Salud Sexual y Reproductiva. Esta estrategia ha permitido la elaboración de Guías de Práctica Clínica: sobre la atención al parto normal (2010) y sobre la LM (2017) (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal, 2010; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna, 2017).

Actualmente, la estrategia IHAN, como garantía de calidad de los cuidados en torno al parto y la LM, es una iniciativa internacional impulsada por la OMS y UNICEF, gestionada en España por una organización sin ánimo de lucro (IHAN, s. f.a; OMS y UNICEF, 2021). Está constituida por asociaciones científicas y comunitarias relacionadas con la protección de la salud materno-infantil. Su objetivo es estimular a profesionales de la salud para promover prácticas que protejan, fomenten y apoyen el parto humanizado y la LME desde el nacimiento. Su ámbito de actuación son las salas de maternidad y unidades neonatales de atención especializada (hospitales) y los CS, tanto públicos como privados. Esta estrategia

también contempla el cumplimiento del CICSMLM. Para ello, tanto hospitales como centros sanitarios deben aplicar los llamados Diez Pasos para una Feliz Lactancia Natural, como estándar mínimo para evaluar la calidad de los cuidados (Figura 3). Dado que estas recomendaciones se basan en evidencia científica y no en conjeturas, los pasos han sido actualizados de manera continua desde 1989 hasta 2018, incorporando los hallazgos de las investigaciones más recientes (OMS y UNICEF, 2018). La acreditación IHAN se estructura en 4 fases progresivas: Descubrimiento (1D), Desarrollo (2D), Difusión (3D) y Designación (4D) (IHAN, s. f.a).

Figura 3. Diez Pasos para una Feliz Lactancia Natural (revisado en 2018)



Traducción al español de «Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-Friendly Hospital Initiative». Fuente: UNICEF y OMS, 2018.

En relación con el sistema sanitario (OMS y UNICEF, 2025), en la Semana Mundial de la Lactancia Materna (SMLM) de 2025, bajo el lema «Dar prioridad a la lactancia materna: crear sistemas de apoyo sostenibles», la OMS y UNICEF pidieron a los países que aumentaran la financiación de sus sistemas de salud y reforzaran

el acompañamiento a las madres que amamantan. Fortalecer los sistemas de salud para apoyar la LM es necesario, no solo porque mejora la salud, sino también porque es justo y porque resulta económicamente beneficioso. La evidencia científica disponible muestra de manera consistente que la mejora de los indicadores de salud poblacional requiere una inversión sostenida en el fortalecimiento y la capacitación de profesionales de la salud (OMS, 2016). Esta inversión no solo se traduce en un incremento de la calidad asistencial, sino también en una reducción significativa del gasto sanitario y un ahorro económico a largo plazo, además de contribuir al crecimiento del empleo y al fortalecimiento de la economía global (OMS, 2016). En este sentido, la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en un comunicado de prensa, instó en 2016 a los Estados miembros a duplicar el número de puestos de trabajo sanitarios antes del año 2030, subrayando la estrecha relación entre la inversión en salud y el desarrollo económico sostenible.

0.5.3. Rol de las profesionales sanitarias para promover la lactancia materna exclusiva con especial énfasis en las matronas

En el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 y de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, se establece como prioridad garantizar la salud materno-infantil y promover intervenciones eficaces que reduzcan la morbilidad asociada a este grupo poblacional (CEPAL, 2016). En este contexto, y considerando la estimación de vidas que podrían salvarse mediante la mejora de la atención sanitaria a madres y bebés, diversos organismos internacionales reconocen el papel crucial de las matronas¹ en la consecución de dichos objetivos (Nove *et al.*, 2021). La figura de la matrona se define como la profesión sanitaria con competencias específicas para asistir y acompañar a las mujeres a lo largo de todas las etapas de su ciclo vital (Nove *et al.*, 2021; OMS, 2024). La profesión de matrona está reconocida y regulada internacionalmente por la OMS y la Unión Europea (UE), mediante la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, así como representada por la Confederación Internacional de Matronas (International Confederation of Midwives, s. f.). En España, la formación como matrona se obtiene tras completar previamente el título universitario de Enfermería

¹ Se ha optado por el término «matrona» para denominar esta profesión, histórica e intrínsecamente femenina, también cuando la desempeñan hombres. También se ha usado el femenino inclusivo a lo largo de esta tesis doctoral, especialmente en el término «las profesionales sanitarias», puesto que casi el 72 % de las profesionales de la salud son mujeres.

(grado o diplomatura) y posteriormente una especialización de 2 años mediante el sistema de residencia. Sin embargo, las normativas sobre el reconocimiento de cualificaciones profesionales vigentes en el territorio español permiten que también puedan ejercer como matronas las profesionales tituladas como tal en otros países sin que hayan cursado estudios previos como enfermeros/as generalistas (Fernández Martínez *et al.*, 2018).

A partir de esta evidencia, se han propuesto nuevos modelos de atención en los que la matrona actúa como profesional líder y principal proveedora de cuidados para las mujeres y sus recién nacidos/as a lo largo del embarazo, el parto y el posparto. Estos modelos se caracterizan por ofrecer una atención integral, continua y humanizada, que mejora la experiencia materna y perinatal, además de representar una intervención costo-efectiva y adaptable a distintos contextos socioculturales y sanitarios (García-Pintor *et al.*, 2024; OMS, 2024). En España, las matronas de atención especializada desarrollan la mayor parte de su actividad profesional en torno al proceso del parto, mientras que las matronas de AP inician la relación asistencial desde las primeras visitas del embarazo, manteniéndola a lo largo del seguimiento gestacional y del puerperio, tal y como se regula en la Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, del Ministerio de Sanidad y Política Social. Esta continuidad favorece la creación de vínculos de confianza y acompañamiento a las madres y familias a largo plazo (Swert *et al.*, 2019). Asimismo, la continuidad asistencial proporcionada por las matronas de AP se asocia con mejores resultados en la instauración y mantenimiento de la LME durante los 6 primeros meses de vida del/la lactante (García-Pintor *et al.*, 2024; Swert *et al.*, 2019). Esta influencia positiva se relaciona con las funciones educativas y de apoyo que desempeñan las matronas, quienes lideran las sesiones prenatales de educación para la salud, coordinan talleres de LM y ofrecen acompañamiento emocional y técnico a las madres y familias durante todo el proceso reproductivo y de crianza temprana.

1. JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL



La LME constituye una intervención esencial de salud pública, con efectos positivos demostrados en la salud infantil, materna y social. No obstante, alcanzar y mantener tasas óptimas de LME requiere el compromiso coordinado de los sistemas sanitarios y de las profesionales sanitarias implicadas, siendo especialmente relevante el papel de las matronas de AP, cuya labor en acompañamiento, educación y apoyo a las familias resulta determinante.

A pesar de los avances alcanzados, persisten desigualdades significativas en la práctica de la LME según contextos geográficos, sociales y políticos. Esta situación evidencia la necesidad de profundizar en el estudio de sus determinantes y de identificar factores que faciliten o dificulten su implementación.

El presente estudio se centra en la isla de Tenerife (Canarias, España), un contexto particular cuyas características geográficas y demográficas influyen en aspectos clave de la LME, como el acceso y la disponibilidad de los servicios sanitarios y la efectividad de las políticas públicas locales y nacionales en su apoyo y promoción.

A partir de esta realidad, resulta necesario identificar con precisión, mediante el seguimiento a las madres, los factores facilitadores e inhibidores de la LME desde el embarazo hasta los 6 meses posparto, con el fin de orientar intervenciones más efectivas y ajustadas a las necesidades reales de la población.

En este marco, las matronas de AP constituyen un perfil profesional idóneo para ofrecer una visión integral de la situación en la isla, dado su contacto directo y continuado con las madres a lo largo de todo el proceso reproductivo y de crianza temprana.

A partir de este contexto y de la evidencia disponible, la presente tesis doctoral se propone los siguientes objetivos general y específicos.

2. OBJETIVOS



El objetivo general de esta tesis doctoral es identificar y explorar los determinantes que influyen en la LME durante los 6 primeros meses de vida de los/las lactantes en Tenerife (Canarias, España).

Para tal fin, los objetivos específicos planteados fueron:

- Identificar y analizar las barreras y facilitadores para llevar a cabo la LME durante los 6 primeros meses de vida de los/las lactantes desde la perspectiva de las matronas de AP en Tenerife (Canarias, España).
- Identificar los factores inhibidores y protectores de la LME según datos extraídos de las madres de una Zona Básica de Salud (ZBS) del sur de Tenerife (Canarias, España) durante los 6 primeros meses de vida de sus bebés.

3. MARCO TEÓRICO



Esta tesis doctoral se caracteriza por su abordaje metodológico mixto y su enfoque de género, que permiten analizar la LME desde una perspectiva integral sustentada en el modelo biopsicosocial de Sara Velasco (2009) y el modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner (1979, 1987).

En este sentido, la adaptación de este modelo al ámbito de la LM propuesta por Velasco (2009) amplía dicha perspectiva al incorporar los determinantes específicos que condicionan la práctica del amamantamiento, tales como las actitudes maternas, el apoyo profesional y social, las políticas institucionales y los valores culturales asociados al cuidado y a la maternidad. Esta integración teórica permite situar la práctica de la LM como un proceso complejo que trasciende lo puramente biológico. La LM no se limita a una función fisiológica vinculada al cuerpo de la mujer, sino que se configura como una práctica social y contextual influida por factores culturales, institucionales y relacionales. Asimismo, se encuentra atravesada por cuestiones de género, en tanto refleja y reproduce las construcciones sociales sobre la maternidad, el cuidado y los roles asignados a las mujeres dentro de la familia y la sociedad.

A su vez, el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979, 1987) proporciona el marco conceptual que permite comprender la LME como un fenómeno multidimensional influido por distintos niveles de interacción (microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema) en los que confluyen factores individuales, familiares, profesionales, comunitarios y socioculturales.

3.1. MODELO BIOPSIOSOCIAL DE SALUD SEGÚN SARA VELASCO

Sara Velasco (2009) señala que para abordar el proceso de salud y enfermedad se debe llevar a cabo un enfoque de género como herramienta crítica que permita reconfigurar las prácticas sanitarias y las políticas públicas hacia una mayor justicia, equidad y atención centrada en las experiencias reales de las personas. Esta visión choca con la concepción de la salud desde el paradigma tradicional donde la medicina moderna occidental reduce la salud a lo biológico, cuya atención se basa en la cura o tratamiento de la enfermedad por encima de la promoción de la salud. Velasco no solo tiene en cuenta la parte biológica, sino también las dimensiones sociales, culturales y psicológicas que determinan la salud. Esto es así porque considera que los hombres y las mujeres no enferman igual, por lo que se deben tener en cuenta esas diferencias para una atención con enfoque de género que permita la adaptación de la atención sanitaria.

Según Velasco (2009), el proceso de salud y enfermedad se concibe como un fenómeno complejo en el que confluyen 3 esferas interdependientes: la biológica, la social y la psíquica. Estas esferas no actúan de manera aislada, sino que se configuran y se transforman de forma continua a lo largo de la vida. En toda experiencia humana, incluido el proceso de enfermar, se incluyen estas 3 dimensiones de forma simultánea. Desde esta perspectiva, en cada individuo confluyen 3 dimensiones interdependientes que modelan su manera de vivir y experimentar la salud y la enfermedad:

- *Esfera biológica*, se refiere a las características físicas con las que nacemos, haciendo alusión al sexo biológico (macho o hembra) basado en la anatomía y fisiología.
- *Esfera social*, donde tienen lugar las relaciones sociales y el desarrollo de vínculos con otros individuos. En esta esfera se encuentra el género, donde la sociedad es la que organiza, interpreta y da sentido a esas características biológicas. El resultado de esa socialización es el que determina los roles de género entre hombres y mujeres. Por tanto, el género es una construcción social basada en la educación, los valores, la cultura y las normas sociales.
- *Esfera psíquica*, donde interviene la subjetividad de cada individuo, cómo la persona ha interiorizado esos ideales sociales y los ha convertido según sus experiencias vitales. En este sentido entran en juego la feminidad y masculinidad.

Concebir al sujeto como un ser biopsicosocial posibilita que la atención clínica incorpore de manera integral los distintos determinantes de la salud y la enfermedad, abarcando dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. Los factores identificados en las 3 esferas son:

- *Determinantes biológicos*: la salud depende de factores biológicos (como la genética), hábitos personales (como los estilos de vida) y el entorno. El género influye tanto en la vulnerabilidad biológica como en los comportamientos y costumbres sociales, lo que hace que hombres y mujeres se enfrenten de manera diferente a los riesgos para la salud.
- *Determinantes sociales*: las condiciones económicas y sociales influyen en la salud, pero lo hacen de manera desigual entre hombres y mujeres. Las mujeres suelen estar más expuestas a desventajas estructurales (económicas, laborales y culturales), lo que genera peores condiciones de salud y una menor calidad de vida.

- *Determinantes psicosociales*: las situaciones de vulnerabilidad no son estados permanentes, sino procesos sociales y personales que, a lo largo de la vida, aumentan o disminuyen la probabilidad de enfermar. Son experiencias y contextos que moldean la salud de las personas de manera cambiante.
- *Determinantes subjetivos*: se refieren a la dimensión personal y subjetiva de la salud. Cada persona interpreta y vive las experiencias de manera única, lo que hace que su forma de reaccionar o enfermar también sea distinta, incluso si comparte las mismas condiciones. Estas experiencias están atravesadas por factores de género, ya que las normas y expectativas sociales influyen en cómo mujeres y hombres perciben, valoran y comunican su salud, así como en la manera en que buscan y reciben atención sanitaria.

En consecuencia, abordar los procesos de salud de las mujeres desde el modelo biopsicosocial de Velasco (2009) resulta fundamental para superar la visión reduccionista y fragmentada que caracteriza al paradigma biomédico tradicional. En este sentido, el modelo de Velasco (2009) incorpora además una perspectiva de género, al reconocer que las desigualdades estructurales, los mandatos sociales y los roles asignados históricamente a las mujeres condicionan tanto su vivencia corporal como su acceso a la atención sanitaria. Desde esta perspectiva, los procesos vinculados al ciclo vital de las mujeres (menstruación, maternidad, embarazo, LM o menopausia) se conciben como experiencias humanas integrales atravesadas por significados simbólicos, afectivos y sociales, más allá de su dimensión fisiológica. Este modelo permite, por tanto, visibilizar el sesgo androcéntrico y tecnológico de la biomedicina, que ha tendido a patologizar procesos naturales del cuerpo femenino y a intervenirlos mediante estrategias farmacológicas o tecnológicas, ignorando su componente emocional y relacional (Lamas, 2000; Velasco, 2009). Por ello, su aplicación en el estudio y la práctica de la salud femenina promueve un enfoque más humanizado, equitativo y contextualizado, en el que se reconoce la autonomía y la subjetividad de las mujeres como elementos centrales del proceso de salud y enfermedad.

El enfoque biomédico centrado en el varón ha condicionado la comprensión de la LM, relegando sus dimensiones psicológicas y sociales (Fernández Olmos, 2018). Esta visión reduccionista ha favorecido la medicalización del amamantamiento, desplazando los saberes tradicionales y la experiencia subjetiva de las madres frente a discursos técnicos y normativos (Pérez-Escamilla *et al.*, 2023). Asimismo, las prácticas asistenciales derivadas de este enfoque han tendido a limitar la autonomía de las mujeres, reforzando la autoridad médica y desvalorizando los conocimientos comunitarios sobre LM (Velasco, 2009).

En contraposición, el modelo biopsicosocial de Velasco (2009) permite comprender la LM como una experiencia integral, donde confluyen factores biológicos, psicológicos y sociales. En las últimas décadas, la LM ha trascendido su dimensión fisiológica para configurarse como un fenómeno social y cultural, vinculado a los roles de género, las expectativas sociales y los valores culturales que influyen en su vivencia y mantenimiento. Este enfoque posibilita una visión más humanizada, equitativa y contextualizada, centrada en la autonomía y el bienestar de las madres.

3.2. MODELO ECOLÓGICO DE URIE BRONFENBRENNER

Urie Bronfenbrenner (1979, 1987) inició su teoría al preguntarse cómo el entorno natural y las circunstancias físicas (ambientes) que rodean a un individuo influyen en su construcción psíquica y desarrollo psicológico. Por ello, desarrolló la teoría ecológica del desarrollo humano, la cual investiga el proceso de adaptación bidireccional entre el individuo y los entornos dinámicos que le rodean. La percepción del entorno por parte del individuo es cambiante. Los estímulos ambientales provocan respuestas diferentes en el individuo, produciéndose cambios en su conducta de forma individual. Por tanto, la percepción individual del ambiente es lo que determina la conducta del individuo, más que la propia realidad objetiva.

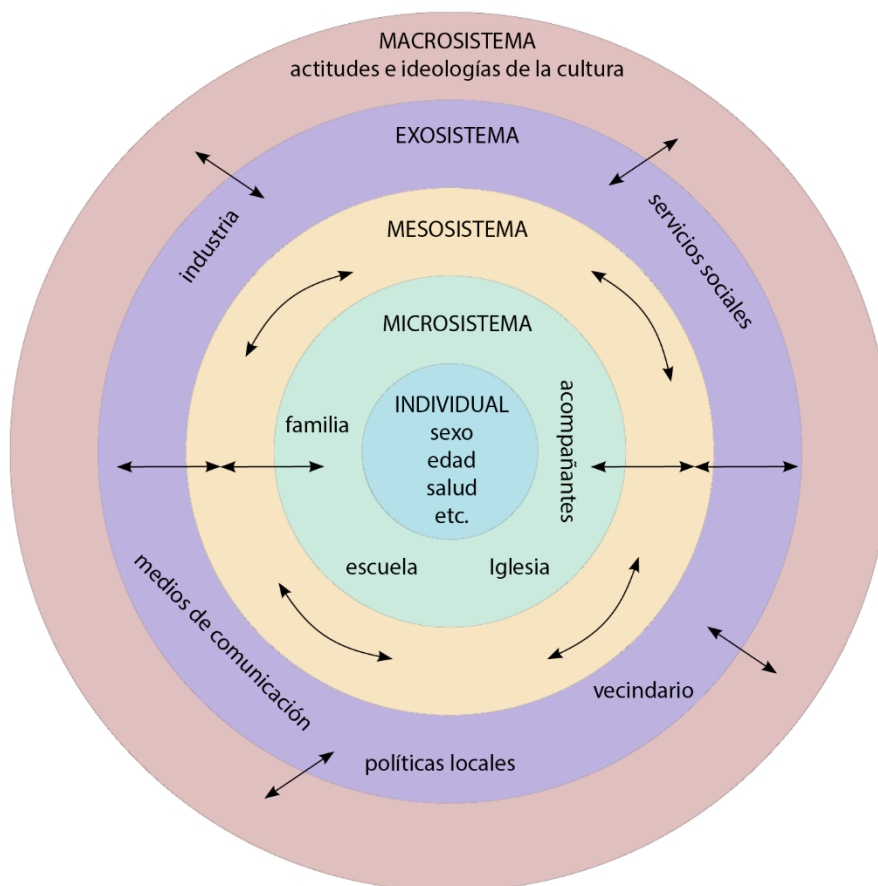
Bronfenbrenner se refiere al entorno o contexto como «ambiente ecológico» y lo define como «un conjunto de estructuras seriadas, cada una de las cuales cabe dentro de la siguiente, como las muñecas rusas». Por ello, la teoría de Bronfenbrenner explica el desarrollo humano en base a la teoría general de sistemas. En el nivel más interno se encuentra el entorno o sistema más cercano e inmediato del individuo. Su desarrollo psicológico tiene lugar tras la interacción del individuo con este sistema. Siguiendo el ejemplo de las muñecas rusas, ese nivel interno no solo está en contacto con el entorno cercano, sino que a su vez está en contacto con otros sistemas más lejanos. La interacción y el grado de participación directa o indirecta del individuo en estos sistemas también va a moldear su desarrollo psicológico.

La teoría original de Bronfenbrenner (1979, 1987) explica 5 sistemas que envuelven al individuo como núcleo primario (**Figura 4**):

- *Microsistema*: este sistema recoge la influencia del entorno más próximo al individuo, como puede ser la familia, la escuela, amistades y compañeros/as de trabajo. En este contexto surgen actividades, roles sociales y relaciones interpersonales.
- *Mesosistema*: se conforma por la interrelación entre dos o más microsistemas en los que el individuo participa de forma activa.

- *Exosistema*: en este sistema los vínculos y procesos se producen entre dos o más microsistemas en los que el individuo no participa directamente, pero cuyas dinámicas o decisiones influyen de forma indirecta sobre él.
- *Macrosistema*: se refiere a la cultura, creencias, valores, costumbres, estilos de vida y oportunidades característicos de cada uno de los sistemas anteriores.
- *Cronosistema*: aborda los cambios que sufren los sistemas anteriores a lo largo del tiempo, tanto a lo largo de la vida del individuo como del contexto histórico.

Figura 4. Modelo ecológico de Bronfenbrenner



Traducción y adaptación propia basada en la representación original publicada en *The Ecology of Human Development* (Bronfenbrenner, 1979).

Bronfenbrenner y Ceci (1993) propusieron una extensión del paradigma ecológico inicial añadiendo la influencia de la genética en el desarrollo humano. Para ello propusieron un modelo bioecológico donde la huella genética se manifiesta y expresa según el ambiente. De tal manera, Bronfenbrenner refinó estos sistemas ecológicos iniciales teniendo en cuenta 4 variables: Proceso-Persona-Contexto-Tiempo

(PPCT), haciendo especial énfasis en los procesos proximales como potencial determinante de la conducta. Los procesos proximales son definidos por Bronfenbrenner como «interacciones recíprocas progresivamente más complejas entre un organismo humano biopsicológico activo y en evolución y las personas, objetos y símbolos en su entorno externo inmediato» (Bronfenbrenner y Morris, 1998, p. 996).

El modelo ecológico de Bronfenbrenner proporciona una visión holística e integral del desarrollo humano, al explicar cómo este se configura a partir de la interacción entre el individuo y los diversos entornos que le rodean. Por su capacidad para integrar múltiples niveles de influencia, se ha consolidado como un marco conceptual de referencia en investigaciones sobre desarrollo infantil, educación, enfermería y psicología. Asimismo, ha constituido la base teórica de numerosos estudios centrados en el análisis del maltrato, la violencia y la salud mental en infantes y mujeres (Olza *et al.*, 2021; Pico-Fonseca y Betancurth-Loaiza, 2021; Snyder *et al.*, 2021; Tiedje *et al.*, 2002).

3.3. ELABORACIÓN Y DESARROLLO DE MARCO TEÓRICO ADAPTADO PARTIENDO DEL MODELO DE VELASCO (2009) Y DEL MODELO DE BRONFENBRENNER (1979, 1987)

La integración y adaptación de ambos enfoques a nuestra investigación permitió diseñar el marco teórico adaptado de esta tesis (Figura 5).

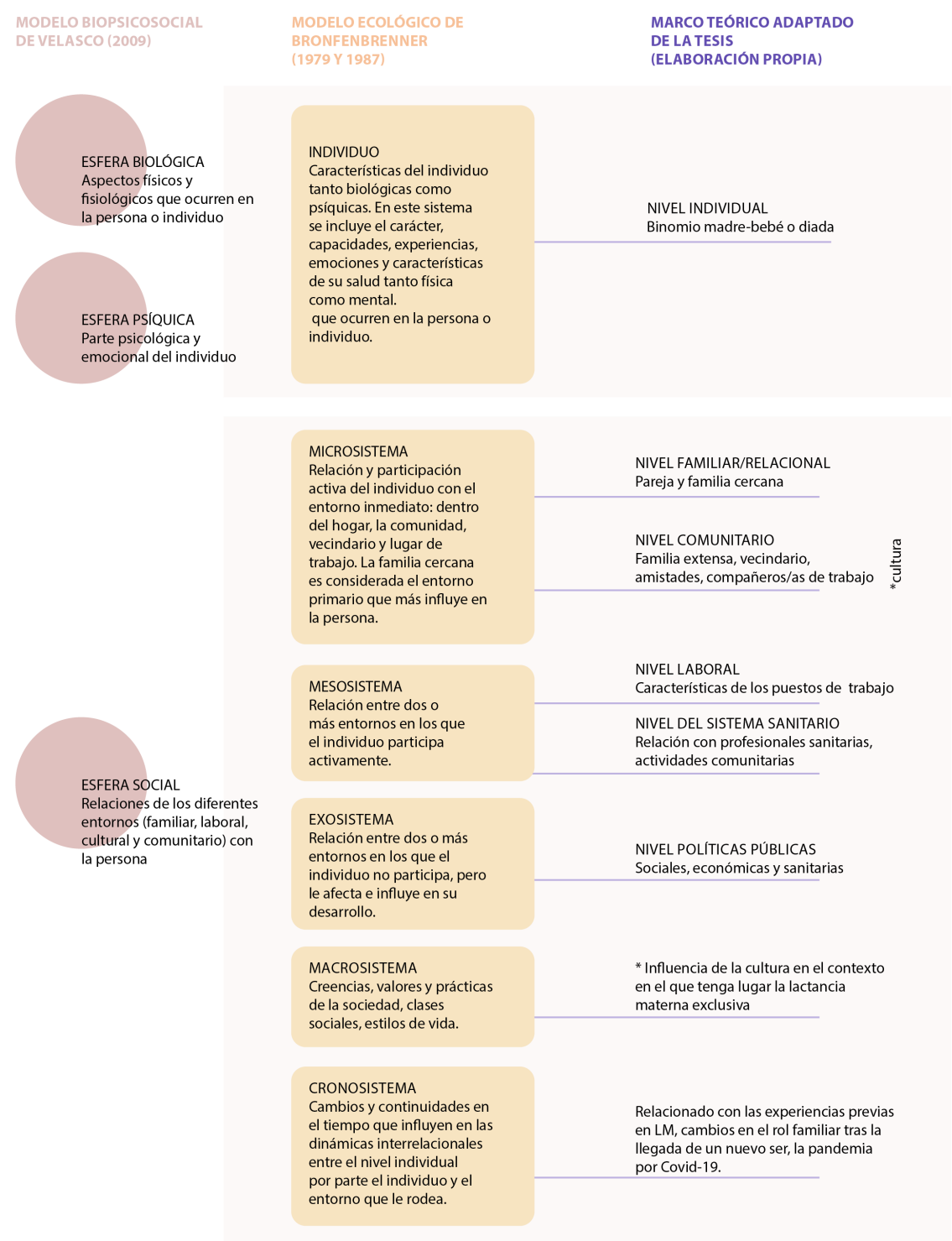
Teniendo en cuenta el modelo biopsicosocial de salud de Velasco (2009), partimos del sujeto individual, que en nuestro caso es el binomio madre-bebé, como parte inseparable donde ambas interactúan física y emocionalmente. Esta díada está compuesta por 3 esferas que interactúan entre sí y con su entorno: biológica, psíquica y social. A partir de esas esferas surgen los determinantes biopsicosociales de salud: lo biológico, lo subjetivo y lo psicosocial. Las esferas biológica y psíquica se describen y desarrollan en el nivel individual de nuestro marco teórico. El resto de los niveles descritos pertenecen a la esfera social desarrollada (Velasco, 2009).

El modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979, 1987) sitúa en su núcleo primario al nivel individual. De acuerdo con el grado de interacción entre el nivel individual y su entorno, así como con la capacidad de influencia recíproca entre ambos, el modelo se estructura en diferentes niveles: microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema y cronosistema. En la Figura 5 se presentan los distintos sistemas

propuestos por Bronfenbrenner (1987), partiendo del nivel individual, que en este caso hace referencia al binomio o díada madre-bebé.

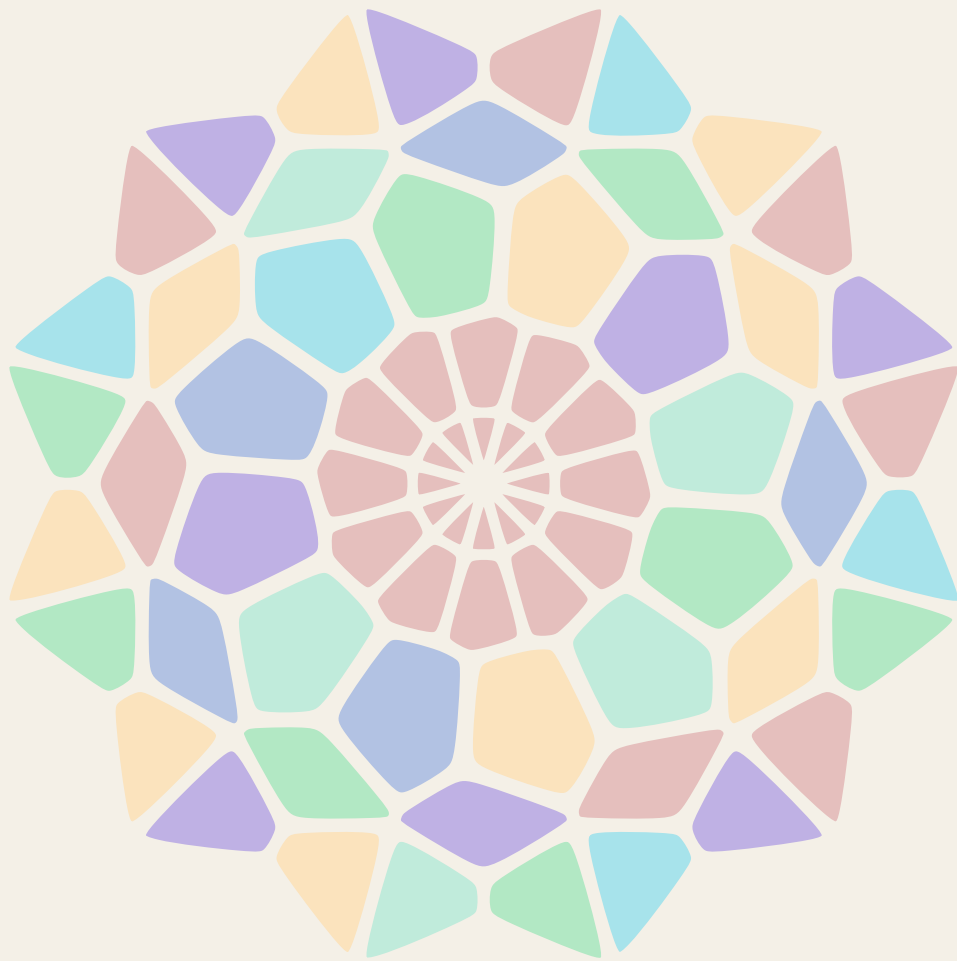
- El sistema más próximo a este nivel es el *microsistema*, conformado por la pareja, la familia cercana, la comunidad vecinal, las amistades y compañeros/as de trabajo. La relación entre el individuo y este sistema proximal es sumamente estrecha, caracterizándose por la existencia de roles y actividades que se establecen de manera bidireccional.
- Por su parte, el *mesosistema* y el *exosistema* representan niveles de interacción más distantes con el individuo, aunque se diferencian entre sí por el grado de participación directa que este tiene en ellos.
- El *mesosistema* abarca contextos como el ámbito laboral y sanitario, en los cuales el individuo participa activamente, aunque desde una posición más distante.
- En contraste, el *exosistema* se configura como un nivel en el que el individuo no interviene directamente, pero que ejerce una influencia indirecta sobre él. Ejemplo de ello son las políticas públicas de carácter social, familiar, laboral, sanitario y económico.
- El *macrosistema* hace referencia al conjunto de valores, creencias, ideologías y pautas culturales que prevalecen en una sociedad y que repercuten de manera global sobre los demás sistemas.
- Finalmente, el *cronosistema* incorpora la dimensión temporal, considerando cómo las interacciones y relaciones entre los diferentes sistemas se transforman a lo largo del tiempo.

Figura 5. Marco teórico adaptado de la tesis doctoral basado en el modelo biopsicosocial de Velasco (2009) y en el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979, 1987)



Elaboración propia.

4. MATERIAL Y MÉTODOS



4.1. CONTEXTO DEMOGRÁFICO

Las islas Canarias constituyen una comunidad autónoma de España situada en el noroeste de África. El archipiélago está formado por 8 islas principales: El Hierro, La Palma, Gran Canaria, Tenerife, La Gomera, Fuerteventura, Lanzarote y La Graciosa.

Tenerife es la isla más poblada de España con 959 189 habitantes (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2024a), de los cuales aproximadamente el 15,6 % son nacidos en el extranjero. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2023, la mayoría de la población extranjera procede de América, especialmente de Venezuela y Cuba, de varios países europeos como Italia, Reino Unido y Alemania, y de África, con presencia de población de Malí, Senegal y Marruecos (INE, 2023b). Se estima que alrededor del 80 % de la población reside en zonas urbanas (INE, 2024b; ISTAC, 2024). Se divide en 31 municipios agrupados en 11 comarcas, distribuidos en zona norte, sur y metropolitana (Figura 6). Sus características demográficas se deben a la limitada expansión del territorio insular, a la dispersión geográfica de su población y al gran desarrollo urbanístico (BOC, 2020; Cabildo de Tenerife, 2018).

Figura 6. Mapa de la isla de Tenerife (Canarias, España)

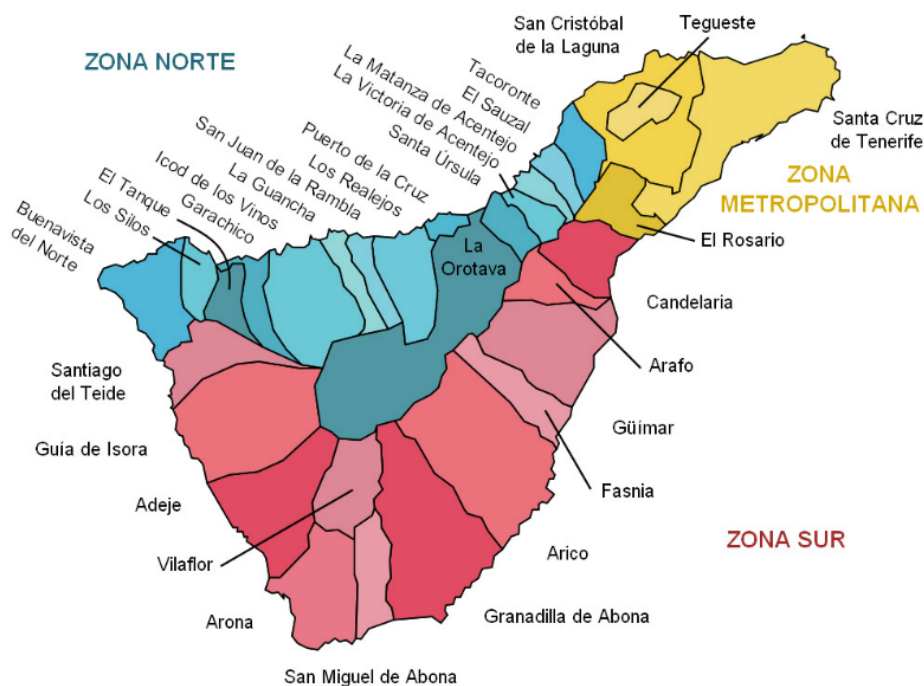


Imagen extraída de: https://es.wikipedia.org/wiki/Archivo:Municipios_y_zonas_de_Tenerife.svg

El número de nacimientos de madres residentes en Tenerife durante el año 2023 fue de 4890 (ISTAC, 2024), la cifra más baja desde 1999. De hecho, las poblaciones tinerfeñas de San Cristóbal de la Laguna y Santa Cruz presentan el promedio más bajo de bebés por mujer con respecto a la media nacional (0,81 y 0,87, respectivamente, frente al 1,19 en España) (INE, 2023a). Tenerife experimenta un envejecimiento moderado de la población debido a la baja tasa de natalidad, a que los/las jóvenes emigran buscando mejores oportunidades laborales o educativas y a la alta esperanza de vida.

El SCS es el organismo encargado de la gestión y administración del Sistema de Salud Pública de Canarias. Depende del Gobierno de Canarias y está sujeto al marco del SNS. La alta dispersión poblacional que presenta Tenerife influye en la organización de sus servicios sanitarios. El Área de Salud de Tenerife cuenta con 39 ZBS con 101 centros asistenciales. Hay 4 hospitales, 6 centros de atención especializada, 39 CS y 62 consultorios locales (Servicio Canario de la Salud, s. f.) (Figura 7).

Dentro de la actividad obstétrica asistencial pública de atención especializada, la atención al parto tiene lugar en 2 hospitales localizados en la zona metropolitana:

- El Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, que da cobertura a la población de la zona norte. Según su Memoria de 2023, el número anual de partos vaginales fue de 1323, mientras que de cesáreas fue de 368. Es un hospital que se encuentra en fases avanzadas para su acreditación como hospital IHAN (en fase 2D e iniciando los procedimientos de la fase 3D) (Servicio Canario de la Salud, 2023).
- El Complejo Hospitalario Universitario de Nuestra Señora de la Candelaria, que es el hospital de referencia para la zona metropolitana y sur de la isla. Según su Memoria de 2022, el número anual de partos vaginales fue de 1798, y 446 cesáreas. Es un hospital en fase 2D de acreditación IHAN (Servicio Canario de la Salud, 2022).

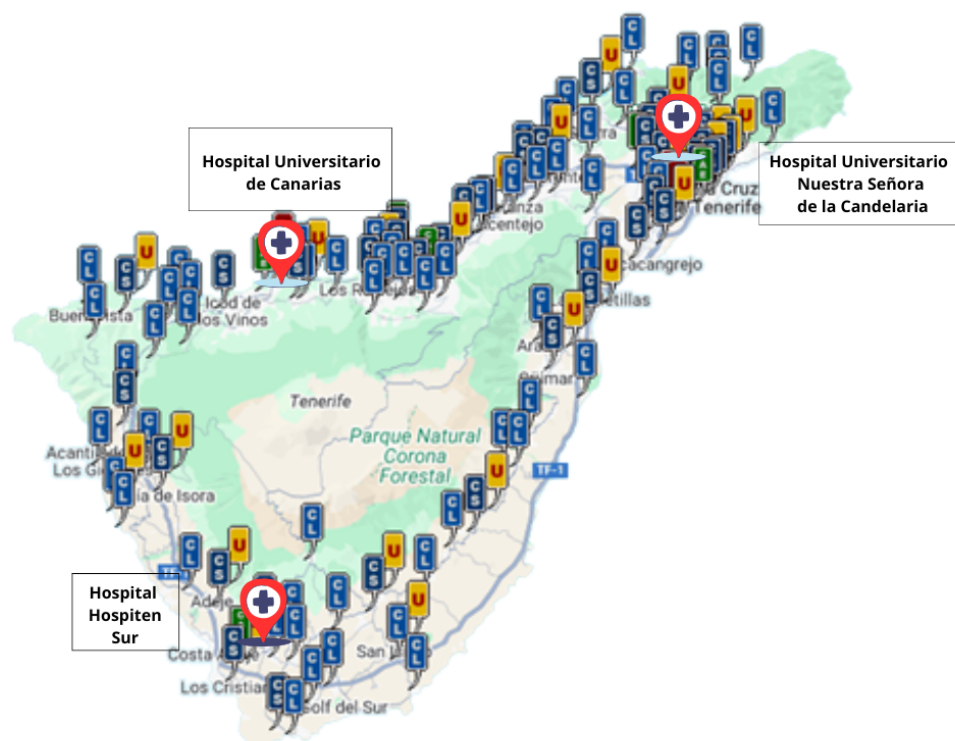
Figura 7. Distribución de los servicios sanitarios

Imagen extraída de: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/mapa>

En cuanto al sector privado, actualmente Tenerife cuenta con 2 centros asistenciales con competencias para asistir partos que pertenecen a la red hospitalaria Hospiten: Hospital Universitario Hospiten Rambla (zona metropolitana) y Hospital Hospiten Sur (zona sur). Actualmente ninguno de ellos cuenta con la acreditación IHAN. Los datos publicados sobre su actividad obstétrica son escasos y corresponden a la Memoria del año 2019.

4.2. DISEÑO DE LA TESIS DOCTORAL

Para el desarrollo de esta tesis doctoral se adoptó un enfoque metodológico mixto, que combina métodos cualitativos y cuantitativos con el objetivo de comprender y profundizar en los determinantes que influyen en la LME desde una perspectiva integral y multidisciplinar. Este diseño permitió abordar el fenómeno desde distintas dimensiones, considerando tanto la visión del personal de la salud como el análisis de datos obtenidos de las madres. Con este propósito, se llevaron a cabo dos trabajos de investigación complementarios, cada uno orientado a dar respuesta a un objetivo específico:

- **Trabajo de investigación 1.** El estudio cualitativo aporta una contribución original y necesaria al análisis de la LME, al dar voz a las matronas, profesionales que desempeñan un papel clave en su promoción y acompañamiento. La literatura existente en España se ha centrado principalmente en estudios con madres como población de muestra y en análisis cuantitativos realizados en contextos urbanos o peninsulares. Sin embargo, son escasos los trabajos que examinan la LME en entornos insulares y desde la perspectiva profesional. En este sentido, el presente estudio amplía el conocimiento sobre los factores facilitadores y las barreras que condicionan la práctica de la LME en contextos con características geográficas, organizativas y socio-culturales específicas, ofreciendo evidencia útil para la mejora de las estrategias de apoyo y las políticas públicas en salud materno-infantil.
- **Trabajo de investigación 2.** El estudio cuantitativo complementa esta visión mediante recogida de datos a través de cuestionarios a las madres, y un análisis longitudinal, poco frecuente en la literatura española sobre LME, que tradicionalmente se ha basado en diseños transversales. La escasez de investigaciones que exploren determinantes locales en contextos insulares refuerza la relevancia y pertinencia de este trabajo, dado que factores como el acceso a los recursos sanitarios, el apoyo familiar y las redes sociales pueden presentar dinámicas diferenciadas.

En la siguiente figura se presenta la relación entre cada trabajo de investigación, su correspondiente objetivo específico y la metodología empleada (**Figura 8**).

En conjunto, la metodología desarrollada y los marcos teóricos tenidos en consideración permiten examinar la LME desde una visión holística, integrando los planos individual, profesional y estructural que influyen en su desarrollo y sostenibilidad, y con una perspectiva de género.

Figura 8. Esquema de relación del trabajo de investigación con los objetivos específicos y la metodología



Elaboración propia.

4.2.1. Metodología empleada para el Trabajo de investigación 1

4.2.1.1. Diseño del estudio

Se utilizó **metodología cualitativa** para dar respuesta al objetivo específico sobre las barreras y los facilitadores para llevar a cabo la LME durante los 6 primeros meses de vida de los/las lactantes desde la perspectiva de las matronas de AP en Tenerife (Canarias, España).

La decisión de dar el pecho por parte de las mujeres depende de múltiples factores, por lo que debe abordarse desde una perspectiva integral (Ríos González, 2024). Por ello, gracias a la metodología cualitativa, podemos analizar la LME de una forma más completa teniendo en cuenta las percepciones de aquellas personas implicadas de forma directa o indirecta en la misma. En este caso, se decidió valorar las percepciones de las matronas de AP como profesionales sanitarias que acompañan a las madres desde el embarazo y tras el parto (Ramos, 2015). De esta manera se recogen sus propias percepciones, y también los testimonios que las madres comparten con ellas dentro de su práctica asistencial diaria. El enfoque teórico utilizado

es la fenomenología hermenéutica (Fuster, 2019; Rojas-Gutiérrez, 2023), ya que las vivencias y percepciones de las autoras y las matronas permitieron describir e interpretar el fenómeno de estudio. La relación profesional previa establecida entre la investigadora SLP y las matronas fue la que facilitó el desarrollo de las conversaciones entre ellas, permitiendo así alcanzar una comprensión más profunda y significativa de la LME (Fuster, 2019; Hernández-Sampieri y Mendoza Torres, 2019; Osorio-González y Castro Ricalde, 2021). Para obtener ese nivel de relación entre investigadora y participante era necesario conocer previamente el tema dentro de su contexto partiendo de un diseño emergente, por ello se utilizó la metodología inductiva emergente (Sánchez *et al.*, 2021).

4.2.1.2. Métodos y procedimientos empleados para la selección de las participantes

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia a través de la técnica de bola de nieve (Hernández-Sampieri y Mendoza Torres, 2019; Taylor y Bogdan, 1987). Se solicitó a la Dirección de Enfermería de la GAPTE una propuesta de profesionales de la salud con experiencia y dominio en la LM. En respuesta a dicha petición, se contactó con una matrona considerada clave por sus conocimientos y trayectoria profesional. A partir de la realización de esa entrevista se fueron seleccionando otras personas participantes (matronas), cuyos contactos fueron proporcionados a su vez por otras. La muestra se completó cuando se alcanzó la saturación del discurso. Se consideró como criterio de inclusión que las matronas estuvieran en activo y pertenecieran a la GAPTE. La plantilla total de matronas durante el periodo de estudio fue de 53 (52 mujeres y 1 varón), quienes realizaban su actividad en CS o consultorios locales.

4.2.1.3. Perfiles de las participantes

Se entrevistó a un total de 20 matronas, de las cuales: 13 pertenecían al área metropolitana de la isla, 3 al área norte y 4 al área sur. Previo a las entrevistas, se realizó un breve cuestionario inicial a cada matrona recogiendo datos sobre: lugar de trabajo, práctica asistencial, experiencia laboral, si contaban con formación específica en LM y datos personales (edad, si eran madres y si habían dado el pecho a sus bebés). Estos datos nos permitieron conocer los perfiles de cada una de ellas, pero esto no determinó su participación (Tabla 1).

Tabla 1. Perfiles de las matronas entrevistadas de AP de Tenerife (Canarias, España)

SEUDÓNIMO	EDAD (AÑOS)	ÁREA DE TRABAJO	TIPO DE POBLACIÓN QUE ASISTE	NÚMERO DE ZBS QUE ASISTE	EXPERIENCIA LABORAL (AÑOS)	FORMACIÓN ESPECÍFICA EN LM	SITTIENEN HIJOS/AS (NÚMERO)	SI DIO EL PECHO A SU/S BEBÉ/S, DURACIÓN (AÑOS/MESES)
E1	41	metropolitana	urbana	1	9	sí	2	3 años y 11 meses*
E2	34	metropolitana	urbana	1	4	sí	2	2 años y 4 meses*
E3	43	metropolitana	urbana	1	20	sí	2	3 años y 2 meses*
E4	44	metropolitana	urbana	1	10	sí	1	3 años
E5	48	sur	urbana	1	15	sí	2	6 meses 6 meses
E6	56	metropolitana	urbana	1	33	no	2	3 meses 6 meses 6 meses
E7	60	metropolitana	urbana	1	37	sí	2	3 meses 3 meses
E8	35	sur	urbana	1	6	sí	2	3 años y 6 meses*
E9	30	metropolitana	urbana	1	5	sí	0	-
E10	56	metropolitana	urbana	1	30	sí	2	4 meses 4 meses
E11	63	norte	urbana	2	40	no	2	3 años 3 años
E12	35	metropolitana	urbana	1	7	sí	0	-
E13	38	norte	urbana	1	8	no	2	3 años 11 meses
E14	32	metropolitana	urbana	1	7	sí	0	-
E15	41	metropolitana	urbana	1	5	sí	1	1 año y 6 meses
E16	60	metropolitana	urbana	1	40	no	2	4 meses 5 meses
E17	40	metropolitana	urbana	1	11	sí	1	2 años y 2 meses
E18	32	sur	urbana	2	1	sí	2	2 meses 3 años
E19	28	norte	rural	2	<1	sí	0	-
E20	27	sur	rural	2	1,5	no	0	-

*Mantienen la LM actualmente.

4.2.1.4. Herramientas para la recogida de datos

La herramienta de recogida de datos escogida fue la entrevista semiestructurada que combina las características de la entrevista estructurada y la entrevista en profundidad o abierta. Este modelo mixto parte de una guía previa como estructura básica combinada con la flexibilidad para profundizar en temas emergentes sin un orden establecido. Esto facilita la exploración en detalle sobre las experiencias, opiniones y percepciones de las matronas (Blasco Hernández y Otero-García, 2008a, 2008b; Brounéaus, 2011; Robles, 2011). Esta técnica cualitativa permitió recoger información sobre los temas a estudiar previamente contemplados, pero también sobre temas emergentes durante la propia conversación. Para tal fin, las entrevistas realizadas a las matronas partieron de un guion preliminar con preguntas abiertas para hacerlas más dinámicas y flexibles. La estructura de la entrevista fue diseñada y consensuada por las investigadoras SLP y LOG (Tabla 2).

Tabla 2. Estructura de la entrevista realizada a las matronas de AP de Tenerife

TEMA	OBJETIVO
Bienvenida, presentación e introducción	Informar sobre los antecedentes del tema, el propósito del estudio y detalles de la realización de la entrevista.
Recogida de datos de interés sociodemográficos de las participantes	Definir los perfiles de las matronas.
Desarrollo de la entrevista guion de entrevista (anexo 1)	Identificar los factores que influyen en la LME durante los 6 primeros meses de vida de los/las lactantes, teniendo en cuenta lo que las mujeres les refieren en consulta y también su propia percepción tras su práctica asistencial. Para su consecución, se utilizaron preguntas abiertas donde las matronas mencionaban cada uno de los temas a tratar previamente definidos que sirvieran como marco común. Otras veces eran propuestos por la entrevistadora en función de la información obtenida. El guion se fue adaptando a cada matrona según el grado de profundización del tema a tratar durante el desarrollo de la entrevista.
Cierre y despedida	Proponer mejoras, permitiendo dejar comentarios libres por parte de la entrevistada en relación al tema. Indicar breves frases que concluyeran los puntos más destacados para cada entrevistada.

Elaboración propia.

4.2.1.5. Procedimiento de recogida de datos

El trabajo de campo tuvo lugar entre los meses de noviembre de 2018 y febrero de 2020. Para la realización de las entrevistas se tuvo en cuenta la disponibilidad sugerida por las matronas. Por ello, teniendo en cuenta la modalidad: 3 entrevistas fueron llevadas a cabo de forma presencial y 17 fueron no presenciales (16 vía telemática y 1 vía telefónica). En todos los casos se respetó el espacio elegido por las participantes, permitiendo que se sintieran con libertad para hablar del tema sin menoscabo de la confidencialidad de la información. La duración de las entrevistas fue de 30-60 minutos.

Dada la elevada y completa carga informativa obtenida en la entrevista realizada a la primera matrona, esta se utilizó como pilotaje para ir aprendiendo y manejando la técnica. Las modificaciones derivadas de ese análisis se incorporaron en el desarrollo de las siguientes entrevistas al resto de las matronas que conforman la muestra. Estas entrevistas fueron grabadas en audio.

4.2.1.6. Análisis de datos

Las entrevistas fueron transcritas de manera literal, preservando fielmente las palabras y expresiones de las matronas. Previamente al análisis, los datos se anonimizaron eliminando de las transcripciones los nombres de las participantes, que se reemplazaron por números. Inicialmente, se realizó un preanálisis del contenido de las entrevistas que permitiera organizar la información obtenida, y posteriormente se llevó a cabo un análisis en profundidad.

Para el análisis de los datos cualitativos se utilizó el enfoque de análisis de contenido cualitativo propuesto por Graneheim y Lundman (2004). Para ello se comienza con una lectura exhaustiva de los datos, extrayendo fragmentos con información relevante (unidades de significado). Tras ello, se realiza una interpretación de cada una de las unidades de significado para condensar el contenido de cada párrafo en una oración, creando un código. Siguiendo un enfoque inductivo, esta técnica facilita el desarrollo de subcategorías y categorías a partir de la agrupación de esos códigos emergentes. La interpretación de esas categorías da lugar al desarrollo de temas. El análisis de contenido permite cuantificar la frecuencia y relaciones de las palabras utilizadas, estableciendo tendencias y patrones (Graneheim y Lundman, 2004; Mayring, 2000).

Por ello, para el análisis de los datos obtenidos a través de las entrevistas realizadas a las matronas, se llevó a cabo un preanálisis de contenido que permitiera la organización de la información en función de las preguntas del guion. El objetivo de este preanálisis fue identificar frases o palabras clave y la frecuencia con la que aparecían. A cada unidad de significado (*verbatim*) se le asignó un código, los cuales se agruparon por categorías y subcategorías siguiendo un enfoque inductivo (Graneheim y Lundman, 2004; Mayring, 2000). Para facilitar todo el proceso de codificación se utilizó el programa informático OpenCode 3.6 (Anexo 2). Para reforzar la calidad del proceso, se aplicó el *checklist Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) durante la elaboración y descripción del estudio (Tong *et al.*, 2007). A continuación, se representa un ejemplo de cómo llevamos a cabo el análisis (Tabla 3 y Tabla 4):

Tabla 3. Ejemplos de unidades de significado, unidades de significado condensadas y códigos

UNIDAD DE SIGNIFICADO (VERBATIM)	CONDENSACIÓN DE LA UNIDAD DE SIGNIFICADO	CÓDIGO
Mira, actualmente, la incorporación al trabajo es un momento de crisis absoluta, ¿vale?, para todas las mujeres... entonces... y no... la realidad es que, aunque hay leyes que apoyan la lactancia, no son efectivas en la mayor parte de los trabajos... aparte... no hay muchas leyes que apoyen la lactancia realmente. Tú tienes una baja maternal de cuatro meses, cuando te dicen que lactes hasta los seis [meses] y la realidad es que muchas mujeres tienen que incorporarse.	- La incorporación al trabajo como momento de crisis. - Leyes que apoyan la lactancia materna no efectivas. - Baja maternal de 4 meses, cuando te dicen que lactes hasta los 6. - Muchas mujeres tienen que incorporarse.	- Incorporación temprana al trabajo. - Falta de leyes/políticas que apoyen la lactancia. - Duración de la baja de maternidad insuficiente.
Luego que haya apoyo los primeros días en el hospital, de referencia, eso es superimportante, que no haya interferencias en cuanto al contacto piel con piel... eso favorece la lactancia, una cosa fundamental es que el bebé se agarre al pecho la primera hora de vida, en la primera hora y por lo menos que se intente y se favorezca...	- Apoyo en los primeros días en el hospital. - No interferencias en el contacto piel con piel. - Favorecer que el/la bebé se agarre al pecho en la primera hora de vida.	- Apoyo a profesionales de la salud. - Piel con piel. - Agarre precoz.

Elaboración propia.

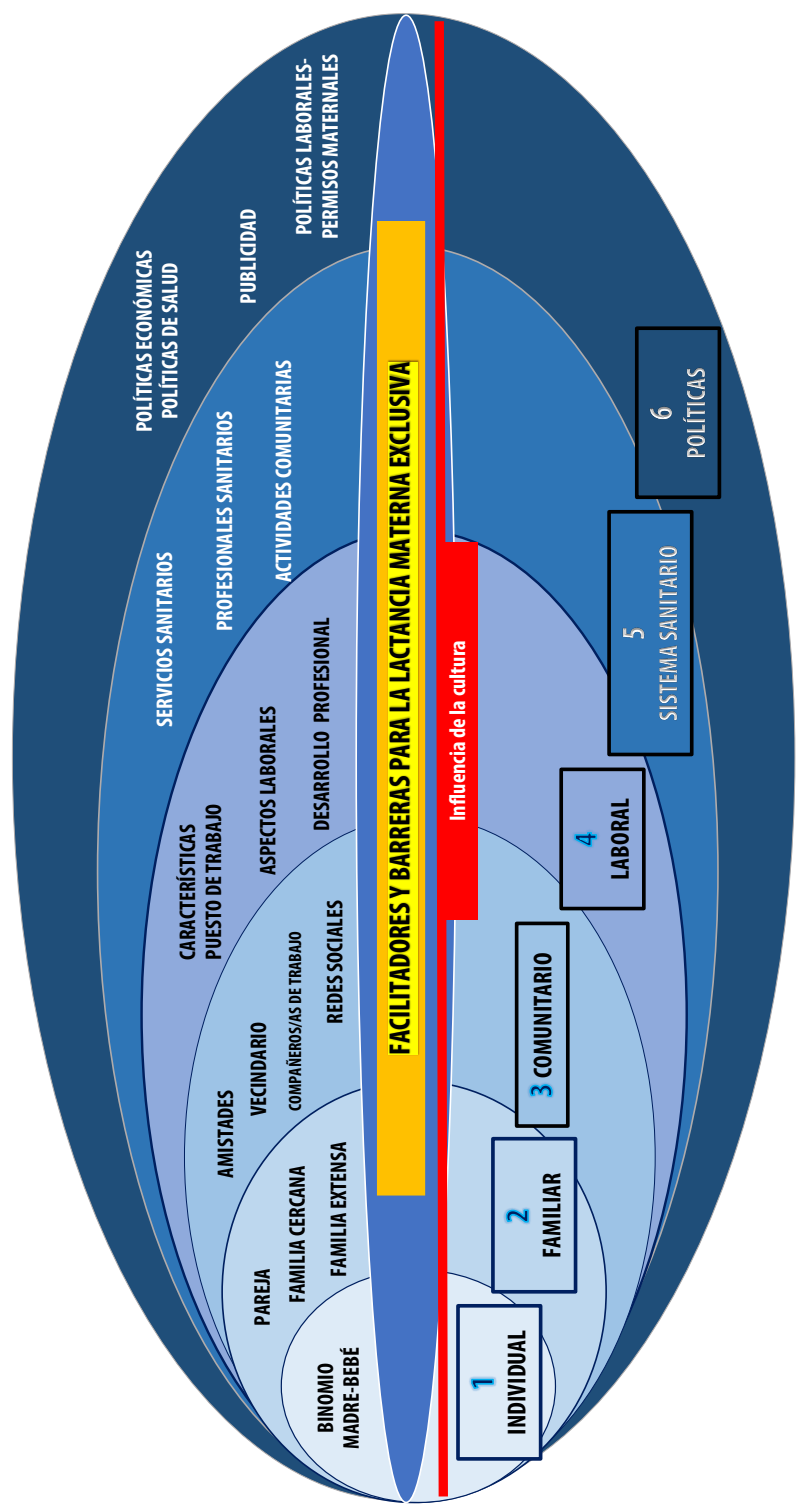
Tabla 4. Ejemplos de códigos, subcategorías, categorías y un tema a partir del análisis de contenido sobre la LME

TEMA BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA LME SEGÚN LAS PERCEPCIONES DE LAS MATRONAS DE AP DE TENERIFE (CANARIAS, ESPAÑA)						
Categoría Barreras-Políticas públicas				Facilitadores-Sistema sanitario		
Subcategoría	Políticas laborales, permiso de maternidad	Políticas económicas	Políticas laborales, permiso de maternidad	Profesionales de la salud	Prácticas hospitalarias	Prácticas hospitalarias
Código	Incorporación temprana al trabajo	Falta de leyes/políticas que apoyen la lactancia	Duración de la baja de maternidad insuficiente	Apoyo a profesionales de la salud	Piel con piel	Agarre precoz

Elaboración propia.

Tras el análisis de los datos, se triangularon los resultados y se contextualizaron teniendo en cuenta la bibliografía existente. Posteriormente, se consensuó cómo organizar la información obtenida y facilitar su comprensión. Para ello se diseñó una figura que representaba nuestro marco teórico adaptado basado únicamente en el modelo ecológico de Bronfenbrenner (Figura 9).

Figura 9. Marco teórico adaptado del modelo ecológico de Bronfenbrenner. Barreras y facilitadores de la LME según las matro-
nas de AP de Tenerife (Canarias, España)



4.2.2. Metodología empleada para el Trabajo de investigación 2

4.2.2.1. Diseño del estudio

Se utilizó **metodología cuantitativa** para dar respuesta al objetivo específico sobre los factores inhibidores y protectores de la LME en una ZBS del sur de Tenerife (Canarias, España) desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida de los/las lactantes. Se trata de un estudio observacional analítico longitudinal prospectivo, con evaluaciones de seguimiento transversales repetidas.

Esta metodología permitió analizar cuantitativamente los datos estableciendo asociaciones entre los factores que influyen positiva y negativamente en la LME. Su paradigma se ubica dentro de la teoría positivista, donde las investigadoras debemos actuar de forma ajena e imparcial al objeto de estudio con una postura ontológica (Ramos, 2015). Para ello se utilizó la lógica deductiva partiendo de los posibles factores que facilitan o inhiben la LME según la bibliografía consultada para llegar a resultados particulares y concretos (Hernández-Sampieri y Mendoza Torres, 2019; Osorio-González y Castro Ricalde, 2021).

4.2.2.2. Participantes

El estudio tuvo lugar en el Centro de Salud de San Isidro, situado en uno de los municipios más poblados de la zona sur de Tenerife, que se caracteriza por su multiculturalidad, favorecida por el turismo y la inmigración procedente de otras comunidades autónomas de España, de países miembros de la UE y de Latinoamérica, fundamentalmente. Dicho centro pertenece a la ZBS de Granadilla, que cuenta con 7 centros de AP y 69 935 usuarios/as adscritos/as. El Centro de Salud de San Isidro ofrece atención a 15 152 mujeres en edad fértil, de las cuales aproximadamente 1231 estuvieron embarazadas durante el año del estudio (datos proporcionados por la Dirección de la ZBS de Granadilla).

La población diana del estudio fueron mujeres embarazadas (madres) que acudían a la primera consulta de embarazo con la matrona para su seguimiento en el periodo de 1 año comprendido entre noviembre de 2018 y noviembre de 2019. Durante este periodo hubo un total de 327 mujeres embarazadas citadas en el bloque de «primera visita de embarazo» de la consulta de la matrona.

No se realizó un análisis formal del tamaño muestral antes del reclutamiento, dado que el objetivo era incluir al mayor número posible de mujeres elegibles durante un periodo de 1 año. Este enfoque pragmático, basado en un muestreo consecutivo (se

recluta a las participantes elegibles conforme acuden dentro del periodo establecido), se considera adecuado en estudios observacionales clínicos en contextos reales, ya que permite capturar el flujo natural de pacientes y reducir el sesgo de selección (Labani y Asthana, 2013).

4.2.2.3. Tamaño y selección muestral de las participantes

Los criterios de inclusión fueron mujeres embarazadas (madres) que acudían a la primera visita de embarazo de la matrona con:

- Gestaciones hasta la semana 13 + 6.
- Embarazo de bajo riesgo.
- Deseo de seguimiento de embarazo mensual con matrona de AP.
- Gestaciones que evolucionan favorablemente.

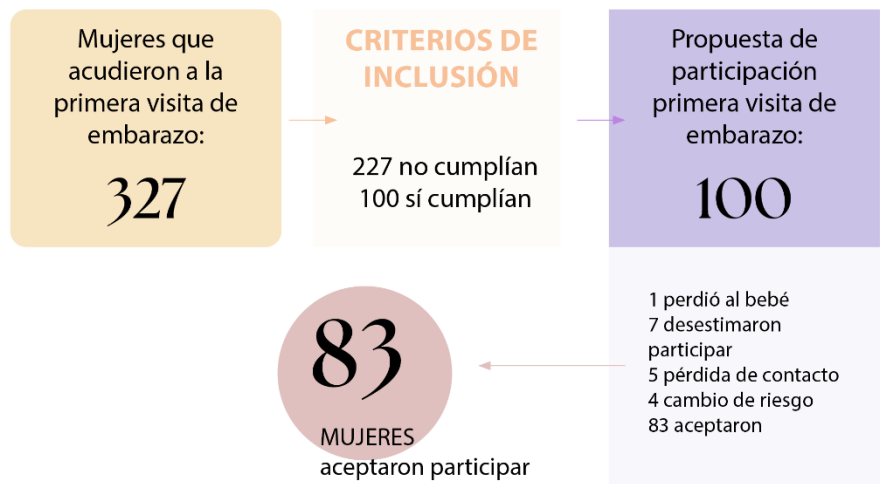
Los criterios de exclusión del estudio fueron mujeres embarazadas (madres) que acudían a la primera visita de embarazo de la matrona con:

- Pérdida gestacional en cualquier momento del embarazo.
- Barrera comunicativa (definida como incapacidad para comprender o comunicarse adecuadamente en español).

El periodo de reclutamiento de las participantes seleccionadas transcurrió desde el 6 de noviembre de 2018 hasta el 20 de noviembre de 2019. El periodo de seguimiento se extendió hasta enero de 2021.

Inicialmente se contactó con 327 madres, de las cuales fueron excluidas 227 por no cumplir criterios. Se invitó a participar a las 100 madres que sí cumplían criterios de inclusión. De estas, 17 no participaron debido a diferentes motivos, por lo que la muestra final fue de 83 madres. Se diseñó un diagrama de flujo que forma parte de nuestros resultados para representar la obtención de la muestra final (**Figura 10**).

Figura 10. Diagrama de flujo para representar la obtención de la muestra final



Elaboración propia.

No se realizó un análisis de potencia formal antes del reclutamiento, ya que el estudio pretendía incluir al mayor número posible de madres elegibles. Este enfoque pragmático se debió a la naturaleza observacional y descriptiva del estudio y al contexto clínico real en el que se llevó a cabo. La muestra final de 83 madres refleja la población objetivo de interés: embarazos de bajo riesgo, que acudan a la primera visita de la matrona antes de las 13 + 6 semanas y que optan por un seguimiento estructurado de su gestación en AP. El diseño prioriza la validez interna dentro de esta cohorte definida sobre la generalización, lo que lo hace adecuado para el análisis descriptivo y exploratorio de los resultados de la LME.

4.2.2.4. Recogida de datos

Se llevaron a cabo 5 entrevistas basadas en cuestionarios de elaboración propia, los cuales correspondían con el momento inicial de reclutamiento coincidiendo con la primera cita de embarazo y el seguimiento de la LME (a los 15 días, al mes, a los 4 meses y a los 6 meses después del parto).

Para la validación de los cuestionarios, estos se pilotaron previamente con una pequeña muestra de madres ($n = 18$) para garantizar su claridad, relevancia y validez de contenido (Anexo 4). Se realizaron ajustes en base a los comentarios de las madres y las aportaciones realizadas durante la entrevista por parte de la investigadora para mejorar la comprensión y la pertinencia de los ítems. Las versiones iniciales se probaron con mujeres embarazadas y las versiones de seguimiento con madres en controles posparto; ninguna de estas mujeres fue incluida posteriormente en la muestra. En total, se pilotaron 18 cuestionarios, que fueron refinados en función

de los comentarios recibidos. Los instrumentos finales fueron cuestionarios estructurados, administrados por la entrevistadora, de carácter cuantitativo y compuestos principalmente por preguntas cerradas para obtener información estandarizada sobre variables sociodemográficas, clínicas y conductuales.

En la entrevista inicial se recogió información sobre aspectos sociodemográficos (edad, estado civil, formación, nacionalidad, ingresos mensuales familiares), antecedentes personales de salud pregestacional (enfermedad crónica, consumo de fármacos, consumo de tóxicos), datos antropométricos (índice de masa corporal pregestacional y ganancia de peso durante el embarazo), antecedentes gineco-obstétricos (problemas ginecológicos, paridad) y datos del embarazo actual (asistencia a consultas de seguimiento, a clases de preparación a la maternidad/paternidad).

En la entrevista realizada a los 15 días tras el parto se utilizaron 2 cuestionarios:

- **Cuestionario sobre la estancia hospitalaria**, que recogía datos del parto (tipo y lugar de parto, inicio, uso de analgesia, edad gestacional), recién nacido/a (peso, sexo, puntuación Apgar, ingreso) y del tipo de lactancia y cuidados (contacto piel con piel, definido como contacto directo, inmediato e ininterrumpido madre-bebé durante al menos las 2 primeras horas tras el nacimiento [Martínez-Hortelano *et al.*, 2025; Safari *et al.*, 2018], uso de chupete, pezonera o biberón).
- **Cuestionario de los 15 días**, que incluía información sobre lactancia, dolor mamario, cuidados (colecho, métodos de porteo, conducta de amamantamiento), aspectos de salud mental materna (responsabilidades, temores ante la nueva situación). Para evaluar síntomas depresivos se empleó la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS) en su versión validada al español (García-Esteve *et al.*, 2003), y para valorar la eficacia de la LM se utilizó la escala LATCH en su versión validada al español (Báez León *et al.*, 2008).

En la entrevista al mes tras el parto, se recogió información sobre el tipo de lactancia, cuidados, aspectos sobre salud mental, EPDS y escala LATCH. En la entrevista a los 4 meses se preguntó sobre el tipo de lactancia, cuidados (uso de chupete, dónde duerme el/la bebé, si inicio de alimentación complementaria) y la incorporación laboral (si vuelta al trabajo, quién cuida del/la bebé en su ausencia, cómo concilia crianza y trabajo). En la entrevista a los 6 meses se recopiló de nuevo información relativa al tipo de lactancia, cuidados, incorporación laboral e inicio de la alimentación complementaria. Se elaboró un esquema con la información relevante de cada entrevista y cuestionario (**Figura 11**).

Figura 11. Información recogida en los cuestionarios de las entrevistas en cada momento del estudio



Elaboración propia.

Además, al final de los cuestionarios de seguimiento (a los 15 días, al mes, a los 4 meses y a los 6 meses) se incluyó una pregunta abierta relativa a los problemas que la madre había encontrado con la LME, y en caso de abandono se preguntaba por el motivo.

El cuestionario de la entrevista inicial se cumplimentó de forma presencial durante el seguimiento de embarazo con la matrona, autora de este trabajo (SLP). Los cuestionarios de la estancia hospitalaria y a los 15 días se recogieron de forma presencial en la consulta de posparto con la matrona durante la entrevista realizada a los 15 días. Las entrevistas al mes, a los 4 meses y a los 6 meses del parto se realizaron de forma no presencial (vía telefónica).

4.2.2.5. Variables de estudio

Variable dependiente

La variable dependiente fue la LME medida en los distintos momentos: durante la estancia hospitalaria, a los 15 días tras el parto, al mes, a los 4 meses y a los 6 meses de vida. Se consideró LME cuando la madre reportaba que su bebé estaba alimentado exclusivamente con leche materna, sin introducir otros alimentos (López de Aberasturi de Garayo *et al.*, 2021).

Variables independientes

Las variables independientes fueron: uso del chupete por parte del/la lactante, que la madre sintiera dolor en el pecho durante la lactancia, percepción materna respecto a la producción de leche insuficiente, antecedentes ginecológicos de la madre, lugar del parto-nacimiento, conocimientos previos en LM por parte de la madre y nacionalidad materna.

En relación al uso del chupete, se tuvo en cuenta si el/la lactante hizo uso del chupete tanto durante la estancia hospitalaria como a los 15 días. Las categorías fueron «sí» en caso de usarlo (independientemente del tiempo de uso) y «no».

La variable de dolor en el pecho hace referencia al posible dolor producido en el pezón de la madre durante el amamantamiento. Se abordó mediante 2 preguntas. En primer lugar, se preguntó si se había experimentado dolor, con respuestas categóricas «sí» y «no». Si la respuesta era afirmativa, se preguntó por la localización y se utilizó la escala visual analógica (EVA) (de 1 a 10) para cuantificar la intensidad del dolor. Si la respuesta era negativa, se computó un valor de 0 en la EVA con el objetivo de contar con datos comparables para todas las participantes.

La variable independiente de percepción de leche insuficiente la definimos, basándonos en la bibliografía, como el estado en el que la madre percibe una producción deficiente de leche porque observa que su bebé no se sacia, se queda con hambre tras la toma o por el aspecto de su pecho (lo ven blando, o no fluye leche, o esta es

aguada) (Vila-Candel *et al.*, 2019). Esta variable la construimos a partir del análisis de las respuestas afirmativas de las madres recogidas en la pregunta del cuestionario sobre si había encontrado problemas para la LME en el periodo de estudio. Los motivos que permitieron crear dicha variable fueron: «el bebé no se saciaba», «me quedé sin leche», o «se me secaron los pechos».

La variable de antecedentes ginecológicos se computó como «sí» en caso de que la mujer refiriese padecer ovario poliquístico o resultados alterados en la última citología, y como «no» cuando no tuviera ninguno de estos problemas ginecológicos. Cabe destacar que, si existían antecedentes ginecológicos que implicaran un riesgo para el embarazo o requirieran seguimiento especializado por parte del Servicio de Obstetricia, la madre era excluida del estudio, por lo que estos casos no fueron considerados en esta variable.

La variable de lugar de nacimiento hace referencia al centro hospitalario donde tuvo lugar el parto. Todos los/las bebés nacieron en alguno de los dos hospitales que ofrecen cobertura asistencial de partos en la zona sur de Tenerife. Dado que estos hospitales difieren en su modelo de gestión, la variable se categorizó como «hospital público» y «hospital privado-concertado». Ningún nacimiento tuvo lugar fuera del ámbito hospitalario.

Con respecto a los conocimientos previos de la madre sobre LM, se preguntó si conocía los beneficios de la LM tanto para su bebé como para ella misma. En ambos casos, las variables se categorizaron con las opciones «sí» y «no».

Finalmente, la variable de nacionalidad materna se definió en función del país de origen o nacimiento, y no de su lugar de residencia actual. Así, se clasificó como «española» a las madres nacidas en España y como «extranjera» a las madres nacidas fuera del territorio español, independientemente de su situación de residencia en el momento del estudio.

4.2.2.6. Análisis de datos

Inicialmente, se realizó un análisis descriptivo de las variables dependientes e independientes del estudio, con el objetivo de caracterizar sociodemográfica, obstétrica y clínicamente a las participantes. Las variables categóricas se presentaron en frecuencias absolutas y relativas (n y %), mientras que las variables continuas fueron categorizadas según rangos clínicamente relevantes.

Posteriormente se realizaron 5 regresiones logísticas univariantes, una para cada uno de los periodos de estudio, utilizando como variable dependiente la tasa de

LME en el momento de la recogida de datos: durante los primeros días de hospitalización tras el parto, a los 15 días, al mes, a los 4 meses y a los 6 meses del nacimiento.

Tras esto, nuevamente se realizaron 5 regresiones logísticas, pero en esta ocasión de forma multivariable. Se incluyeron todas las variables que fueron significativas en el nivel de $p < 0,05$ en los análisis univariados y se construyeron los modelos multivariados con un enfoque paso a paso hacia delante, manteniendo en los modelos las variables que fueron significativas en el nivel de $p < 0,05$.

Para minimizar el sesgo derivado del reducido tamaño muestral y mejorar la estabilidad de las predicciones, se aplicó un enfoque de verosimilitud penalizada utilizando el método Firth (*Firth's penalized likelihood method*).

El análisis estadístico se realizó utilizando el *software* Stata, versión 16.0 (Stata Corp LLC, College Station, TX, EE. UU.). El estudio y la preparación del manuscrito siguieron las directrices STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) para estudios transversales (von Elm *et al.*, 2008).

4.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente tesis doctoral se enmarca dentro del Programa de Doctorado en Epidemiología y Salud Pública del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la UAM. El proyecto de investigación fue aceptado por la UAM el 10 de mayo de 2018, titulado «Factores relacionados con la adherencia o abandono de la lactancia materna entre las mujeres de Tenerife (Canarias)». Este proyecto de investigación fue financiado por la FIISC dentro de la convocatoria de noviembre de 2019 «Proyectos de investigación, desarrollo e innovación en biomedicina y ciencias de la salud» (PIFIISC 19/15).

Dicho proyecto fue aprobado y realizado teniendo en cuenta los principios éticos nombrados en la Declaración de Helsinki (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia). Toda la investigación ha sido aprobada por:

- Comité de Ética de la Investigación de la UAM en julio de 2018 (CEI-90-1679) (Anexo 6).
- Comité Científico de la GAPTF (Canarias) en septiembre de 2018 (Anexo 7).

De acuerdo a las leyes y protocolos destinados a proteger los datos de los y las participantes, se elaboró una hoja informativa y un consentimiento informado

concreto para cada estudio (Anexos 8 y 9). En la hoja informativa se hace hincapié en los objetivos del estudio, garantizando el anonimato y la confidencialidad al expresar sus opiniones. En el consentimiento informado se asegura que su participación es voluntaria y que pueden retirarse en cualquier momento. Para garantizar el anonimato se les asignó un número sin posibilidad de que la información pudiera ser reconocible. Los datos obtenidos se han custodiado en todo momento por la investigadora principal (doctoranda). A lo largo de todo el estudio 1, se usó el término «matrona» para referirse tanto a mujeres como a hombres con el objetivo de que no sea posible identificar los discursos realizados por el único hombre que forma parte de la muestra.

5. RESULTADOS



5.1. INTRODUCCIÓN

La elaboración y desarrollo de ambos trabajos de investigación han posibilitado el abordaje de los objetivos específicos propuestos. Por un lado, el **Trabajo de investigación 1** ha permitido dar respuesta al objetivo específico sobre las barreras y facilitadores para llevar a cabo la LME durante los 6 primeros meses de vida de los/las lactantes desde la perspectiva de las matronas de AP en Tenerife (Canarias, España). Los resultados se organizaron en dos niveles de análisis siguiendo el marco teórico adaptado al modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979, 1987), facilitando su difusión en dos artículos científicos. El *artículo 1* recoge las barreras y facilitadores relacionados con la esfera biopsicosocial de las mujeres, y el *artículo 2* se centra en los elementos vinculados al sistema sanitario y las políticas públicas.

Por otro lado, el **Trabajo de investigación 2** dio lugar al desarrollo del *artículo 3*, cuyo objetivo fue identificar los factores inhibidores y protectores de la LME a partir de datos recogidos de madres de una ZBS del sur de Tenerife (Canarias, España) durante los 6 primeros meses de vida de sus bebés.

La **Figura 12** resume la información correspondiente a cada artículo y su relación con el trabajo de investigación.

Figura 12. Esquema de los artículos publicados que conforman la tesis



5.2. RESUMEN GLOBAL DE LOS RESULTADOS

Dentro del Trabajo de investigación 1 sobre las percepciones de las matronas de AP de Tenerife (Canarias, España), en el artículo 1 se identificaron diversas barreras y facilitadores para la LME relacionados con la esfera biopsicosocial de las mujeres, organizados en distintos niveles según la adaptación al modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979, 1987). Entre las principales barreras reportadas se encuentran:

- A nivel individual: los problemas o complicaciones físicas y fisiológicas en el pecho; el cansancio que supone dar el pecho, mientras que la lactancia artificial permite ser delegada; la falta de motivación; la vulnerabilidad propia del posparto; la desconexión como animal mamífero; y las experiencias negativas previas.
- A nivel familiar/relacional: la falta de apoyo de la pareja y de la familia cercana, donde las abuelas (madres y suegras de las propias madres) ofrecen consejos desactualizados basándose en sus propias experiencias con la lactancia artificial.
- A nivel comunitario: el entorno social que no apoya la LME; la desigualdad de género, que la sociedad arrastre la cultura del biberón (leche de fórmula) sin tener en cuenta los beneficios de la leche materna; la facilidad de acceso a la leche de fórmula; la construcción social actual de la maternidad donde las mujeres se sienten solas, asociada a la pérdida del sentido de tribu.
- A nivel laboral: permisos maternales de 16 semanas sin modificaciones desde 1989; la incorporación laboral temprana; las características de los puestos de trabajo actuales (mujeres autónomas o con puestos de trabajo importantes); la precariedad laboral y la dificultad para extraerse leche en los puestos de trabajo. Las mujeres que se extraen leche mientras trabajan lo hacen en condiciones y lugares no seguros e inadecuados (en baños durante su tiempo de descanso).

En cuanto a los factores facilitadores para la LME, se identificaron:

- A nivel individual: la predisposición materna; la vivencia positiva de la LM como experiencia satisfactoria; la motivación para dar el pecho; el nivel cultural (formación) y socioeconómico; y la búsqueda activa de información.

- A nivel familiar/relacional: el apoyo de la pareja como pilar fundamental; el apoyo de la familia, sobre todo de las abuelas (madres de las propias mujeres); la colaboración en el reparto de tareas domésticas y cuidados; y la presencia cercana de mujeres lactantes.
- A nivel comunitario: formar parte de redes de apoyo (virtual o presencial); entornos sociales pertenecientes a culturas en favor de la LM, o vivir en zonas rurales; y la publicidad respetuosa con la LM.
- A nivel laboral: no se ha identificado ninguna facilidad para la LME.

Por ello, las mujeres buscan estrategias para conciliar vida laboral y familiar, lo que conlleva en muchos casos una renuncia, bien por conflicto de intereses, o recortes salariales.

Siguiendo con el **Trabajo de investigación 1** y teniendo en cuenta el marco conceptual, en el *artículo 2* se mostraron las barreras y facilitadores para la LME vinculados al sistema sanitario y las políticas públicas. Entre las barreras identificadas se encontraron:

- A nivel del sistema sanitario:
 - En AP (CS): que las madres no acudan a las clases de educación prenatal durante el embarazo; incumplimiento del CICSLM por parte de las profesionales sanitarias; que en AP las matronas no dispongan de una consulta de posparto protocolizada, con falta de tiempo en consulta para atender problemas de LM; y que el resto de profesionales de la salud de AP no estén formados en LM, lo que conlleva la emisión de mensajes contradictorios y negativos.
 - En atención especializada (hospital): las barreras tienen que ver con prácticas hospitalarias que perjudican el inicio precoz de la LME: separación madre-bebé tras el parto; mensajes contradictorios y negativos sobre el pecho de la mujer, aumentando su inseguridad; oferta indiscriminada de tetinas; falta de valoración de la toma previa al alta; y ausencia de matronas en plantas de maternidad.
- A nivel de políticas públicas, las barreras son: escasa inversión en promover y fomentar la LME; desmotivación de las profesionales sanitarias para llevar a cabo iniciativas que la promuevan; duración insuficiente de los permisos maternos para cubrir la LME; existencia de publicidad y facilidad de acceso a la alimentación artificial.

En cuanto a los facilitadores para la LME, se identificaron:

- A nivel del sistema sanitario:
 - En AP (CS): abordaje sencillo de la LM durante las clases de educación prenatal, permitiendo la asistencia de las parejas para facilitar la creación de redes sociales de apoyo; asistencia de embarazadas a los talleres de LM como punto de encuentro entre madres; que en AP la matrona aborde la LME previamente al parto, con una visita posparto temprana, respetando y no culpabilizando a las mujeres por sus decisiones; y que el resto de profesionales de la salud de AP apoye la LME.
 - En atención especializada (hospital): prácticas hospitalarias que eviten la separación madre-bebé, como favorecer el contacto piel con piel y evitar ofrecer biberones de leche de fórmula sin criterio.
- A nivel de políticas públicas: iniciativas y pequeños cambios en políticas económicas de cada institución sanitaria; y el fomento de la publicidad y mayor visibilidad en favor de la LME.

No se han encontrado políticas laborales que faciliten la LME.

Por otro lado, tras el desarrollo del **Trabajo de investigación 2**, los resultados del *artículo 3* permitieron identificar diversos factores inhibidores y protectores de la LME a partir del seguimiento de madres residentes en una ZBS del sur de Tenerife (Canarias, España). Dentro de los factores inhibidores de la LME se obtuvieron:

- El uso del chupete durante la estancia hospitalaria y los primeros 15 días, con repercusión en los meses posteriores. Esto está relacionado con la oferta indiscriminada de tetinas en torno al nacimiento.
- El dolor en el pecho durante la toma, concretamente, dolor en el pezón, como problema físico sufrido por las madres.
- La percepción materna de leche insuficiente por falta de seguridad materna para alimentar a su bebé.
- Dar a luz en un hospital de gestión privada sin acreditación IHAN, cuyas prácticas hospitalarias no se basan en las recomendaciones establecidas por las Guías de Práctica Clínica.
- La presencia de problemas ginecológicos previos en la mujer tales como referir padecer síndrome de ovario poliquístico o virus del papiloma humano (VPH).

En cuanto a los factores protectores se encontraron:

- El conocimiento previo por parte de las madres sobre los beneficios que la LM tiene para ella misma.
- El conocimiento previo por parte de las madres sobre los beneficios que la LM tiene para su bebé. Este conocimiento está relacionado con la formación previa de las madres y con la búsqueda activa de información, tanto desde las clases de educación prenatal como en otras fuentes.
- Madres de nacionalidad extranjera. Estas mujeres tienen la ventaja de rodearse de un entorno que protege la LM, visibilizándola y normalizándola dentro de la alimentación de los/las lactantes.

6. ARTÍCULOS PUBLICADOS



6.1. ARTÍCULO 1. «BARRIERS AND FACILITATORS FOR EXCLUSIVE BREASTFEEDING IN WOMEN'S BIOPSYCHOSOCIAL SPHERES ACCORDING TO PRIMARY CARE MIDWIVES IN TENERIFE (CANARY ISLANDS, SPAIN)»

Seila Llorente-Pulido¹, Estefanía Custodio^{2,3}, María Rosario López-Giménez⁴, Belén Sanz-Barbero^{5,6} and Laura Otero-García^{6,7}

¹ Servicio Canario de la Salud. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, Centro de Salud de San Isidro, 38611 Tenerife, España.

² Centro de Investigación de la Comisión Europea, 21027 Ispira, Italia.

³ Centro Nacional de Medicina Tropical. Instituto de Salud Carlos III, 28029 Madrid, España.

⁴ Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública y Microbiología. Universidad Autónoma de Madrid, 28029 Madrid, España.

⁵ Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III, 28029 Madrid, España; bsanz@isciii.es

⁶ CIBER Epidemiología y Salud Pública. Instituto de Salud Carlos III, 28029 Madrid, España.

⁷ Departamento de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid, 28029 Madrid, España.

Autoras de correspondencia: Seila Llorente-Pulido y Laura Otero García.

Fecha de publicación: 6 de abril de 2021

Revista: *International Journal of Environmental Research and Public Health (IJERPH)*

Editorial: MDPI

Categoría: *Salud Pública, Ambiental y Ocupacional*

Factor de impacto: 4,61 según *Journal Citation Reports (2021)*

Cuartil: Q1

Cita: Llorente-Pulido, S., Custodio, E., López-Giménez, M. R., Sanz-Barbero, B. y Otero-García, L. (2021). Barriers and Facilitators for Exclusive Breastfeeding in Women's Biopsychosocial Spheres According to Primary Care Midwives in Tenerife (Canary Islands, Spain). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), artículo 3819.

<https://doi.org/10.3390/ijerph18073819>

Este artículo pertenece al número especial «Proteger, apoyar y promover la lactancia materna adecuada en el siglo XXI».

RESUMEN

Introducción: la lactancia materna aporta múltiples beneficios para la salud materno-infantil. Por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda ofrecer lactancia materna de forma exclusiva durante los 6 primeros meses y después complementar con otros alimentos hasta al menos los 2 años. A pesar de ello, las tasas de lactancia materna exclusiva (LME) a nivel mundial y nacional están muy por debajo de lo recomendado. Las causas de esas bajas tasas son múltiples y variadas. Por tanto, el objetivo de nuestro estudio es determinar, desde la perspectiva de una matrona de atención primaria (AP), qué factores biopsicosociales pueden favorecer o perjudicar la LME.

Metodología: el estudio se llevó a cabo en Tenerife (Canarias, España) y se basó en una metodología cualitativa. Se realizaron 20 entrevistas semiestructuradas en profundidad a matronas que trabajan en centros de AP de Tenerife, utilizando un enfoque de análisis de contenido. Los datos de la transcripción se codificaron posteriormente siguiendo un enfoque inductivo.

Resultados: según las percepciones de las matronas de AP entrevistadas, las barreras y facilitadores que influyen en la LME, relacionados con las esferas biopsicosociales de las mujeres, son, a nivel individual, los aspectos físicos y emocionales durante el periodo posparto; a nivel relacional, la presencia o ausencia de apoyo de la familia cercana y la pareja; a nivel comunitario, el entorno y las redes sociales que puedan tener las nuevas madres; y, a nivel laboral, las características de los puestos de trabajo y la reincorporación temprana al trabajo.

Conclusiones: los resultados de nuestra investigación pueden ayudar a las profesionales sanitarias a abordar la promoción y el fomento de la LME en cada uno de los niveles estudiados, con el objetivo de aumentar las tasas siguiendo las recomendaciones de la OMS.

Palabras clave: lactancia materna exclusiva; matrona; atención primaria; España (*exclusive breastfeeding; midwife; primary healthcare; Spain*).



Article

Barriers and Facilitators for Exclusive Breastfeeding in Women's Biopsychosocial Spheres According to Primary Care Midwives in Tenerife (Canary Islands, Spain)

Seila Llorente-Pulido ^{1,*} , Estefanía Custodio ^{2,3}, Maria Rosario López-Giménez ⁴, Belén Sanz-Barbero ^{5,6} and Laura Otero-García ^{6,7,*}

¹ Servicio Canario de Salud. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, Primary Health Care San Isidro, 38611 Tenerife, Spain

² Joint Research Centre European Commission, 21027 Ispra, Italy; ecustodio2014@gmail.com

³ National Centre for Tropical Medicine, Health Institute Carlos III, 28029 Madrid, Spain

⁴ Preventive Medicine and Public Health and Microbiology Department, Universidad Autónoma of Madrid, 28029 Madrid, Spain; mrosario.lopez@uam.es

⁵ National School of Public Health. Health Institute Carlos III, 28029 Madrid, Spain; bsanz@isciii.es

⁶ CIBER Epidemiology and Public Health (CIBERESP-ISCIII), 28029 Madrid, Spain

⁷ Nursing Department, Faculty of Medicine, Universidad Autónoma of Madrid, 28029 Madrid, Spain

* Correspondence: seila.llorente@hotmail.com (S.L.-P.); laura.otero@uam.es (L.O.-G.)



Citation: Llorente-Pulido, S.; Custodio, E.; López-Giménez, M.R.; Sanz-Barbero, B.; Otero-García, L. Barriers and Facilitators for Exclusive Breastfeeding in Women's Biopsychosocial Spheres According to Primary Care Midwives in Tenerife (Canary Islands, Spain). *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 3819. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073819>

Academic Editor: Felix Akpojene Ogbo

Received: 16 February 2021

Accepted: 2 April 2021

Published: 6 April 2021

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2021 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Abstract: (1) The objective of our study is to determine, from a primary care midwife's perspective, which biopsychosocial factors can favour or be detrimental to exclusive breast feeding. (2) The study was carried out in Tenerife (Canary Islands, Spain) and is based on qualitative methodology. Twenty in-depth interviews were carried out with midwives working in primary care centres in Tenerife, using a content analysis approach. The transcript data was then encoded following an inductive approach. (3) According to the perceptions of the primary care midwives who were interviewed, the barriers and facilitators that influence exclusive breastfeeding related to the biopsychosocial spheres of women are, at an individual level, the physical and emotional aspects during the postnatal period; at the relationship level, the presence or not of support from the close family and partner; at the community level, the environment and social networks the new mothers may have; and at the work level, characteristics of jobs and early return to work. (4) The findings of our research can help healthcare professionals to approach the promotion and encouragement of exclusive breast feeding at each of the levels studied, with the aim of increasing rates following recommendations issued by The World Health Organization.

Keywords: exclusive breastfeeding; midwife; primary healthcare; Spain

1. Introduction

The World Health Organization (WHO) promotes breastfeeding (BF) for at least two years as the unequalled method of providing the ideal food for the healthy growth and development of infants. It also recommends BF to be exclusive, that is, for the infant to have only breastmilk and no other liquids or solids, not even water, for the first six months of life [1].

The WHO recommendations are grounded on the multiple benefits of breastfeeding (BF) in the short- and long term that have already been widely described. BF benefits the newborn by providing immunological factors [2] and conferring protection against infectious diseases [3,4], as well as having beneficial effects on the child's cognitive development and protecting them from becoming overweight and suffering from obesity and diabetes later in life [4–8]. With regards to the mother, the benefits in the short term are related to a better post-partum recovery, clinically [8,9], as well as psychologically and emotionally [10–13]. In addition, in the long term, it lowers the risk of developing breast,

ovarian and endometrial cancer, as well as other diseases [8]. Additionally, the act of breastfeeding confers advantages to both mother and child by promoting the emotional bond [14], as well as representing economic savings by reducing hospital expenses [15]. It has also been shown that several of these advantages are enhanced if exclusive breastfeeding is maintained for six months, as compared to shorter periods of time [1,16].

Nevertheless, and despite the benefits it provides and WHO's recommendations, overall BF and EBF rates remain below international target recommendations [17]. In Spain, the most recent figures indicate a prevalence of BF of 81%, 76% and 58% in the first six weeks, three months and six months, respectively [18]. EBF rates are even lower, reaching 66%, 53% and 28% at six weeks, three months and six months, respectively [19]. These rates are far below the WHO target of 50% of EBF for at least six months [20].

The rationales for these low BF rates are varied and complex, and do not depend only on the women themselves at the individual level, but there are issues at many different levels. At the individual level they have been related to physical breast problems [21–23], the feeling of insufficient milk production [21,24], low maternal motivation [25] and the mother's low educational level [26,27]. At the social level, the reasons identified have been the absence of a pro-breastfeeding culture [26,28,29], the lack of support from the partner, family or social environment [27,30], the early return to work of mothers [24,26], as well as the lack of social, labour and economic policies that promote it, together with the lack of advertising control policies [24,25]. At the same time, the lack of support of healthcare professionals [24,26] and the presence of inadequate hospital practices preventing early mother-child contact [31,32] have been identified as important factors related to the low EBF rates in Spain.

Thus, in order to increase the BF and EBF rates it is crucial to follow a comprehensive approach that tackles the individual, social, political, economic and health system dimensions, so more support is offered to women at all levels by all actors involved [33]. One of the key players in this supporting role are midwives, as their job is to provide support, care and advice during pregnancy, childbirth and the puerperium (adopted by the Meeting of the Council of the International Confederation of Midwives, 19 July 2005, Brisbane, Australia). Furthermore, their clinical practice allows a continuous and constant close contact with many women throughout their life cycle, which gives them a key role in supporting BF [34,35]. Several studies recognize that healthcare professionals do not have enough training in BF and that it is midwives who have the greatest knowledge and understanding in this topic [35–37]. In Spain, particularly, they have the specific competencies in the advice, support and promotion of BF [36,38].

The support midwives provide women with regards to BF has been defined according to two aspects: as a technical expert, where the physical and physiological part of BF prevails, and as an expert partner with a global vision of women in all spheres of life where she is an active participant of her own BF [39]. The literature shows that the most critical moment of BF, where most problems arise, corresponds to the first days after delivery, when the woman returns home after hospital admission. The first two weeks after are key to establishing BF, where the support and care of the professionals, and more specifically the midwife, is not only necessary, but crucial [40–42]. In Spain, it is the primary care (PC) midwives who continue the care and monitoring of women after their hospital stay, thus providing them a unique perspective on the positive and negative factors influencing BF and EBF of mothers in that critical period. Therefore, in this paper we aim to assess the barriers and facilitators of EBF in Tenerife (Canary Islands, Spain) from the perspective of PC midwives.

2. Materials and Methods

2.1. Study Design

The study was carried out in the island of Tenerife that belongs to the Canary Islands Autonomous Community in Spain. Tenerife is the largest island of all the Canary Islands 105 and the most populated of all Spanish Islands, due to increased birth rates and immigra-

tion. Regarding socioeconomic data for the first quarter of 2020, the unemployment rate is 19.8% and the employed population is 395.24 (in thousands of people) [43,44]. Considering the geographical definition of “Metropolitan Area/Zone”, Tenerife has 31 municipalities grouped into 11 counties, geographically located in the Metropolitan Zone, where its capital, Santa Cruz de Tenerife, is located, the North Zone and the South Zone. The population is greatly dispersed, which influences the organisation of health services. Most of the population lives in urban areas (832,736 inhabitants), while 71,977 inhabitants belong to the rural environment [43]. Tenerife’s health area has seven specialised healthcare centres and 39 Basic Health Zones (BHZ) with 101 115 healthcare centres, of which 39 are Health Centres (HC) and 62 local practices [45] (Table 1).

Table 1. Inhabitants according to the area of the island, taking into account foreign population (ISTAC 2018), employed population (ISTAC 2020) and BHZ (<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/mapa>) (accessed on 26 May 2020).

	North	South	Metropolitan	Total Population
Number of inhabitants	224.047	291.706	388.960	904.713
Number of foreign inhabitants	14.218	81.875	21.103	117.196
Employed population (in thousands)	93,42	129,78	172,04	395,24
Number of BHZ	12	10	17	39

The current PC midwife staff in Tenerife is 53 (52 women and one man). We performed a qualitative study based on individual in-depth semi-structured interviews, a research method that allows to learn depth, detail and individual perspectives of complex realities [46]. We recruited PC midwives using a convenience snowball sampling technique designed to include a pre-defined set of midwives’ profiles. These included different midwives’ characteristics such as age, workplace, type of population served, work experience, specific training in BF, whether they had children and whether their children were breastfed (See details in Appendix A), in order to adequately represent the point of view of PC midwives in Tenerife and achieve saturation (the point at which no fresh data is evident). One of the researchers (SLLP) contacted the initial key informant, an experienced midwife in charge of coordinating all the BF groups in the island, who referred her to the rest of the subjects, as defined in the snowball technique.

The interview guide or script was developed by two of the authors (SLLP and LOG), and is included in the attachment (Appendix B). With the first eighteen interviews saturation was achieved, but two additional interviews were conducted to fulfil the pre-defined set of profiles. A total of twenty in-depth interviews (20 out of the 53 PC midwives of Tenerife) were carried out with midwives working in PC centres in Tenerife, 13 in the Metropolitan area, three in the North area and four in the South area. Among the interviewees there were midwives working for urban and rural populations, with an age range between 27 and 63 years old and varied working expertise and BF training, as well as mixed motherhood experiences (Appendix A).

2.2. Data Collection

The study was presented at one of the monthly meetings held by the PC midwives in Tenerife. They use these meetings to present topics of common interest, update protocols and conduct continuous training courses.

The field work was carried out between the months of November 2018 and February 2020. The interviews were carried out by SLLP according to availability of the midwives in the following manner: Three in person, one by phone call and 16 by video call.

2.3. Ethical Considerations

The interviews were digitally recorded in audio after receiving the participants' written consent. Participants were informed about the objectives of the study and were guaranteed anonymity and confidentiality when expressing their opinions. They were assured that their participation was voluntary and that they could withdraw from the study at any time (Appendix C).

This study obtained prior permission from the Tenerife PC Management (Research Area) and approval of the Research Ethics Committee of the Autonomous University of Madrid (Madrid, Spain).

Throughout the article, we refer to the term “midwife” to refer to both women and men in order not to identify the speech made by the only man who is part of the sample.

2.4. Analysis

Interviews, carried out in Spanish, were transcribed verbatim. Data was anonymised prior to performing the analysis and participants' names were removed from the transcripts and replaced by numbers. The transcripts of the interviews were analysed using a content analysis [47]. To facilitate the coding process we used the programme Open Code 3.6 [48]. Firstly, transcriptions were coded line for line, following an inductive approach that creates emerging codes that summarise the content of each sentence in a paragraph. After, codes were categorised according to whether they were, in general, “facilitators” or “barriers” of EBF, to later identify them in a chronological order by subcategories.

This research has its own conceptual framework (Figure 1), adapted from the Ecological Model of Bronfenbrenner [49], where the different levels that affect EBF are indicated, together with the results obtained per level. This work presents only the results related to the first four categories: individual, family, community and work.

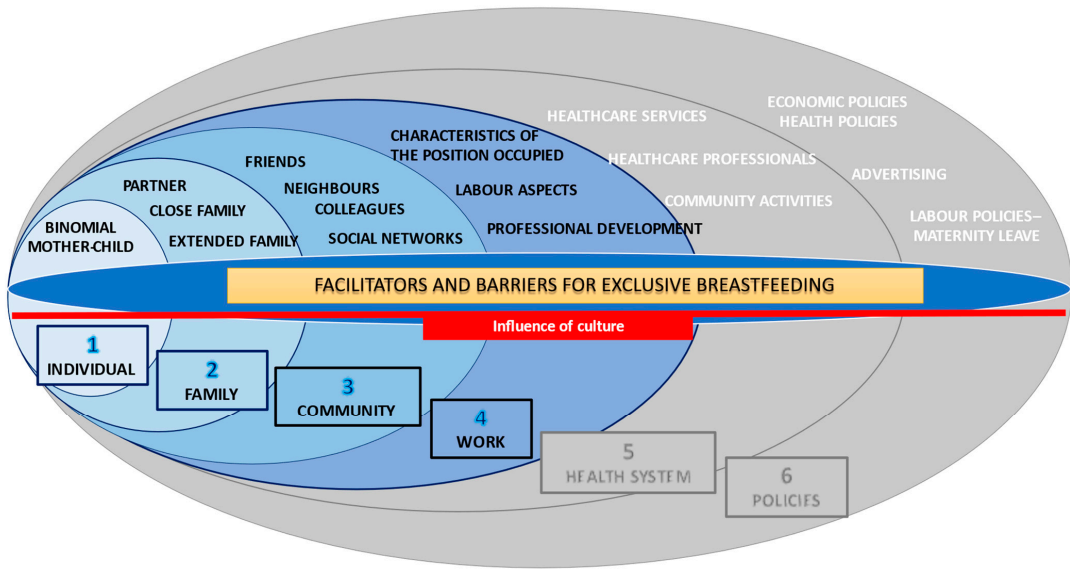


Figure 1. Barriers and facilitators for exclusive breastfeeding in women's biopsychosocial spheres according to primary care midwives in Tenerife (Canary Islands, Spain). Authors: Seila Llorente-Pulido; Estefanía Custodio; María R. López-Gimenez; Belén Sanz-Barbero; Laura Otero-García. Article Type: Original Research. Adaptation of Bronfenbrenner's Ecological Model.

3. Results

In this section we describe the results for each of the biospheres (individual level, relationship level, community level and work level) following the conceptual framework structure.

3.1. Individual Level

3.1.1. Maternal Factors That Make Adherence to EBF Difficult

1.1.1. Physical and physiological factors that lead women to stop EBF.

Midwives perceive that the most common physical problem encountered by women is related to an inadequate latch of the infant to the mother's breast. This leads to a series of problems that begin with the appearance of cracks causing pain in the nipple, insufficient stimulation of the breast and therefore poor milk production, weight loss of the infant, and, finally, termination of EBF if this is not resolved early.

"... the first few days the problem they find the most is the latching on, which means they are already starting to have problems with cracks, a chain that can lead to significant suffering due to the pain." (E7)

1.1.2. Women feel tired to carry out EBF as part of the upbringing.

Midwives point out that women decide to abandon EBF due to the lack of rest that it entails and the feeling of dependency that looking after a newborn implies. The informants point out that, in the majority of cases, women bear all the weight of the caring tasks and domestic chores. This produces an overload for her and an accumulated fatigue, leading to her decision to stop BF.

"...as a difficulty after tiredness, lack of sleep... this can be the cause of abandonment, or the lack of will to breastfeed..." (E4)

1.1.3. The vulnerability of women during the postpartum period harms EBF.

Midwives are aware that the postpartum stage is a period where women experience physical and hormonal changes, but also changes on a psychological and emotional level. The puerperium is a period where women feel vulnerable and insecure in facing this new stage and the great change to their life in general, and BF in particular, that raising a child entails.

"...because postpartum is the most important period for EBF to be well established and when women are most vulnerable and need support..." (E9)

1.1.4. Women who lack motivation abandon EBF.

Midwives point out that women's lack of motivation for EBF is an important factor for its completion, which can be understood when women, prior to childbirth, are unclear about undertaking BF, are not previously informed about it or do not seek help when they have difficulties. The decision to stop EBF can occur at the beginning, before having established BF, or later on, when complications arise in the short- or long term.

"... if the motivation is not very clear, if you are not sure, difficulties appear and you don't try to solve them, because the logical thing is that you quit." (E5)

1.1.5. Lack of confidence as a "mammalian animal" limits women's adherence to EBF.

Midwives perceive that women have many doubts and fears about their ability to breastfeed due to the multiple myths surrounding BF. The informants mention that women forget they are mammalian animals with enough capacity to feed their young with only their breast milk. It is this lack of confidence in their own BF, midwives point out, that can hinder their adherence.

"... We lack a lot of self-confidence, starting during pregnancy, to think that women have milk, they question whether they will have milk, and who doesn't have milk? I think we have little instinct to follow the natural process..." (E8)

1.1.6. Ending EBF for artificial feeding as the latter can be delegated.

Midwives perceive that women quit EBF because they consider that artificial feeding provides greater comfort by providing more rest, greater ease in delegating infant care and the possibility of being able to lead a full social life.

“...we live in a culture of social comfort, where you want things to be solved now and at this very moment, and of course breastfeeding is not from that comfort culture.” (E7)

1.1.7. Women quit BF if they have had close negative experiences.

Midwives indicate that women with previous negative experiences in BF, either their own or through experiences of other women they are close to, such as their sisters, friends, etc., already decide to use artificial feeding when they are pregnant.

“...there are women who may have had previous negative experiences or a friend of theirs had a horrible experience, so they are already going downhill and she says: no, I’m not going to nurse...” (E2)

3.1.2. Maternal Factors Facilitating EBF Adherence

1.2.1. The predisposition of women to carry out EBF.

Midwives point out that the puerperium is a critical moment in which women experience changes on a physical level, but above all on an emotional level. The predisposition of women towards EBF is, according to them, the main driver to overcome the possible difficulties that may arise and finally make it successful.

“The motivation that each woman has to breastfeed and their conviction; that is the main positive factor for adherence to exclusive breastfeeding.” (E1)

1.2.2. EBF as a satisfying and empowering bonding experience.

Midwives describe how women tell them that being able to breastfeed produces satisfaction and well-being. The hormones secreted during EBF facilitate the establishment of emotional ties as a biological survival instinct, favouring the bond between mother and child.

“... the most important thing they say is that they know that breastfeeding is the best food there is, they are helping their defence system, and it is satisfying for them to be able to breastfeed their baby and also for the bond they have with the baby.” (E12)

1.2.3. The importance of previous positive experiences of BF.

The informants perceive that women who have already had at least one child, and have a previous positive experience with EBF, find it easier to carry it out. The confidence in themselves is greater as well as the tools to solve possible problems that may arise.

“The first child opens the way and, more than anything, you already know how to solve difficulties and I believe that women are no longer so overwhelmed, since when the baby cries they simply put the baby to the breast without questioning themselves too much. They are more confident.” (E5)

1.2.4. The active search for information in EBF as an indicator of greater adherence.

Midwives emphasise the importance of women informing themselves so they acquire the knowledge and tools that allow them to better understand the dynamics of EBF, thus increasing their self-confidence.

“...the more information you have the more power you will have later, especially during labour, about your delivery and about your lactation, the more information the better...” (E14)

1.2.5. Socioeconomic and cultural level and EBF.

Midwives perceive that women with a higher socioeconomic and cultural level have higher rates of EBF because they have the tools and skills to search for adequate information. Furthermore, these women have a greater ability to discern the information with scientific evidence.

“... women who have a higher economic level, with a university degree, and have a job have more access to information, and they are better informed and perhaps they have more initiatives and more desire to breastfeed than others.” (E4)

3.2. Relationship Level

3.2.1. The Family as a Barrier for EBF

1.1.1 The partner's lack of support impairs EBF.

Midwives indicate that the lack of support from the partner is a negative factor for EBF. This lack of support can mean a lack of implication in the upbringing because the partner believes EBF is not worth the sacrifice it implies for the woman and they count on artificial feeding as an affordable solution.

“... If you do not have the support of your partner and you have a person next to you who continues doing a bit their own thing, without getting involved, then even worse because you have to continue doing everything you did before plus breastfeeding ...” (E14)

1.1.2. Experience in parenting endorses the mothers of the mothers/mothers-in-law to advise artificial feeding against BF.

Midwives point out that women quit EBF due to lack of support from the extended family, specifically from the mothers of the mothers/mothers-in-law, who recommend artificial feeding, the same as they did with their own children. They show the new mother they have more experience and capabilities to look after the baby than she has, and she follows the advice received.

“... and particularly the lack of support by the mothers or mothers-in-law, who didn't breastfeed their babies. It is what they did and what they recommend.” (E17)

3.2.2. The Family as Facilitator for EBF

1.2.1. The partner as a fundamental pillar for a successful EBF.

Midwives highlight the important role the couple plays in the success of EBF in particular, and they describe their role as key to support the woman in such a vulnerable time as the post-partum period. Particularly if there is a distribution of household and upbringing tasks, this helps women breastfeed.

“If your partner is your accomplice in that support, also as a caregiver of the baby, that influences you, it will help you in breastfeeding, because he helps you in sharing what parenting is. Mothers who have support from their partner, I think they achieve a more successful and longer lactation.” (E7)

1.2.2. The grandmothers who EBF support women, thus promoting adherence.

The informants highlight the importance of support from mothers/mothers-in-law of the women (grandmothers) in EBF, in particular of those who decided to EBF at a time when artificial feeding was recommended. Midwives consider the grandmother as a benchmark in EBF for women and the second most important support figure after the partner.

“... When your mother, your grandmother and your great-grandmother have breastfed, it is very rare that you do not breastfeed because they will be on top of you. She feels she doesn't want to be less than them, you know?” (E11)

1.2.3. The extended family favours EBF by collaborating in the distribution of domestic and care tasks.

Midwives indicate that the family that supports EBF collaborates in the distribution of household chores and the care of the other children they have, allowing the woman to spend more time caring for the baby and their EBF.

“... The mother and the mother-in-law help in the postpartum providing their home-cooking in tupperware and taking care of the baby so that they can shower and stuff. The family is a very important positive factor for recovery and for maintaining lactation.” (E2)

1.2.4. The close presence of lactating women favours EBF.

Midwives point out that the positive experience of close relatives in EBF is very beneficial because the woman feels supported.

“...it is important for breastfeeding to have someone who has breastfed in your close circle, they may be mothers, grandmothers or an important figure such as a sister...” (E1)

3.3. Community Level

3.3.1. An Environment against BF as a Barrier for EBF

1.1.1. The setting does not support EBF.

Midwives point out that the lack of support from the setting, with negative comments about BF and the way of parenting, can create anxiety and burden mothers, leading them to decide to stop EBF. It is not easy for women to repeatedly have to endure, from their surroundings, a constant questioning about their way of caring for their baby.

“... if you want to breastfeed, but above all your environment is hindering you and they are continuously giving you a negative message, particularly at that very changing postpartum period, it is very easy to succumb.” (E14)

1.1.2. Women stop EBF because they decide to continue maintaining their previous social life.

The informants perceive that women want to continue leading the same social life as before, such as going out with friends or family, taking trips, etc., and this is sometimes incompatible with EBF. BF leads women to change the way they interact with others.

“Wanting to continue living the life you had before, the same trips, the same leisure, but breastfeeding puts a hold on this in many respects, because you can’t handle everything.” (E13)

1.1.3. Gender inequality negatively affects BF.

In Table 2 we have compiled the midwives’ perspectives on this issue.

Table 2. Gender inequality negatively affects BF.

Subcategories	Quotes from the Midwives
The negative influence of male chauvinism on upbringing and BF. Midwives perceive the negative influence of male chauvinism on upbringing and BF. Socially, there are many cases in which sexualisation of women occurs where women are valued more for their physical appearance than for other qualities or capacities. This generates an increased pressure and anxiety for them to continue staying “pretty or beautiful” in the same way as before.	<i>“...on a social level women are valued above all for their physical appearance, so we are immediately concerned with being as we were before, beauty and consumption are the things that are valued and it is not valued that a woman breastfeeds for three years, these women are referred to as hippies or weirdos ... ” (E8)</i>
The gender inequality in the couple relationship. The informants perceive that this gender inequality also occurs in the couple relationship, becoming compromised when they become parents. The woman focuses on caring for the child and the partner feels neglected, receiving less attention than before.	<i>“... There are many couples who separate in the postpartum period. The couple is tested, in the change from a couple relationship to parents of a baby”. “And many times, they do not support them in breastfeeding, on the contrary, they complain that they do not have time for them.” (E4)</i>
The simplistic conception of the woman’s breast. As another negative factor for BF in relation to the chauvinist society, the midwives point out the simplistic conception of the woman’s breast as an element without biological function, by not respecting BF in public. Socially, the breast of the woman in its breastfeeding function is not as accepted, despite the fact that BF in other mammals is more normalized.	<i>“...censuring a woman who is breastfeeding, because she’s showing her tit. Many women breastfeeding in public get bad looks, there are even people who tell them to cover themselves ... ” (E2)</i>

1.1.4. A society that carries a culture of artificial feeding harms BF.

Midwives point out the difficulty new mothers encounter when deciding to BF in a society like the Spanish one, where, in the 1930s, artificial feeding was the norm. All the myths and beliefs around the feeding of newborns often become the justification for abandoning BF and choosing artificial feeding as being healthier.

“... It is still very damaging that we are still dealing with women who have suffered the pressure of not breastfeeding and using formula. We know the great pressure and the great business that existed at that time.” (E3)

1.1.5. The current social construction of motherhood can negatively affect EBF, as reflected in Table 3 more in detail.

Table 3. The current social construction of motherhood can negatively affect EBF.

The loneliness that accompanies motherhood. Midwives highlight the feeling of loneliness that characterises motherhood today. They explain that before, women lived with the family and had the opportunity to face this stage together, while currently many women do not have the support of their partner or family, because they are not physically close or because their presence and involvement in parenting is non-existent. In these cases, women feel alone in seeing to the needs of a newborn 24 h a day, where additionally BF requires more time and exclusive dedication, without the possibility to delegate and be able to do other things.	“...the feeling of loneliness I think is an important factor, which is ascribed to motherhood, we women have it now in the postnatal period and it is seen more or less intensely depending on the support you have.” (E1)
Being a mother: a clash between expectations and reality as a negative factor for EBF. Midwives point out that the social idealisation of motherhood makes it difficult for women to adapt to the new situation. The lack of close references and true information on postpartum and motherhood causes women, after childbirth, to find themselves in a situation they did not expect, and without any tools to face it.	“...the differences between fiction and reality. The imaginary idea they had of what it is to be a mother, what they’ve seen in movies, what they’ve seen with their friends, a couple of hours is not the same as 24 h in the leading role of a nursing mother.” (E15)
The current individualistic society: loss of the “tribe” sense, key to EBF. Midwives highlight the influence of the general functioning of today’s society, much more individualistic in upbringing and especially in BF. The informants perceive that it can be a negative factor for new mothers to not have any close lactating women as a reference and as an example for them.	“We are in an individualistic society, raising our child alone, so you spend a lot of time alone with your baby in your house taking care of it without other women who support you, we are not surrounded by our relatives who support us with breastfeeding as they used to.” (E4)

3.3.2. A Protective EBF Surrounding Facilitates Adherence

1.1.1. Women who are breastfeeding seek physical and/or virtual support networks to continue EBF.

Midwives point out that breastfeeding women seek support networks to accompany and share their experiences. The search for support occurs through social networks or through the creation of BF groups. The informants refer to these networks as “tribes”.

“... There are many women who breastfeed and follow midwives who have webpages, or mothers who breastfeed a lot and a social network bond between these women, that perhaps didn’t exist in society, is formed.” (E8)

1.1.2. Women belonging to pro-breastfeeding cultures choose EBF.

The informants point out that there are cultures that are more predisposed to breastfeeding and it is more common for BF knowledge to be passed from generation to generation, making it normal and more visible as the ideal food for the baby.

“... African or Arab women have very few breastfeeding problems, they have seen it with their sisters, or have several children and live in a community, they help each other.” (E9)

1.1.3. Living in a rural area improves women’s adherence to EBF.
Midwives point out that women who live in rural areas decide to EBF more than in urban areas since they live closer to the extended family and have a more nurturing environment where EBF is the usual way to feed children.
“...society in rural areas sees breastfeeding more normal and they do it naturally, different to what happens in city areas. In the villages they have more of a habit of breastfeeding.” (E14)

3.4. Work Level

3.4.1. Labour Factors That Harm BF

In Table 4 we have assembled the midwives’ perspectives on work characteristics that hinder EBF.

Table 4. Work characteristics that harm BF.

Characteristics of jobs that hinder BF. Midwives indicate that women find it difficult to maintain EBF due to the lack of support at work in reconciling it with family life, related to the characteristics of the position they occupy.	<i>“...women with important positions do not even have half an hour of rest, but must always be available. This is causing them a lot of anxiety in returning to work, so they decide to bottle-feed.” (E15)</i>
Early return to work is detrimental to BF. Midwives perceive that insecure working conditions determine an early return, hindering EBF and upbringing.	<i>“... The population that I attended had very difficult work contracts, if they did not come back within 6 weeks, they no longer had a job. The commitment to their job and job insecurity, had a great influence on that too...” (E3)</i>
The inability to express milk at work leads to stopping EBF. The informants point out that the inability to express milk during the working day causes discomfort and problems that force women to abandon BF.	<i>“...especially the main problem is that not all jobs allow you to go and express your milk. Some mothers have told me: ‘Look, I have to stop this because throughout the day I could not go at any time to express milk and my breasts hurt, I could not stand it.’ (E14)</i>
Expressing milk at work, but in inadequate conditions. Midwives indicate that women manage to express milk at work in order to continue their BF, but in inadequate conditions, using their resting time for it, as in many jobs it is not even contemplated. They do not even have a dedicated space for it, and milk is usually expressed in bathrooms or remote places, where women feel uncomfortable.	<i>“...There are women who use the half hour they have for breakfast to express milk or there are times when they feel strange or are embarrassed. Sometimes they cry in the bathroom.” (E17)</i>

3.4.2. Work Factors That Promote EBF

We have not found any work factors that promote EBF. The lack of work facilities to maintain EBF leads women to overexertion.
Instead, we have reflected in Table 5 the motivations and strategies to reconcile work and family life as described by the midwives.

Table 5. Motivations and strategies to reconcile work and family life.

Maternal motivation is a protective factor to continue breastfeeding after returning to work. The informants point out that the return to work is a moment of important crisis in EBF. Many women highlight that the degree of involvement and motivation for EBF is more important than the return to work itself.	<i>"...in the end, those who really believe in breastfeeding, the fact that they work or not, is not decisive." (E15)</i>
Working woman and mother, conflict of interest. Midwives emphasise that the return to work with a small baby implies a conflict of interest for women, where in one way or another it is a resignation, either at a professional level or at the level of more present parenting.	<i>"Well, many times you give up breastfeeding or maternity or a more present upbringing you would like, the neuropsychology supports it or you have to leave your job a bit. Sometimes they are forced to leave even their job or a job promotion ... " (E1)</i>
Women seek ways to reconcile EBF and work at the cost of pay cuts. Midwives find that women are looking for a way to reconcile EBF but many times that implies a reduction in income or an increase in expenses if they decide to take the baby to a nursery.	<i>"And if I reduce the working hours, on the days that I do have to work, I have to pay for childcare, then I earn less and on top of that I am paying for care..." (E3)</i>
Need to plan ahead and get used to it previously. Midwives perceive that women are very concerned with going back to work and the care of their child in their absence, so many prepare for that moment. Women decide to plan and start bottle-feeding or anticipate the introduction of complementary foods so someone else can feed their child while they are at work.	<i>"... If my child is going to stay with my mother or is going to go to kindergarten, I start giving him a bottle when he's two months old so he can get used to it, it is like planning ahead ... " (E8)</i>

In Figure 2 we represent a summary of the results included in each section.

FACILITATORS FOR EBF		BARRIERS FOR EBF	
WORK FACTORS THAT PROMOTE EBF.		LABOUR FACTORS THAT HARM EBF.	
NOT FOUND		4. WORK	
		• Characteristics of jobs that hinder BF. • Early return to work is detrimental to BF. • The inability to express milk at work leads to stopping EBF. • Expressing milk at work in inadequate conditions.	
A PROTECTIVE EBF SURROUNDING FACILITATES ADHERENCE.		AN ENVIRONMENT AGAINST BF AS A BARRIER FOR EBF.	
• Women who are breastfeeding seek physical and/or virtual support networks to continue EBF. • Women belonging to pro-breastfeeding cultures choose EBF. • Living in a rural area improves women's adherence to EBF.		3. COMMUNITY	
		• The setting does not support EBF. • Women stop EBF because they decide to continue maintaining their previous social life. • Gender inequality negatively affects BF. • A society that carries a culture of artificial feeding harms BF. • The ease of access to artificial feeding leads to abandoning EBF. • The current social construction of motherhood can negatively affect EBF.	
THE FAMILY AS FACILITATOR FOR EBF.		THE FAMILY AS A BARRIER FOR EBF.	
• The partner as a fundamental pillar for a successful EBF. • The grandmothers who EBF support women thus promoting adherence. • The extended family favours EBF by collaborating in the distribution of domestic and care tasks. • The close presence of lactating women favours EBF.		• The partner's lack of support impairs EBF. • Experience in parenting endorses the mothers / mothers-in-law to advise artificial feeding against BF.	
MATERNAL FACTORS FACILITATING EBF ADHERENCE		MATERNAL FACTORS THAT MAKE ADHERENCE TO EBF DIFFICULT	
• The predisposition of women to carry out EBF. • EBF as a satisfying and empowering bonding experience. • The importance of previous positive experiences of BF. • The active search for information in EBF as an indicator of greater adherence. • Socioeconomic and cultural level and EBF.		1. INDIVIDUAL	
		• Physical and physiological factors that lead women to stop EBF. • Women feel tired to carry out EBF as part of the upbringing. • The vulnerability of women during the postpartum period harms EBF. • Women who lack motivation abandon EBF. • Lack of confidence as a "mammalian animal" limits women's adherence to EBF. • Ending EBF for artificial feeding as the later can be delegated. • Women quit BF if they have had close negative experiences.	

Figure 2. Facilitators and barriers for EBF in relation to the biopsychosocial sphere of women.

4. Discussion

PC midwives of Tenerife describe, from their point of view, the different factors that positively and negatively influence EBF in relation to the biopsychosocial sphere of women

at the individual level, relationship level of the couple and family, community level of the environment and social networks, and at the work level.

In our study, at the individual level of women, midwives perceive that the barriers are related to physical and physiological complications in the breasts associated with an inadequate latch by the baby leading to pain and cracks, as well as other problems, such as breast engorgement and mastitis. This negative factor is also discussed by Medina et al. (2013) who relate the ineffective latch to the nipple to an inadequate nursing technique leading to the appearance of alterations in the breast [22]. Midwives point out that a low level of training negatively influences BF, as reflected in the study by Oribe et al. (2015), where they claim that the majority of women do not know how to prevent and solve these problems [21]. Calvo-Quirós (2008) relates maternal insecurity with a lack of knowledge about BF [50]. This maternal insecurity is of particular importance in the postpartum period, a period of increased vulnerability according to midwives, which specifically leads to women's lack of confidence and inability to feed their child, facilitated by the feeling of unreal hypogalactia. Oribe et al. (2015) and Medina et al. (2013) in their systematic reviews address the physical problems that can appear in the breast due to the lack of confidence and security in EBF, which is acquired through knowledge and information provided by healthcare professionals [21,22]. Medina et al. (2013) recognises that there is no consensus regarding the research methodology to relate the early breast problems with an inadequate technique. Midwives in our study emphasise the importance of reassuring mothers about their "mammalian" condition [22].

Another barrier at the individual level that midwives in our study highlight is the fatigue perceived by women, during the postnatal period, that negatively affect EBF and lead to its cessation. Quevedo-Navarro et al. (2014) define it as postpartum fatigue and describe it as "an imbalance between activity and rest, which hinders the well-being of the affected person" [51]. Along these same lines, Díaz-Gómez et al. (2016) mention night time awakenings as a reason leading to BF abandonment, since artificial feeding can be delegated and BF cannot [24]. Past negative experiences in BF, both one's own and those of others are also seen as having a negative influence on EBF initiation and duration. This negative experience is transmitted within the family from mothers to daughters, causing rejection of BF, as seen in other studies [52].

In order to turn around the situation the midwives indicate that, on an individual level, the women's motivation to keep BF is essential. This motivation may have different origins. According to our study, midwives perceive that women with a high socioeconomic and cultural level have a greater predisposition to breastfeed and therefore higher rates of EBF, also found by other authors [24,26]. Specifically, González et al. (2008) found that higher education levels are related to higher rates of BF, possibly due to the ease of access to information [27]. On the other hand, midwives also indicate that the satisfactory experience breastfeeding produces in women is a positive factor, as seen in the study by Thomson et al. (2012) [25]. There is scientific evidence that shows that the well-being produced by breastfeeding prolongs EBF, and is associated with a higher quality and duration [24,26]. Rius et al. (2014) refer to the subjective feeling in the mother when she realises she is capable of producing enough milk and is able to feed her child, which increases her self-confidence [26]. These results reinforce the importance of providing women with support and training, as well as promoting BF in order to overcome physical and physiological difficulties with BF and build up the mothers' motivation to initiate and continue with appropriate BF practices during the recommended time periods. Therefore, we recommend the design of activities aimed at promoting BF from pregnancy and childbirth that offer theoretical and practical information on the proper breastfeeding techniques and how to address possible BF problems or complications, which would motivate women as well as improve their self-confidence.

Moreover, the midwives also point out the importance of assistance from the partner and close family for the maintenance of EBF, coinciding with the mother's perspectives described in the studies by Conde-Puertas et al. (2014), where the women who had been

interviewed indicated that their partner was key to support in BF [53], followed by the support from grandmothers, both the mothers and the mothers-in-law of the women [24,26]. In their systematic review, Ogbo et al. (2020) have studied the active support activities that partners can carry out in order to favour EBF, according to women's needs through not only verbal stimulation but collaborating in house chores and with the upbringing of children [54].

The same way as the partner's and family's support can be a facilitator of EBF, midwives also highlight the lack of this support as an important barrier to EBF, similar to what was found by González et al. (2008) [27]. We thus recommend that the BF training and promotion activities are also targeted to the partner and the rest of the family particularly to the mothers of the mothers/mothers-in-law, so as to increase their involvement and understanding of the mother-child binomial, and therefore encourage the BF culture.

Furthermore, women who experience (ex) partner violence during pregnancy, childbirth and postpartum are more vulnerable, as they frequently suffer from mental health disorders, more cardiovascular problems and increased substance use [30,55–57]. Thus, they have increased difficulties in carrying out their self-care and suffer more insecurities when caring for their child and therefore maintaining BF [58]. In fact, it has been observed that pregnancy and postpartum are the periods where (ex) partner violence intensifies, with psychological violence being the most prevalent [55,59,60], and negatively affecting BF [58].

Other BF barriers at the community level identified by the midwives are related to the lack of support from a society where the bottle culture predominates. This finding coincides with that found by other authors [53], indicating a negative relationship between duration of BF and little social support. In our study, midwives point to social demands as a negative factor since, for women, BF is a barrier to maintaining previous social relationships, as seen in other contexts [61].

Conversely, a supportive culture, environment and/or social network positively affects breastfeeding practices. Midwives interviewed report the existence of practices and beliefs belonging to certain pro-breastfeeding cultures where women find it easier to breastfeed than others. This finding can also be seen in other studies [26]. Otal-Laspas et al. (2012) explain that, in many cultures, BF is considered a fundamental part of the upbringing and thus women find it easier and have more support to breastfeed their children [62]. Midwives also describe the differences between urban and rural areas, with most reporting greater adherence in the latter. This may be related to the maintenance of traditional practices and a more supportive environment in the rural settings as indicated in the study by Calvo Quirós (2009) [50]. We thus recommend the creation of networks of pregnant women in the health centres themselves, and offering adequate virtual tools, where women can go and feel protected.

Additionally, the midwives highlight the importance of advertising in favour of BF and propose a change in perspective, with advertising campaigns showing active mothers breastfeeding, and not only mothers in the intimacy of their homes or bedrooms. Along these same lines, Díaz-Gómez et al. (2016) point out the advantages of breastfeeding promotion campaigns where the benefits of breastfeeding are emphasized, even if the disadvantages of artificial lactation are not mentioned [24].

At the work level, the midwives in our study did not identify any BF facilitators but highlighted several barriers. They underlined the negative relationship between current maternity leave in Spain and the duration of EBF. They indicate the return to work as one of the most critical moments for EBF, addressed also by other authors [21,24,26,27]. A maternity leave of less than six months is one of the main reasons for ending EBF [27]. Muñoz (2008) indicates that the precarious working conditions and the few possibilities to maintain BF lead women to end it [63]. On the other hand, midwives also point to the difficulty and lack of support women have to express milk during the working day, making it difficult to stimulate milk production due to stress [63]. In fact, Díaz-Gómez et al.

(2016) states that stopping BF is more related to the low production due to not being able to express milk during working hours, than the actual return to work [24].

Lastly, midwives mention the efforts and sacrifices women have to make in order to make EBF compatible with work, since in Spain there are few possibilities and legal resources to delay the return to work. In this respect, as reflected also in the study by Muñoz (2008), midwives highlight the importance of family support so women can go back to work [63]. Our recommendation is the design of strategies and public policies designed to promote BF and the work life balance, prolonging the maternity leave so EBF can be guaranteed for the first six months of life and that this period is remunerated.

Limitations of Our Study

Due to the study design, we are unable to establish a hierarchy in the results, that is identify which are the most important factors or those that most affect EBF, but we provide a rich description of this complex reality instead.

The convenience sampling hinders the possibility to generalize the results of the survey to the population as a whole, but we consider that the snowball technique applied allowed to saturate the discourse of the PD midwives according to their different profiles.

On the other hand, the use qualitative methods do not allow the results obtained to be extrapolated to other populations, although they provide in depth and detail perspectives not feasible to be obtained by quantitative methods. The health, labour and social policies, as well as pro-breastfeeding culture are heterogeneous and dependent on the context, limiting the generalisation of our conclusions across settings.

5. Conclusions

The facilitators and barriers for EBF in the island of Tenerife (Spain) happen at different levels: at work, community, relationship, as well as the individual level. Thus, revealing that the success or failure of BF is not only related to the mothers themselves, but instead, is an issue that needs to be addressed at all levels.

This study provides policy recommendations at each of the levels identified. We thus consider it can help health professionals to approach BF interventions, improving the information, assistance and support of mothers, their partners and their children, and it can also support policy makers to design informed policies that address the problem with an integrative perspective.

Author Contributions: Conceptualization: L.O.-G. and S.L.-P.; methodology: L.O.-G. and S.L.-P.; formal analysis: L.O.-G. and S.L.-P.; writing—original draft preparation: L.O.-G., E.C. and S.L.-P.; writing—review and editing: L.O.-G., E.C., B.S.-B., M.R.L.-G. and S.L.-P.; supervision: L.O.-G.; project administration: L.O.-G., M.R.L.-G. and S.L.-P.; funding acquisition: S.L.-P., M.R.L.-G. and L.O.-G. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research was funded by the Spanish Health Research Fund (PI 080306). Canary Islands Foundation Health Research Institute of the Canary Islands (FIISC). CIF: G76208396 Barranco de la Ballena, s/n Edificio Anexo al Hospital Universitario de Gran Canaria “Negrín” 35019—Las Palmas de Gran Canaria, Canary Island. Spain.

Institutional Review Board Statement: The study was approved by the Research Ethics Committee of the Autonomous University of Madrid (UAM) in 2018 (CEI-90-1679).

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study. Written informed consent has been obtained from the patients to publish this paper.

Acknowledgments: The authors thank all the primary care midwives of Tenerife who kindly agreed to be interviewed. We would also like to thank the primary care management authorities Gerencia de Atención Primaria of Tenerife for allowing the development of this study. Finally, the authors thank Zuleika Saz Parkinson and Isabel Olmos Calvo for providing language help.

Conflicts of Interest: The authors declare that they have no conflict of interest.

Appendix A. Profiles Primary Care Midwives

PSEUDONYM	AGE (years)	WORKPLACE	TYPE OF POPULATION SERVED	NUMBER OF BHZ	WORK EXPERIENCE (years)	SPECIFIC TRAINING IN BF	HAVE CHILDREN (number)	THEIR CHILDREN WERE BREASTFED (years/months)
E1	41	metropolitan	urban	1	9	Yes	2	3 years and 11 months/now
E2	34	metropolitan	urban	1	4	Yes	2	26 months/now
E3	43	metropolitan	urban	1	20	Yes	2	3 years and 2 months/now
E4	44	metropolitan	urban	1	10	Yes	1	3 years
E5	48	south	urban	1	15	Yes	2	6 months
E6	56	metropolitan	urban	1	33	NO	2	3 months/ 6 months
E7	60	metropolitan	urban	1	37	Yes	2	3 months
E8	35	south	urban	1	6	Yes	2	3 years and 6 months/now
E9	30	metropolitan	urban	1	5	Yes	0	-
E10	56	metropolitan	urban	1	30	Yes	2	4 months
E11	63	north	urban	2	40	NO	2	3 years
E12	35	metropolitan	urban	1	7	Yes	0	-
E13	38	north	urban	1	8	NO	2	3 years/11 months
E14	32	metropolitan	urban	1	7	Yes	0	-
E15	41	metropolitan	urban	1	5	Yes	1	1 years and 6 months
E16	60	metropolitan	urban	1	40	NO	2	4-5 months
E17	40	metropolitan	urban	1	11	Yes	1	2 years and 2 months
E18	32	south	urban	2	1	Yes	2	2 months/3 years
E19	28	north	rural	2	<1	Yes	0	-
E20	27	south	rural	2	1,5	NO	0	-

Figure A1. Profiles Primary Care Midwives.

Appendix B. Interview Script for Midwives

1. Facilities for women to breastfeed.

Based on your experience in consultation, what facilitating aspects do women verbalize when breastfeeding?

Do they have support at the family level? Do they have support from their partner? Do they have the ability to continue breastfeeding while at work?

2. Barriers or obstacles women have to breastfeed.

Based on your experience in consultation, what barriers for breastfeeding do women verbalize?

What are the most common problems women encounter during the first days when breastfeeding?

What are the most common problems women encounter when breastfeeding once breastfeeding has been established?

At what point do they have the most difficulties: at the beginning or in the following months?

Do they have breastfeeding problems after returning to work? What do women do to reconcile breastfeeding and work?

Where do they more easily express their problems: in consultation or in breastfeeding workshops?

3. PERCEPTIONS about the causes of breastfeeding abandonment.

In your experience, what factors do you consider responsible for the abandonment of breastfeeding during the first six months?

4. PERCEPTIONS about the causes of breastfeeding adherence.

In your experience, what factors do you consider responsible for adherence to breastfeeding during the first six months?

5. Proposal to improve the encouragement and promotion of adherence to breastfeeding.

Currently, what do you do in consultation to promote breastfeeding adherence? What could you do and what resources would you need to improve your care in this regard?

What measures would you propose at the social level to encourage and promote breastfeeding?

What measures would you propose to the health system to encourage and promote adherence to breastfeeding?

Appendix C. Information Sheet and Informed Consent

INFORMATION SHEET FOR STUDY PARTICIPANTS

Title of the research study: “Factors related to the adherence or abandonment of breastfeeding among women in Tenerife (Canary Islands)”

Information of the researchers responsible:

María Rosario López Giménez. Professor Department of Preventive Medicine, Public Health and Microbiology. Faculty of Medicine of UAM. e-mail: mrosario.lopez@uam.es

Laura Otero García. Assistant Lecturer of Nursing Department Section. Surgery Department. Faculty of Medicine of UAM. e-mail: laura.otero@uam.es

Information of the Doctoral student

Seila Llorente Pulido. Tenerife Primary Care midwife (South Zone)

Contact: telephone number 675313890 or email seila.llorente@hotmail.com

Information about the research study

The objective of this study is to identify the factors related to the adherence or abandonment of breastfeeding among women who reside in Tenerife (Canary Islands) during the first 6 months. This research is part of the Doctoral Thesis of Ms. Seila Llorente Pulido enrolled in the Doctoral Programme in Epidemiology and Public Health of the Autonomous University of Madrid.

Midwives from Primary Care of Tenerife will voluntarily participate in the study. A prior sampling will be carried out to collect information on all midwives and their work centres in order to make a selection based on different profiles. Your participation in the study will be requested by telephone at your workplace. For data collection, individual interviews will be carried out either in person or by phone, depending on availability. A record of these interviews will be made through a recording, with prior consent of the participants, although note-taking will also be used during the interview, always guaranteeing the anonymity and confidentiality of their comments. The estimated duration of the interviews will be one hour, although it will vary depending on how it develops.

Thanks to your collaboration, we intend to learn more precisely what the breastfeeding situation in Tenerife is and the reasons behind its abandonment, in order to be able to implement improvements. Your participation is completely voluntary. You can stop answering at any time and you can decline to answer any of the questions if you so wish, without having to give any explanation.

The people participating in the study undertake to keep the strictest confidentiality. The results of the study will be communicated to the scientific community, always keeping anonymity and confidentiality. You should also know that you have the right to access, cancel, modify or oppose your personal data by communicating it to the researcher.

If you have any doubt or question about your rights as a participant, or regarding the study in general, you can contact the responsible researcher or the Doctoral student through her email or phone number.

Figure A2. *Cont.*

WRITTEN INFORMED CONSENT

Title of the research study: “Factors related to the adherence or abandonment of breastfeeding among women in Tenerife (Canary Islands)”

Researchers responsible: María Rosario López Giménez and Laura Otero García

Doctoral student: Seila Llorente Pulido

Me (name and surname)

.....

I have read the information sheet that has been given to me.

I have been able to ask questions about the study.

I have received enough information about the study.

I have talked to:

.....

(Name and surname of researcher)

I understand my participation is voluntary.

I understand that I can withdraw from the study:

At any time.

Without having to give any explanation.

Without this affecting the care I receive.

I freely give my consent to participate in the study.

SIGNATURE OF THE PARTICIPANT:

SIGNATURE OF THE DOCTORAL STUDENT:

DATE:

DATE:

Figure A2. Information Sheet and Informed Consent.

References

1. WHO. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2003.

2. Hassiotou, F.; Geddes, D.T. Immune cell-mediated protection of the mammary gland and the infant during breastfeeding. *Adv. Nut.* **2015**, *6*, 267–275. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

3. Kull, I.; Melen, E.; Alm, J.; Hallberg, J.; Svartengren, M.; van Hage, M. Breast-feeding in relation to asthma, lung function, and sensitization in young schoolchildren. *J. Allergy Clin. Immunol.* **2010**, *125*, 1013–1019. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

4. Duijts, L.; Jaddoe, V.W.; Hofman, A.; Moll, H.A. Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics* **2010**, *126*, e18–e25. [CrossRef]
5. World Health Organization. *10 Facts on Breastfeeding*. World Health Organization; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2014; Available online: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/> (accessed on 23 March 2021).
6. Hörnell, A.; Lagström, H.; Lande, B.; Thorsdottir, I. Breastfeeding, introduction of other foods and effects on health: A systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations. *Food Nutr. Res.* **2013**, *57*. [CrossRef] [PubMed]
7. Yorifuji, T.; Kubo, T.; Yamakawa, M.; Kato, T.; Inoue, S.; Tokinobu, A.; Doi, H. Breastfeeding and behavioral development: A nationwide longitudinal Survey in Japan. *J. Pediatr.* **2014**, *164*, 1019–1025.e3. [CrossRef] [PubMed]
8. Mosca, F.; Gianni, M.L. Human milk: Composition and health benefits. *Pediatr. Medica Chir.* **2017**, *39*, 155. [CrossRef] [PubMed]
9. Del Ciampo, L.A.; Lopes Del Ciampo, I.R. Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* **2018**, *40*, 354–359. [CrossRef]
10. Hamdan, A.; Tamim, H. The relationship between postpartum depression and breastfeeding. *Int. J. Psychiatry Med.* **2012**, *43*, 243–259. [CrossRef]
11. Brown, A.; Rance, J.; Bennett, P. Understanding the relationship between breastfeeding and postnatal depression: The role of pain and physical difficulties. *J. Adv. Nurs.* **2016**, *72*, 273–282. [CrossRef]
12. Heinrichs, M.; Neumann, D.; Ehler, U. Lactation and stress: Protective effects of breast-feeding in humans. *Stress* **2002**, *5*, 165–203. [CrossRef]
13. Groër, M.W. Differences between exclusive breastfeeders, formula-feeders, and controls: A study of stress, mood, and endocrine variables. *Biol. Res. Nurs.* **2005**, *7*, 106–117. [CrossRef] [PubMed]
14. Krol, K.M.; Grossmann, T. Psychological effects of breastfeeding on children and mothers. *Bundesgesundheitsbl* **2018**, *61*, 977–985. [CrossRef] [PubMed]
15. Doan, T.; Gardiner, A.; Gay, C.L.; Lee, K.A. Breastfeeding increases sleep duration of new parents. *J. Perinat. Neonat. Nurs.* **2007**, *21*, 200–206. [CrossRef]
16. Kramer, M.S.; Kakuma, R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* **2012**, *2012*, CD003517. [CrossRef]
17. *Global Nutrition Report 2015: Actions and Accountability to Advance Nutrition and Sustainable Development*; International Food Policy Research Institute: Washington, WA, USA, 2015.
18. Situación de Salud Informe de Salud Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018. Informes, Estudios e Investigación 2020 Ministerio de Sanidad. Secretaría General Técnica Pº del Prado, 18–20. 28014 Madrid NIPO: 133-20-031-6. Available online: <https://cpage.mpr.gob.es/> (accessed on 29 July 2020).
19. Encuesta Nacional de Salud 2012. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Available online: <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/> (accessed on 4 May 2020).
20. World Health Organization. *Global Nutrition Targets 2025 Breastfeeding Policy Brief*. WHO/NMH/NHD/14.7; WHO: Geneva, Switzerland, 2014.
21. Oribe, M.; Lertxundia, A.; Basterrechea, M.; Begiristain, H.; Santa Marina, L.; Villar, M.; Dorronsoro, M.; Amiano, P.; Ibarluzea, J. 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*, 4–9. [CrossRef]
22. Medina, F.I.M.; Fernández, G.C.T. Breastfeeding problems prevention in early breast feeding through effective technique. *Enfermería Global* N° 31. *Rev. Electr. Trimest. Enfermería* **2013**, *12*, 443–444.
23. Abou-Dakn, M.; Fluhr, J.W.; Gensch, M.; Woeckel, A. Positive Effect of HPA Lanolin versus Expressed Breastmilk on Painful and Damaged Nipples during Lactation. 2011. Available online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20720454> (accessed on 4 May 2020).
24. Díaz-Gómez, N.M.; Ruzafa-Martínez, M.; Ares, S.; Espiga, I.; De Alba, C. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Rev. Esp. Salud Pública* **2016**, *90*, e1–e18.
25. Thomson, G.; Dykes, F.; Hurley, M.A.; Hoddinott, P. Incentives as connectors: Insights into a breastfeeding incentive intervention in a disadvantaged area of North-West England. *BMC Pregnancy Childbirth* **2012**, *12*, 22. [CrossRef] [PubMed]
26. Rius, J.M.; Ortuno, J.; Rivas, C.; Maravall, M.; Calzado, M.A.; López, A.; Aguar, M.; Vento, M. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. *Anales Pediatr.* **2014**, *80*, 6–15. [CrossRef] [PubMed]
27. González, I.A.; Huespe Auchter, M.S.; Auchter, M.C. Lactancia materna exclusiva factores de éxito y/o fracaso. *Rev. Posgrado Vía Cátedra Med.* **2008**, *177*, 2.
28. Vila-Candel, R.; Soriano-Vidal, F.J.; Murillo-Llorente, M.; Pérez-Bermejo, M.; Castro-Sánchez, E. Mantenimiento de la lactancia materna exclusiva a los 3 meses posparto: Experiencia en un departamento de salud de la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria* **2019**, *51*, 91–98. [CrossRef]
29. Haiek, L.N.; Gauthier, D.L.; Brosseau, D.; Rocheleau, L. Understanding breastfeeding behavior: Rates and shifts in patterns in Quebec. *J. Hum. Lact.* **2007**, *23*, 24–31. [CrossRef] [PubMed]
30. Almeida, C.P.; Cunha, F.F.; Pires, E.P.; SÁ, E. Common mental disorders in pregnancy in the context of interpartner violence. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* **2013**, *20*, 419–425. [CrossRef] [PubMed]

31. Gubler, T.; Krähenmann, F.; Roos, M.; Zimmermann, R.; Ochsenbein-Kölble, N. Determinants of successful breastfeeding initiation in healthy term singletons: A Swiss university hospital observational study. *J. Perinat. Med.* **2013**, *41*, 331–339. [CrossRef] [PubMed]
32. Dozier, A.M.; Howard, C.R.; Brownell, E.A.; Wissler, R.N.; Glantz, J.C.; Ternullo, S.R.; Thevenet-Morrison, K.N.; Childs, C.K.; Lawrence, R.A. Labor Epidural Anesthesia, Obstetric Factors and Breastfeeding Cessation. 2013. Available online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22696104> (accessed on 4 May 2020).
33. Bellù, R.; Condò, M. Breastfeeding promotion: Evidence and problems. *Pediatr. Med. Chir.* **2017**, *39*, 156. [CrossRef] [PubMed]
34. Frías, R.L.; Bello, H.M.J.; Fernández, R.A.A. La función de las matronas en la Edad Media. *Primer Semest.* **2019**, *13*, 17–25.
35. Pol-Pons, A.; Aubanell-Serra, M.; Vidal, M.; Martí-Lluch, R.; Ponjoan, A. Lactancia materna: Competencia básica de los profesionales sanitarios de atención primaria. *Aten Primar.* **2019**, *51*, 47–51. [CrossRef]
36. Pol-Pons, A.; Aubanell-Serra, M.; Vidal, M.; Ojeda-Ciurana, I.; Martí-Lluch, R.; Ponjoan, A. Breast feeding basic competence in primary care: Development and validation of the CAPA questionnaire. *Midwifery* **2016**, *42*, 87–92. [CrossRef]
37. Muñoz, L.C.; Sánchez, C.J.L.; Castanedo, H.S.; del Río, C.E.; Sota, M.S.; de Adana Herrero, S.M. ECoLaE: Validación de un cuestionario sobre conocimientos y habilidades en lactancia materna para enfermería. *Aten Primar.* **2020**, *52*, 373–380. [CrossRef]
38. Martínez, F.E.; del Pulgar, G.M.; Martín, P.A.; Zafra, O.M.D.; Fernández, P.M.L.; Montesinos, B.J.V. Análisis de la definición de la matrona, acceso a la formación y programa formativo de este profesional de la salud a nivel internacional, europeo y español. *Educ. Méd.* **2018**, *19* (Suppl. 3), 360–365. [CrossRef]
39. Swerts, M.; Westhof, E.; Bogaerts, A.; Lemiengre, J. Supporting breast-feeding women from the perspective of the midwife: A systematic review of the literature. *Midwifery* **2016**, *37*, 32–40. [CrossRef] [PubMed]
40. Gross, S.; Resnik, A.; Nanda, J.P.; Cross-Barnet, C.; Augustyn, M.; Kelly, L.; Paige, D.M. Early Postpartum: A Critical Period in Setting the Path for Breastfeeding Success. *Breastfeed. Med.* **2011**, *6*, 407–412. [CrossRef] [PubMed]
41. Hall, H.; McLelland, G.; Gilmour, C.; Cant, R. It's those first few weeks': Women's views about breastfeeding support in an Australian outer metropolitan region. *Women Birth* **2014**, *27*, 259–265. [CrossRef]
42. Burns, E.; Schmied, V.; Fenwick, J.; Sheehan, A. Liquid gold from the milk bar: Constructions of breastmilk and breastfeeding women in the language and practices of midwives. *Soc. Sci. Med.* **2012**, *75*, 1737–1745. [CrossRef]
43. ISTAC. Instituto Canario de Estadística de 2017, 2018, 2019 y 2020. Available online: <https://www3.gobiernodecanarias.org/istac/> (accessed on 26 May 2020).
44. INE (Instituto Nacional de Estadística). 2019. Available online: <https://ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p04/provi/10/&file=0ccaa002.px> (accessed on 26 May 2020).
45. Organización Territorial de Tenerife. Available online: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/mapa> (accessed on 26 May 2020).
46. Brounéus, K. In depth Interviewing: The process, skills and ethics of interviews in peace research. In *Understanding Peace Research: Methods and Challenges*; Höglundand, K., Öberg, M., Eds.; Routledge: London, UK; New York, NY, USA, 2011.
47. Graneheim, U.H.; Lundman, B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurs. Educ. Today* **2004**, *24*, 105–112. [CrossRef]
48. *ICT Services and System Development and Division of Epidemiology and Global Health*; Open Code 4.02; University of Umeå: Umeå, Sweden, 2013.
49. Bronfenbrenner, U. *La Ecología del Desarrollo Humano*; Paidós: Barcelona, Spain, 1971.
50. Quirós, C.C. Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. *Rev. Enfermer. Actual Costa Rica Octubre* **2008**, *15*. Available online: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/factoreslactancia.pdf> (accessed on 4 May 2020).
51. Navarro, Q.B.; Leal, B.S.; Villaescusa, P.R.; Castillejos, B.A. Influencia de la Fatiga Posparto Sobre el Tipo de Alimentación en el Primer Mes de Vida. 2014. Available online: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/95> (accessed on 4 May 2020).
52. Garfias Barrera, A.; Márquez Cardoso, E.; Moreno Aguilera, F.; Bazán Castro, M. Maternal and family risk factors that influence the abandonment of breastfeeding. *J. Med.-Surg. Spec.* **2007**, *12*, 53–57.
53. Puertas, C.E.; Herreras, H.I.; Escalante, A.I. Creencias, Actitudes y Barreras Percibidas por las Madres Adolescentes Respecto a la Lactancia Materna. *Parainfo Digital, Monográficos de Investigación en Salud*. ISSN: 1988–3439. Cualisalud 2014—XI Reunión Internacional—I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud. Available online: <http://www.index-f.com/para/n20/353.php> (accessed on 4 May 2020).
54. Ogbo, F.A.; Akombi, B.J.; Ahmed, K.Y.; Rwabilimbo, A.G.; Ogbo, A.O.; Uwaibi, N.E.; Agho, K.E. Breastfeeding in the community—how can partners/fathers help? A systematic review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2020**, *17*, 413. [CrossRef]
55. Jeanjot, I.; Barlow, P.; Rozenberg, S. Domestic violence during pregnancy: Survey of patients and healthcare providers. *J. Womens Health* **2008**, *17*, 557–567. [CrossRef] [PubMed]
56. Stockl, H.; Hertlein, L.; Friese, K.; Stockl, D. Partner, workplace, and stranger abuse during pregnancy in Germany. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* **2010**, *111*, 136–139. [CrossRef]
57. Vatnar, S.K.; Bjørkly, S. Victim of and witness to violence: An interactional perspective on mothers' perceptions of children exposed to intimate partner violence. *Violence Vict.* **2011**, *26*, 830–852. [CrossRef]

-
58. Mariano, L.M.B.; Monteiro, J.C.S.; Stefanello, J.; Gomes-Sponholz, F.A.; Oriá, M.O.B.; Nakano, M.A.S. Exclusive breastfeeding and maternal self-efficacy among women of intimate partner violence situations. *Texto Contexto Enferm.* **2016**, *25*, e2910015. [[CrossRef](#)]
 59. Escriba-Aguir, V.; Royo-Marques, M.; Artazcoz, L.; Romito, P.; Ruiz-Perez, I.; Martin-Baena, D. Personal and psychosocial predictors of psychological abuse by partners during and after pregnancy: A longitudinal cohort study in a community sample. *BJOG* **2013**, *120*, 576–582. [[CrossRef](#)]
 60. Jasinski, J.L. Pregnancy and domestic violence: A review of the literature. *Trauma Violence Abuse* **2004**, *5*, 47–64. [[CrossRef](#)]
 61. Nesbitt, S.A.; Campbell, K.A.; Jack, S.M.; Robinson, H.; Piehl, K.; Bogdan, J.C. Canadian adolescent mothers' perceptions of influences on breastfeeding decisions: A qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy Childbirth* **2012**, *12*, 149. [[CrossRef](#)]
 62. Otal-Lospaus, S.; Morera-Liáñez, L.; Bernal-Montañes, M.J.; Tabueña-Acin, J. El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea. *Matronas Prof.* **2012**, *13*, 3–8.
 63. Muñoz, C.L. La madre que amamanta y el entorno laboral. *Matronas Prof.* **2008**, *9*, 21–26.

6.2. ARTÍCULO 2. «BARRIERS AND FACILITATORS FOR EXCLUSIVE BREASTFEEDING WITHIN THE HEALTH SYSTEM AND PUBLIC POLICIES FROM IN-DEPTH INTERVIEWS TO PRIMARY CARE MIDWIVES IN TENERIFE (CANARY ISLANDS, SPAIN)»

Seila Llorente-Pulido^{1,2}, Estefanía Custodio^{3,4}, María Rosario López-Giménez⁵ and Laura Otero-García^{6,7,8}

¹ Doctoranda del Programa en Epidemiología y Salud Pública. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública y Microbiología. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid, 28029 Madrid, España.

² Servicio Canario de la Salud. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, Centro de Salud de San Isidro, 38611 Tenerife, España.

³ CIBER Enfermedades Infecciosas. Instituto de Salud Carlos III, 28029 Madrid, España.

⁴ Centro Nacional de Medicina Tropical. Instituto de Salud Carlos III, 28029 Madrid, España.

⁵ Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública y Microbiología. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid, 28029 Madrid, España.

⁶ Departamento de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid, 28029 Madrid, España.

⁷ CIBER Epidemiología y Salud Pública. Instituto de Salud Carlos III, 28029 Madrid, España.

⁸ Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III, 28029 Madrid, España.

Autoras de correspondencia: Seila Llorente-Pulido y Laura Otero García.

Fecha de publicación: 23 de diciembre de 2021

Revista: *International Journal of Environmental Research and Public Health (IJERPH)*

Editorial: MDPI

Categoría: *Salud Pública, Ambiental y Ocupacional*

Factor de impacto: 4,61 según *Journal Citation Reports* (2021)

Cuartil: Q1

Cita: Llorente-Pulido, S., Custodio, E., López-Giménez, M. R. & Otero-García, L. (2021). Barriers and Facilitators for Exclusive Breastfeeding within the Health System and Public Policies from In-Depth Interviews to Primary Care Midwives in Tenerife (Canary Islands, Spain). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), artículo 128.

<https://doi.org/10.3390/ijerph19010128>

Este artículo pertenece al número especial «Proteger, apoyar y promover la lactancia materna adecuada en el siglo XXI».

RESUMEN

Introducción: la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Meta Global de Nutrición para el año 2025, propuso aumentar la tasa de la lactancia materna exclusiva (LME) en los primeros 6 meses hasta al menos el 50 %. Para su consecución, se ha instado a los países miembros de la OMS a alcanzar la meta aplicando las medidas necesarias a nivel de políticas y sistemas de salud para proteger y promover la LME. Estas incluyen la promoción de la publicidad, la regulación de la publicidad de los sucedáneos de la leche materna, la promoción de 6 meses de permiso de maternidad remunerada obligatoria, así como políticas que incentiven la lactancia materna en el lugar de trabajo y en público, la promoción de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) en España en los sistemas de salud, y la inversión en formación y desarrollo de capacidades en materia de protección, promoción y apoyo a la LME. El objetivo de este estudio es describir las perspectivas de las matronas de atención primaria (AP) sobre los factores que benefician o perjudican la LME dentro del sistema sanitario y las políticas públicas.

Metodología: el estudio se llevó a cabo en Tenerife (Canarias, España) y se basa en una metodología cualitativa. Se realizaron 20 entrevistas en profundidad a matronas que trabajan en centros de AP de Tenerife, mediante un enfoque de análisis de contenido. Los datos de la transcripción se codificaron posteriormente siguiendo un enfoque inductivo.

Resultados: los factores que, según las matronas, afectan a la LME, en relación con el sistema sanitario, están relacionados con la formación de las profesionales sanitarias en lactancia materna y su apoyo a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. En cuanto a las políticas públicas, las matronas consideran que los periodos de baja por maternidad en España, junto con la falta de leyes y políticas sociales para proteger la LME, son perjudiciales.

Conclusión: los resultados de nuestro estudio muestran la necesidad de impulsar la formación y el papel de las profesionales sanitarias en la LME y, al mismo tiempo, promover políticas de protección que fomenten la igualdad, favoreciendo, entre otras cuestiones, la conciliación de la vida laboral y personal.

Palabras clave: lactancia materna exclusiva; investigación cualitativa; matrona; sistema sanitario; políticas públicas; España (*exclusive breastfeeding; qualitative research; midwife; health system; public policies; Spain*).



Article

Barriers and Facilitators for Exclusive Breastfeeding within the Health System and Public Policies from In-Depth Interviews to Primary Care Midwives in Tenerife (Canary Islands, Spain)

Seila Llorente-Pulido ^{1,2,*} , Estefanía Custodio ^{3,4} , María Rosario López-Giménez ⁵
and Laura Otero-García ^{6,7,8,*}

- ¹ PhD Programme in Public Health and Epidemiology, Preventive Medicine and Public Health and Microbiology Department, Faculty of Medicine, Universidad Autónoma de Madrid, 28029 Madrid, Spain
² Servicio Canario de Salud, Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, Primary Health Care San Isidro, 38611 Tenerife, Spain
³ CIBER Infectious Diseases (ISCIII), 28029 Madrid, Spain; ecustodio@isciii.es
⁴ National Centre for Tropical Medicine, Health Institute Carlos III, 28029 Madrid, Spain
⁵ Preventive Medicine and Public Health and Microbiology Department, Faculty of Medicine, Universidad Autónoma de Madrid, 28029 Madrid, Spain; mrosario.lopez@uam.es
⁶ Nursing Department, Faculty of Medicine, Universidad Autónoma de Madrid, 28029 Madrid, Spain
⁷ CIBER Epidemiology and Public Health (CIBERESP-ISCIII), 28029 Madrid, Spain
⁸ National School of Public Health, Health Institute Carlos III, 28029 Madrid, Spain
* Correspondence: seila.llorente@hotmail.com (S.L.-P.); laura.otero@isciii.es (L.O.-G.)



Citation: Llorente-Pulido, S.; Custodio, E.; López-Giménez, M.R.; Otero-García, L. Barriers and Facilitators for Exclusive Breastfeeding within the Health System and Public Policies from In-Depth Interviews to Primary Care Midwives in Tenerife (Canary Islands, Spain). *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2022**, *19*, 128. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010128>

Academic Editor: Amal K. Mitra

Received: 4 November 2021

Accepted: 21 December 2021

Published: 23 December 2021

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2021 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Abstract: The aim of this study is to describe the perspectives of Primary Care midwives regarding factors that benefit or are detrimental to exclusive breastfeeding (EBF) within the health system and public policies. The study was carried out in Tenerife (Canary Islands, Spain) and is based on qualitative methodology. Twenty in-depth interviews were carried out with midwives who work in Primary Care centres in Tenerife, using a content analysis approach. The transcript data were then encoded following an inductive approach. The factors, according to midwives, that affect EBF, with regard to the healthcare system, are related to training of healthcare professionals in breastfeeding and their support to women during pregnancy, childbirth and postnatal care. Regarding public policies, midwives believe the maternity leave periods in Spain, together with a lack of laws and social policies to protect EBF are detrimental. The findings from our study show that there is a need to boost training and the role of professionals in EBF and, at the same time, promote protective policies that foster equality, favouring, among other issues, the work-life balance.

Keywords: exclusive breastfeeding; qualitative research; midwife; health system; public policies; Spain

1. Introduction

The World Health Organization (WHO) recommends exclusive breastfeeding (EBF) during the first 6 months of life, and it has set the Global Nutrition Target for increasing the rate of EBF in the first 6 months up to at least 50% [1]. With these criteria in mind, the worldwide rates of EBF are still low (43%) and unevenly distributed; with regions like South Asia showing rates above 50% while West Africa have rates below 30%. The data from Europe are insufficient to establish proportions at the regional level [2], and the most recent statistics in Spain show an EBF rate at 6 months as low as 28% [3].

Taking this into account, the WHO member countries have been urged to reach the target by applying the measures necessary at the policy and health systems levels, to protect and promote EBF [1]. These include the promotion of publicity around EBF, the regulation of breast milk substitutes advertising, enacting 6 months mandatory paid maternity leave as well as policies that encourage women to breastfeed in the

workplace and in public, the promotion of the Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) in healthcare systems, and the investment in training and capacity-building in EBF protection, promotion and support [1].

With regard to legislation around breastfeeding (BF) and appropriate marketing of breast milk substitutes, the WHO/UNICEF published the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes (1981) with the aim of regulating unethical commercial and advertising practices, without imposing BF [4,5]. Legislation around this Code is insufficient in most countries, with the so-called rich countries having less legislation than the so-called poor countries. In Europe, only 3 out of 53 countries have legislation in line with this Code [6], and in Spain there are only two legal documents that address the issue [7,8].

In relation to the enactment of policies to protect BF, the Innocenti Declaration (1990) on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding urges governments around the world to adopt the necessary measures to achieve a “breastfeeding culture” [9]. In relation to this, the European Union proposed in 2019 specific measures to promote work-life balance, including paid parental leave for both parents for a minimum of 4 months (2 of them non-transferable) and flexible work arrangements, among others [10].

Currently there is variation in Europe between states with regard to the duration, transferability and remuneration of maternal, paternal and parental leave (both parents) [11]. Bulgaria has the longest maternity leave (58 weeks) and Germany has the lowest (14 weeks) [12]. In Spain, the current maternity leave, which has not changed in the last 32 years, lasts 16 weeks [13]. On the other hand, the duration of paternity leave has significantly increased in recent years, starting from 15 days in 2007 to the current 16 weeks in 2021 [14]. Therefore, maternity and paternity leaves are the same, but they are not transferable. On another note, Spain is the only European country that has a so-called “breastfeeding leave”. There are several alternatives to enjoy this leave. Thus, although this permission is called “breastfeeding leave” it is intended to allow both parents to care for the child, without specifically addressing the BF needs [14,15].

The BFHI is a strategy that aims to improve care practices in childbirth and BF in maternity wards [16]. In Europe, countries such as Slovenia have the highest percentages of baby-friendly hospitals (93%), while France and Portugal have the lowest (2%) [17,18]. In Spain, only 3.1% of all hospitals and maternity wards are accredited as BFHI [19]. Moreover, the lack of support from healthcare professionals and inadequate hospital practices have been identified as important factors related to the low EBF in Spain [20,21].

In the Spanish Health System, some of the main actors involved in the promotion and support of breastfeeding among women are midwives, who have the competencies to provide advice, support and promotion of BF [22]. In particular, it is the Primary Care midwives who continue the care and monitoring of women after their hospital stay. Thus, they have a unique perspective on the positive and negative factors influencing EBF in that critical period.

The factors that influence the establishment of EBF interact at different levels which constitute a complex reality. Previous work by the authors of this study showed the insights of Primary Care midwives in relation to the barriers and facilitators of EBF within the women’s biopsychosocial spheres [23]. This article aims to complete these results. The study uses a qualitative research approach, collecting data with in-depth interviews, an appropriate technique to capture in-depth, detailed and individual perspectives of complex realities [24].

There are few studies in Spain addressing EBF using a qualitative perspective, and those that do, are from a mother’s perspective [25–27]. To the best of our knowledge, this study is the only one aiming to address EBF from the point of view of midwives.

This is the reason why we consider this study to be especially relevant, since it aims to determine, from the point of view of Primary Care midwives, the barriers and facilitators of EBF within the Spanish health system and public policies, and more particularly in Tenerife (Canary Islands).

2. Materials and Methods

The materials and methods as well as the research conceptual framework presented here have already been published elsewhere [23]. The conceptual framework is represented in Figure 1 and is adapted from the Ecological Model of Bronfenbrenner [28], where the different levels that affect EBF are indicated, together with the results obtained per level. In a previous study we addressed the barriers and facilitators for exclusive breastfeeding (EBF) in women’s biopsychosocial sphere (individual, relationship, community and work levels) from the perspective of Primary Care midwives in Tenerife (in grey). In the present article, we present the results related to the last two categories (in blue): health system and policies. This second article completes all the different levels that affect EBF.

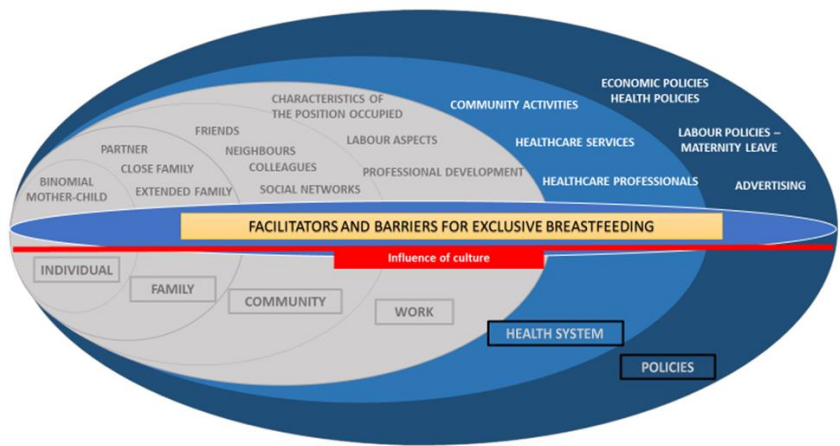


Figure 1. Barriers and facilitators for exclusive breastfeeding within the health system and public policies according to Primary Care midwives in Tenerife (Canary Islands, Spain). In the present article, we present the results related to the last two categories (in blue): health system and policies. Figure adapted from Llorente-Pulido et al. 2021 (in grey) and adaptation of Bronfenbrenner’s Ecological Model [23,28].

2.1. Study Design

The study was carried out on the island of Tenerife, belonging to the Canary Islands Autonomous Community in Spain. Tenerife is the largest of all the Canary Islands and the most populated of all Spanish Islands, due to increased birth rates and immigration. Regarding socioeconomic data, for the third quarter of 2021, the number of employed women in the Canary Islands was 406,400, corresponding to an employment and unemployment rate of 39.18 and 25.37%, respectively [29,30]. Considering the geographical definition of “Metropolitan Area/Zone”, Tenerife has 31 municipalities grouped into 11 counties, geographically located in the Metropolitan Zone, where its capital, Santa Cruz de Tenerife, is located, the North Zone and the South Zone. The population is greatly dispersed, which influences the organisation of health services. Most of the population live in urban areas (832,736 inhabitants), while 71,977 inhabitants live in a rural environment [29]. Tenerife’s health area has seven specialised healthcare centres and 39 Basic Health Zones (BHZ) with 101 healthcare centres, of which 39 are Health Centres (HC) and 62 are local practices [31] (Table 1).

Table 1. Inhabitants according to the area of the island, taking into account foreign population (ISTAC 2018), employed population (ISTAC 2020) and BHZ (<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/mapa>) (accessed on 26 May 2020).

	North	South	Metropolitan	Total
Number of inhabitants	224.047	291.706	388.960	904.713
Number of foreign inhabitants	14.218	81.875	21.103	117.196
Employed population (in thousands)	93.42	129.78	172.04	395.24
Number of BHZ	12	10	17	39

The current number of Primary Care midwife staff in Tenerife is 53 (52 women and 1 man).

We performed a phenomenologically designed qualitative study with an inductive focus based on individual in-depth semi-structured interviews [24,32–34]. We recruited Primary Care midwives using a convenience snowball sampling technique. Initially, S.L.-P contacted the initial key informant via a phone message to their cell phone. This key informant is an experienced midwife in charge of coordinating all the BF groups on the island, and she referred her to the rest of the subjects. At this time, S.L.-P contacted the rest of the midwives in a similar manner, through a message to their cell phone, and they were successively interviewed until saturation was achieved (the point at which no new data were evident) in order to adequately represent the point of view of Primary Care midwives in Tenerife. During the interviews, an initial questionnaire was filled out to register characteristics such as age, workplace, type of population served, work experience, specific training in BF, whether they had children and whether their children were breastfed (see details in Appendix A), to develop different profiles. With the first eighteen interviews, saturation was achieved, but two additional interviews were conducted to fulfil the predefined set of profiles. Four midwives did not participate in the study due to lack of time to carry out the interviews.

A total of 20 in-depth interviews (20 out of the 53 Primary Care midwives of Tenerife) were carried out, 13 in the Metropolitan area, 3 in the North area and 4 in the South area. Among the interviewees there were midwives working for urban and rural populations, between the ages of 27 and 63 and with varied working expertise and BF training, as well as mixed motherhood experiences (Appendix A).

The interview guide or script was developed by two of the authors, S.L.-P and L.O.-G. (PhD) and is included in the attachment (Appendix B).

2.2. Data Collection

The study was presented by S.L.-P at one of the monthly meetings held by the Primary Care midwives in Tenerife. They use these meetings to present topics of common interest, update protocols and conduct continuous training courses. In that meeting, the objective, current state of the art, interest and reasons for carrying out the research study were explained.

The field work was carried out between the months of November 2018 and February 2020. The interviews were carried out by S.L.-P, who has a nursing degree with a specialisation in obstetrics and gynaecology (midwife) and is a fifth year PhD candidate, with qualitative research training, according to the availability of the midwives in the following manner: 3 in person, 1 by phone and 16 using a video call. These interviews took place either in their homes, workplace or in a cafeteria, and lasted between 30–60 min. In most cases, the interviewees were alone, except in three cases (where their children or students were also present). They were carried out a single time, without having to repeat any of them. All interviews were audio recorded and the interviewer collected field notes during the interviews, but no transcripts were returned to participants for comment and/or corrections.

2.3. Ethical Considerations

The audio of the interviews was digitally recorded after receiving the participants' written consent. Participants were informed about the objectives of the study and were guaranteed anonymity and confidentiality when expressing their opinions. They were assured that their participation was voluntary and that they could withdraw from the study at any time (Appendix C).

This study obtained prior permission from the Tenerife Primary Care Management (Research Area) and approval of the Research Ethics Committee of the Autonomous University of Madrid (Madrid, Spain).

Throughout the article, we use the term "midwife" to refer to both women and men so as not to identify the speech made by the only man who is part of the sample.

2.4. Analysis

Interviews, carried out in Spanish, were transcribed verbatim by S.L.-P and an independent company. The first interview carried out was used as a pilot study. Data were anonymised prior to performing the analysis and participants' names were removed from the transcripts and replaced by numbers. The transcripts of the interviews were analysed using a content analysis [35]. To facilitate the coding process, we (S.L.-P and L.O.-G) used the programme Open Code 3.6 [36]. Firstly, transcriptions were coded line for line, following an inductive approach that creates emerging codes that summarise the content of each sentence in a paragraph. The authors now provided a description of the coding tree for data analysis. Afterward, codes were categorised according to whether they were, in general, "facilitators" or "barriers" of EBF, to later identify them in a chronological order by subcategories (individual level of the woman, family, community, work, health system and public policies). The identification of topics was derived from the data. From the information obtained after the analysis, a framework was designed to structure the results (Figure 1). Participants did not provide any feedback on the findings.

3. Results

In this section we describe the results concerning the facilitators and barriers within the health system and public policies, following the conceptual framework structure. We provide participants' quotations to illustrate themes but do not identify the specific participant providing it.

3.1. Health System

3.1.1. Role of Community Activities in EBF

Aspects Regarding Community Activities That Hinder EBF

Lack of information about EBF in women who do not go to maternity/paternity preparation classes.

Midwives perceive that women who have not attended maternity/paternity preparation classes and have no contact with the world of BF at the family level, and do not have the initiative to document themselves, have more doubts and BF problems, often due to a lack of understanding of the dynamics and functioning of BF.

"Those who have had problems with the latching are those who have not come to the maternity preparation classes and who have not learned the proper technique." (E15)

In the maternity/paternity preparation classes, women show greater interest about childbirth and less about BF.

Midwives agree that women who attend maternity/paternity preparation classes show greater interest in topics related to childbirth, while BF gets moved to the back burner. Midwives perceive that women show greater concerns and doubts regarding the actual moment of delivery. Therefore, they may not pay so much attention during the BF session

and thus may not assimilate the information they are receiving, which causes a negative impact on the initiation of EBF and its adherence.

“I have become convinced that women go to maternal education because the main issue is childbirth. Breastfeeding and the rest is not a priority.” (E7)

Aspects Regarding Community Activities That Promote EBF

Participating in maternity/paternity preparation classes favours EBF.

Midwives highlight the importance of attending maternity/paternity preparation classes in order to acquire knowledge about the changes that occur during pregnancy, hygiene-dietary recommendations, information about labour and its phases, about BF, physical and psychological aspects during the postpartum stage and caring for the newborn. The objective of these classes is to allow women to be aware of these processes, normalise and express their feelings and offer them information that allows them to decide what is best for themselves and for their children. Specifically, in the BF session, its health benefits are explained, as well as how to carry it out both theoretically and practically, and what problems can be encountered, together with guidelines on how to solve them. All this is done with the main aim to motivate women to carry out EBF, by increasing their confidence and creating a climate of trust between the professional and the woman that will continue after the delivery, allowing problems and doubts to be adequately resolved at an early stage.

“It is positive to talk about breastfeeding during the maternity classes, to give them some basic notions, and very clearly explain to them the things they have to be aware of, particularly regarding the breastfeeding technique.” (E9)

Healthcare professionals need to approach BF in a simple way, to enhance learning.

The informants emphasise the importance of addressing BF in a simple way, without overloading the woman with too much information, so the message easily reaches mothers and fathers.

“... give precise information, hassle-free ... we should inform in the most natural way, not pressuring.” (E16)

Attendance of couples to the maternity/paternity preparation classes to understand EBF.

Midwives perceive that more fathers are becoming involved in the processes of pregnancy, childbirth, BF and parenting, and they are increasingly more present in the maternity/paternity preparation classes. If couples are informed, they will better understand the dynamics of BF and, most importantly, the mother-child dyad.

“If the couple has come to maternity education classes, if they have heard about breastfeeding, if they have understood what the milk production mechanism is like, if they are already clear on that, that’s a very important protective factor.” (E5)

Establishment of support social networks for EBF during the maternity/paternity preparation classes.

Another objective of the maternity/paternity preparation classes, according to midwives, is the establishment of social networks and the creation of emotional bonds between future mothers and their partners as a present and future support network. This allows women not to feel alone during pregnancy and especially after childbirth, allowing these relationships to continue later when attending EBF workshops aimed at community health.

“... people start coming to breastfeeding workshops when they have been in the maternity/paternity courses. There, a small women community is created, they interact with each other, a sort of bond is formed.” (E4)

EBF workshops as a meeting point for mothers.

Midwives find the creation and attendance of EBF workshops to be a positive factor, enabling women to share their experiences and concerns, facilitating the resolution of many difficulties and breaking the myths surrounding EBF that midwives have identified.

“... breastfeeding groups are a space where you can bring women together, you can observe all feedings and I think it also benefits them psychologically, because they see that many of their problems are shared.” (E9)

Pregnant women attending EBF workshops to enhance motivation and self-confidence. Midwives point out the importance of pregnant women also attending these EBF workshops so they can learn about the reality of postpartum and breastfeeding directly from other women. This allows pregnant women to be informed about EBF within a real context, where they can share doubts, and it also enhances the creation of women's networks. The main objective of their participation in these workshops is motivation and empowerment of women.

“... Women come who have been breastfeeding for two years, others who have been doing it for two months and others who have not given birth yet. So that encourages them a lot ... I tell them: look, tell each other the problems you have had, how you started, what happened to you that you almost gave it up.” (E11)

Allow couples and family members to attend the workshops to encourage support for EBF.

Midwives perceive a greater presence of partners and family members in maternity/paternity preparation classes than in EBF workshops. This could be due to the fact that in BF workshops there are other women who may expose their breasts which may make them feel uncomfortable. The informants point out the importance of including all the people around a nursing mother in the EBF process to promote their adherence and understanding.

“One learns that the people around the woman are the mainstay of the person and you have to support and involve them. And I'm doing it and it works for me and it's beautiful, it's wonderful, it's very beautiful.” (E3)

3.1.2. Influence of Healthcare Services in EBF

Hospital Practices that Impair the Early Onset of EBF

Lack of midwives in maternity wards negatively affects EBF.

The informants demand midwifery positions in maternity wards. Currently, postpartum wards are cared for by general nurses, without specific training to address postpartum and breastfeeding.

“... They do not receive enough help from the postpartum wards, because sometimes they come across staff without lactation qualifications, because many wards are still occupied by general nurse practitioners and not by midwives” “... there is strong evidence that the midwife is the professional who has to be in a postpartum ward ... ” (E9)

Contradictory messages from untrained personnel that make it difficult to start EBF early.

The presence of professionals untrained in BF during hospital admission negatively affects the early onset and adherence of women to EBF. If, during the first days, women receive contradictory and inadequate information about EBF, it can lead them to abandon it early.

“... They always usually comment that, in the first days of being admitted, they can receive different information. They sometimes feel they don't receive enough help or that they have even doubted things that were clear to them before and thus, miss out on exclusive breastfeeding.” (E4)

Negative messages about EBF by healthcare professionals increase uncertainty among mothers.

This lack of training by professionals facilitates the spread of negative messages, creating uncertainty in mothers and hampering adherence to EBF and parenting.

“... in the delivery room they are told to put the baby in the crib when they are alone in the room, not to do skin-to-skin contact. Those are the things that lead to insecure mothers.” (E3)

Inadequate hospital practices around childbirth and caesarean sections make EBF harder.

Certain practices around childbirth and caesarean sections continue to exist that impede the early onset of EBF. There are evidence-based Clinical Practice Guidelines on care in normal childbirth and breastfeeding that encourage and promote the early onset of EBF during labour and after a caesarean section. Midwives recognise that positive changes are taking place in this respect, but a lot remains to be done.

“The more complicated or perhaps more aggressive the delivery is, or less physiological, the more the establishment of breastfeeding is affected.” (E9)

Indiscriminate supply of teats as a barrier to EBF.

The indiscriminate supply and introduction of teats, nipple shields, pacifiers or bottles during the hospital stay negatively interfere with EBF.

“... many women go home from the hospital with nipple shields that later, when they come to the consultation, are very difficult to get rid of as the child has already gotten used to them ... ” (E19)

Lack of an assessment of the baby's feeding in the hospital, prior to discharge, hinders the establishment of EBF.

Midwives point out that an important barrier is the lack of assessment of BF prior to hospital discharge. This is a key moment for problems to arise. As soon as women get home, they may feel alone and incapable of identifying or solving problems.

“... typical problems of cracks because there has not been a good assessment of the latch-ing or problems of babies who are not suckling enough, a poorly established breastfeeding which has not been assessed.” (E1)

Hospital Practices that Favour the Establishment of EBF

Midwives highlight that the current hospital practices, which follow the National Health System's Strategy for normal childbirth care and the promotion of EBF, favour the early onset of EBF. The “Birth Plan” is a tool for the woman to indicate in writing how she would like the birth of her child to be and serves as a guide for professionals.

The Power of skin-to-skin contact to facilitate EBF.

Midwives emphasise that one of the practices that has changed the most and has facilitated the early onset of EBF is that, after birth, the newborn is placed in direct “skin-to-skin” contact with its mother. This practice, in addition to promoting EBF and providing warmth and protection, also creates a bond between mother and child.

“The birth plans have been very beneficial; they have encouraged us to have skin-to-skin contact. There is evidence linking successful breastfeeding with skin-to-skin contact and early initiation of breastfeeding.” (E3)

Ending the supply of bottles in maternity wards facilitates the implementation of EBF.

Midwives perceive that bottles are no longer offered indiscriminately in hospitals, enabling the newborn to learn the proper breastfeeding technique from the very beginning, thus not hampering EBF by the introduction of Artificial Feeding (AA).

“... as the hospital no longer dispenses bottles so quickly, mothers try a little harder, as before they gave bottles all the time and now they give less ...” (E20)

Availability of EBF Information for the general public in the hospital.

Some midwives indicate that hospitals provide information that favours EBF and can be used to educate new mothers. This information is usually in visible places in the form of a poster or banners.

“... I went to visit the delivery room, and on the baby carriages, in the cribs, there were little notes explaining how to interpret hunger cues.” (E3)

3.1.3. The Role of Healthcare Professionals in the Introduction and Maintenance of EBF The Role of the Midwife in EBF

Characteristics of the care provided by primary care midwives which hamper EBF.

Non-protocolised postpartum consultations impair EBF follow-up.

Midwives recognise that pregnancy monitoring is much more rigorous and protocolised than it should be, unlike postpartum. The periodicity of postpartum appointments does not always occur at the right time, nor is there an established and consensual follow-up, but it often depends on the availability of the midwife. The postpartum check-up always takes place in a consultation office, and there is no home visit.

“More support should be offered in the postpartum, because many times there is a stricter control in the pregnancy, once a month, and then in the postpartum the woman is left a little more neglected, with less control.” (E9)

Lack of consultation time by Primary Care midwives to adequately see to BF problems.

The informants point out that the lack of time in consultation is one of the main problems in properly assessing BF. The care load negatively affects BF as, in order to adequately assess the baby's feeding intake, time and patience are required, often for several days in a row. Very few midwives have specific consultation time dedicated to BF.

“... because it is also important for women to be able to consult you, but sometimes you don't devote all the time you really need, because your schedule is increasingly shortened and you cannot devote all the time the woman would need.” (E14)

On the other hand, there are midwives who currently cover several Basic Health Zones (BHZ) during the week, being in different health centres throughout the week, and thus are not able to see the same women continuously. This undermines the support and advice regarding BF in their absence.

“... not being able to be in the same consultation every day makes breastfeeding very difficult, because it is impossible to follow-up on any problem if you are only in a health centre two days a week.” (E18)

Role of the primary care midwife as facilitator of EBF.

The midwife is considered a key person in order to promote EBF within the health-care system.

Midwives highlight the importance of all professionals providing support to women throughout all processes, but particularly midwives, as they are considered to be crucial for promoting EBF.

“Clinical practice guidelines recognise the midwife as the person in charge of coordinating all actions related to breastfeeding as well as the rest of the team ...” (E1)

The support and monitoring of the pregnancy by the midwife in Primary Care allows creating and maintaining a relationship of trust with the woman throughout the entire process, which favours the adherence of EBF.

“It’s also positive, because in Primary Care you generally build confidence with the women and when they trust you, then many times they pay attention to your recommendations.” (E9)

Dealing with EBF prior to delivery enhances maternal willingness to carry it out. Midwives indicate that it is essential to address the issue of EBF prior to childbirth to inform women progressively, individually and with the adaptations necessary for each situation.

“... before giving birth, we start weaving a web to start putting them in contact with the world of breastfeeding, as her interest at that point in time is not breastfeeding and we have to take that into account.” (E7)

An early postpartum visit allows an early assessment of EBF. Midwives emphasise the importance of having a postpartum visit in the first days, as it is the critical period to start EBF and subsequently maintain it.

“From their last visit, I already programme their postpartum check-up appointment with them and I tell them: there we will talk about breastfeeding, I will see you as soon as you come back from the hospital, the next day, as there is when you see the problems of breastfeeding.” (E10)

The midwife must respect the mother’s decision without blaming her. The informants are aware that some women do not wish to breastfeed. The midwife must be informed of and accept each woman’s decision, respecting it and supporting them.

“... us midwives need to clearly accept that there are women who chose not to breastfeed and this is also OK and we must work to not demonise them, we have to free women from that guilt ... ” (E5)

Role of the Rest of the Professionals in the Primary Care Team in EBF
Healthcare attention by primary care doctors and nurses that hinder EBF (Table 2).

Table 2. Healthcare attention by Primary Care doctors and nurses that hinder EBF.

Subcategories	Quotes from the Midwives
Contradictory messages by healthcare professionals who are poorly trained in EBF The informants point out the lack of training of healthcare professionals as an important negative factor for EBF. Conflicting and erroneous messages given to women can have dire consequences for EBF.	<i>“... they do it with good will, but obviously when you are not up-to-date, then you talk about what you have gone through, what you remember was done ten years ago, and so you give wrong information which causes anxiety to the patient.” (E12)</i>
Negative comments by health professionals about the ability of women to breastfeed Midwives indicate that negative comments, without scientific evidence, made by health professionals about the anatomy and functionality of the breast can lead to the cessation of EBF, since they foster uncertainty in women.	<i>“Sometimes, it’s not so much about the wrong advice, but how I impose my advice. It’s best not to say anything than to say: ‘Oh, but you don’t have milk!’ ‘Oh, your breasts are soft, hasn’t your milk come in yet?’” (E3)</i>

Table 2. Cont.

Subcategories	Quotes from the Midwives
Health professionals insist on the maintenance of EBF without offering any solutions to the problems that arise The informants point out that Primary Care healthcare professionals insist on women continuing with EBF, despite the pain, without offering any solutions. The possible explanation for this could be the lack of training in BF.	<i>"But if it's hurting and you don't give me any solution, I have a crack and you don't know what to do with me, you just scold me to keep breastfeeding in pain, well, women just give up breastfeeding ... "</i> (E4)
Early introduction of other foods as a barrier to EBF Midwives regret the early introduction of formula and complementary feeding. The lack of scientific evidence of some recommendations given by some health professionals calls EBF into question.	<i>"The early introduction of complementary feeding by paediatricians is a tremendous battleground, and in the health centres there are no common criteria regarding this."</i> (E5)
Non-compliance with the International Code of Marketing of Breast Milk Substitutes The informants claim it is necessary to monitor and penalise the cases where there is non-compliance in order to protect BF.	<i>"... The agreement for commercialisation of breast milk substitutes is not complied with, it is almost always violated in all centres. The professionals themselves do not comply with it and there is no follow-up to see who complies and who does not, and there is no repercussion for those who do not comply ... "</i> (E2)

Primary Care health professionals, who are in continuous contact with women and their children once they come back to the health centre, play a key role in the establishment and maintenance of EBF. Lack of training in BF by family physicians, paediatricians, community nurses and paediatric nurses can lead to the cessation of BF.

Role of Primary Care Doctors and Nurses That Benefit EBF

On the contrary, when women come across professionals involved and trained in BF, they can be a fundamental pillar in maintaining EBF. It is very important for women to know which healthcare professional to go to in case of problems or doubts. As can be seen from Table 3.

Table 3. Role of Primary Care doctors and nurses that benefit EBF.

Subcategories	Quotes from the Midwives
Choice of the reference healthcare professional by women as a protective factor for EBF Midwives highlight the importance of the woman having a reference healthcare professional for her EBF to be successful. They also point out that it is important for the entire Primary Care team who is in contact with the woman and her child to have adequate training and give the same information.	<i>"... it is important for women to have a reference, at the professional level, who encourages breastfeeding, has knowledge about breastfeeding and knows how to solve difficulties ... breastfeeding usually works ... "</i> (E1)
Support of EBF by healthcare professionals benefits EBF. Midwives consider the support of EBF by healthcare professionals essential to promote and maintain EBF. Women need to feel accompanied to solve the difficulties that may arise during EBF.	<i>"The most important thing is that they do not feel alone, that they don't feel abandoned, that someone is listening to them, that pain is given the necessary importance even if it has no physiological or anatomical explanation ... "</i> (E3)

3.2. Policies

3.2.1. Specific Policies and Initiatives Surrounding EBF

Lack of Economic Policies to Support EBF

Little investment to promote and encourage EBF.

Midwives highlight the scarce investment in EBF by the public healthcare system, although they do recognise that a change is taking place and an effort is being made to improve this, though it is still limited.

“I think that from above they are beginning to support projects now . . . but I believe that breastfeeding has never been supported, neither from above nor from the paediatrician, that is, I believe that breastfeeding doesn't give money and things that don't give money don't have anyone to move them forward”. (E8)

Professionals interested in BF are discouraged because the health and institutional system hinders EBF.

The informants indicate that many healthcare professionals are interested in BF, but they become discouraged due to the lack of institutional support to carry out activities or initiatives to promote it.

“There are professionals who support breastfeeding and try to lead the way, but they are disappointed because if the leadership does not see the importance of breastfeeding or the broad benefits for the system and the whole of society, if they do not see it, they can't give it any weight, so they also need training . . . ” (E3)

Economic Policies That Promote EBF

Updating healthcare policies to promote EBF.

Midwives acknowledge the existence of small changes in policies in favour of EBF by the National Health System, and specifically the Canary Islands Health Service.

“ . . . I think the Primary Care Management is doing very well because it is promoting breastfeeding and training of professionals in BF which is the basic pillar that affects us. Money is being invested in that . . . ” (E2)

Institutional initiatives that promote EBF.

There are initiatives that promote EBF, professionals are getting involved so this continues to advance and improve. Initiatives such as BFHI, launched by WHO and UNICEF to encourage hospitals and health services to adopt practices that protect, promote and support EBF from birth, are ongoing. Tenerife hospitals are working to obtain this certification. In addition, there are health professionals, who come together to carry out studies and activities that go in the same direction.

“ . . . I love the initiatives such as the one of a midwife from the Canaries University Hospital because they get to the newspapers, to the public opinion, “be a god mother to a first-time mother”, it's a precious name that puts breastfeeding on the stage . . . ” (E3)

Labour Policies That Harm EBF

The duration of maternity leave is insufficient to cover EBF.

The informants point out that the duration of maternity leave is insufficient to cover EBF. In addition, these leaves, which would allow couples to organise themselves and prioritise when they are trying to decide how to maintain EBF, are not transferable.

“ . . . There aren't many laws that really support breastfeeding. You have a maternity leave of 4 months, when they tell you to nurse your baby for 6 months . . . ” (E1)

Absence of leaves that would allow women to delay their return to work to maintain EBF.

Midwives refer to the scarce employment and legal possibilities available for women to delay the moment they return to work in order to maintain EBF for as long as possible.

“What people are trying to do is join all the possible hours of breastfeeding together and return to work as late as possible just when the baby is already eating complementary foods.” (E5)

Advertising as an Obstacle for EBF

Advertising around artificial feeding negatively affects EBF.

Midwives indicate that the advertising surrounding artificial feeding is a negative factor for EBF. Mothers are easy targets for the bombardment of advertising on artificial feeding, with a wide variety of products and accessories available. EBF does not generate money for many sectors, so its advertising is not profitable.

“The pharmaceutical industry is very powerful. Perhaps this has a big influence on the promotion and prevention policies not being so strong, because if there is a pharmaceutical company behind with economic interests ... ” (E9)

The ease of access to artificial feeding leads to abandoning EBF.

Midwives perceive the ease of access to artificial feeding and all its supplements as a barrier to EBF. Women acquire artificial feeding easily and, when faced with physical problems in the breasts, difficulties or situations in which the demand for milk by the newborn increases, the mother thinks her milk does not satiate her child or she is not producing enough milk, so she resorts to possible substitutes available to feed her child.

“... easy access to artificial milk is negative for breastfeeding, because you go and it is no longer in the pharmacy, it is in the supermarket ... ” (E6)

Advertising EBF in a way that is not real harms nursing mothers.

Midwives point to the fact that BF advertised in a non-real context harms nursing mothers, as they do not feel identified with, thus EBF adherence is impaired.

“That image of a normal and active woman is missing, even if she’s breastfeeding.” (E3)

Advertising in Favour of EBF

Advertising for the promotion of EBF facilitates adherence.

Midwives perceive a change in the advertising of EBF compared to years ago, although they are aware that it is not enough. Women who claim their role as nursing mothers in society are those most promoting this change.

“Regarding advertising, it is true that in recent years there has been a lot of publicity in favour of breastfeeding. It can be seen in many media.” (E9)

Greater visibility of EBF in society.

Midwives have observed that women are increasingly breastfeeding in public, making it more visible and normalised in society, thanks to the women who fight for it.

“... there is an increasing presence of women breastfeeding on the street and in shopping malls, restaurants. I think society is accepting that part of breastfeeding.” (E7)

In Figure 2 we represent a summary of the results included in each section (Figure 2).

BARRIERS FOR EBF		FACILITATORS FOR EBF	
HEALTH SYSTEM			
	Aspects regarding community activities that hinder EBF	COMMUNITY ACTIVITIES	Aspects regarding community activities that promote EBF.
	- Lack of information about BF in women who do not go to maternity/paternity preparation classes (MPPC). - In the MPPC, women show greater interest about childbirth and less about BF.		- Participating in MPPC favours BF. - Healthcare professionals need to approach BF in a simple way, to enhance learning. - Attendance of couples to the MPPC to understand EBF. - Establishment of support social networks for BF during the MPPC. - BF workshops as a meeting point for mothers. - Pregnant women attending BF workshops to enhance motivation and self-confidence. - Allow couples and family members to attend the workshops to encourage support for BF.
	Hospital practices that impair the early onset of EBF.	HEALTHCARE SERVICES	Hospital practices that favour the establishment of EBF.
	- Lack of midwives in maternity wards negatively affects EBF. - Contradictory messages from untrained personnel that make it difficult to start EBF early. - Negative messages about EBF by healthcare professionals increase uncertainty among mothers. - Inadequate hospital practices around childbirth and caesarean sections make EBF harder. - Indiscriminate supply of teats as a barrier to EBF. - Lack of an assessment of the baby's feeding in the hospital, prior to discharge, hinders the establishment of EBF.		- The power of skin-to-skin contact to facilitate EBF. - Ending the supply of bottles in maternity wards facilitates the implementation of EBF. - Availability of EBF information for the general public in the hospital.
	Characteristics of the care provided by PC midwives which hamper EBF.	HEALTHCARE PROFESSIONALS	Role of the PC midwife as facilitator of EBF.
	- Non-protocolised postpartum consultations impair EBF follow-up. - Lack of consultation time by PC midwives to adequately see to BF problems.		- The midwife is considered a key person in order to promote EBF within the healthcare system. - Dealing with EBF prior to delivery enhances maternal willingness to carry it out. - An early postpartum visit allows an early assessment of EBF. - The midwife must respect the mother's decision without blaming them.
	Healthcare attention by PC doctors and nurses that hinder EBF.		Role of PC doctors and nurses that benefit EBF
	- Contradictory messages by healthcare professionals who are poorly trained in EBF - Negative comments by health professionals about the ability of women to breastfeed - Health professionals insist on the maintenance of EBF without offering any solutions to the problems that arise - Early introduction of other foods as a barrier to EBF - Non-compliance with the International Code of Marketing of Breast Milk Substitutes		- Choice of the reference healthcare professional by women as a protective factor for EBF. - Support of EBF by healthcare professionals benefits EBF.
POLICIES			
	Lack of economic policies to support EBF.	ECONOMIC POLICIES	Economic policies that promote EBF.
	- Little investment to promote and encourage EBF. - Professionals interested in BF are discouraged because the health and institutional system hinders EBF.		- Updating healthcare policies to promote EBF. - Institutional initiatives that promote EBF.
	Labour policies that harm EBF.	LABOUR POLICIES – MATERNITY LEAVE	Labour policies that benefit EBF.
	- The duration of maternity leave is insufficient to cover EBF. - Absence of leaves that would allow women to delay their return to work to maintain EBF.		None were found in this study.
	Advertising as an obstacle for EBF.	ADVERTISING	Advertising in favour of EBF.
	- Advertising around artificial feeding negatively affects EBF. - The ease of access to artificial feeding leads to abandoning EBF. - Advertising EBF in a way that is not real harms nursing mothers.		- Advertising for the promotion of EBF facilitates adherence. - Greater visibility of EBF in society.

Figure 2. Facilitators and barriers for EBF within the health system and public policies according to Primary Care midwife's perspectives in Tenerife (Canary Islands, Spain).

4. Discussion

Primary Care midwives of Tenerife present their perceptions about the different factors that positively and negatively affect EBF with regard to the healthcare system (taking into account community activities and health services and professionals) and different policies (economic, labour and health).

Within the health system, the barriers and facilitators for EBF were related to the care provided to women by health professionals during pregnancy, childbirth and postpartum. In relation to community activities (maternity and paternity preparation classes and breastfeeding workshops), the results of our study indicate the importance of future mothers attending classes prior to childbirth. The lack of adequate assistance to mothers, together with the consequent lack of information, is an important barrier to EBF. Midwives perceive that information given in prenatal classes on breastfeeding techniques facilitates EBF by preventing problems such as cracking and pain [37]. Other authors highlight the importance of women being informed as a method to prevent EBF cessation. The more informed the woman is, the more connected she will be with her pregnancy and her child, particularly regarding EBF [38]. On the other hand, midwives perceive that many women who do attend these maternity/paternity preparation classes seem to focus their concern on the time of delivery and the potential pain that accompanies it, leaving BF to a secondary position. This coincides with the attitude of women described in a study by Pascual et al. (2016) where women request that EBF be treated preferentially in postnatal classes, along with other topics such as care for the newborn and adaptation to motherhood [39].

For this reason, we emphasise the importance of receiving information on BF prior to childbirth, during the maternity/paternity preparation classes, and that all sessions are updated, well structured, and adapted to the working hours of future mothers and their partners in order to increase their attendance [39].

The midwives in our research also pointed out the importance of women's partners participating in the sessions, since social networks of great importance for the initiation and maintenance of EBF are generated, as reflected in studies by Su et al. (2007), Ortega et al. (2010) and Pascual et al. (2016) [39–41]. Regarding postpartum EBF workshops, our results, similar to those found in other studies [21,42,43], suggest that midwives perceive that attendance at the workshops by women and their partners, or other members of their personal network, has a positive impact.

Regarding the time of birth, the midwives in our study identified that the barriers to EBF during the woman's hospital admission are related to the lack of training of health professionals and the lack of a protocolised follow-up based on scientific evidence. This leads to practices that hinder early contact between mother and child as well as early onset of EBF, thus interfering with its establishment. Bandim Mariano et al. (2016) point out that the separation between mother and child after birth is associated with low levels of self-efficacy to carry out EBF, due to high levels of maternal stress and difficulties in understanding and identifying hunger signals in babies [44]. In addition, routine hospital practices, not based on scientific evidence, during vaginal delivery (inductions, episiotomies, unjustified obstetric manoeuvres) and caesarean sections (partner not present, no "skin-to-skin" contact with the mother and late onset of EBF), are detrimental to the onset of EBF, as reflected in the Clinical Practice Guidelines on care in normal childbirth and BF [45,46] and other studies [38,47–49]. The midwives interviewed highlighted that the lack of BF training of health professionals can lead to contradictory information being given to mothers (and their partners), by relating the anatomy of the breast with their ability to breastfeed, thus increasing their insecurity [50]. Another example of this lack of training is the indiscriminate supply of nipples (pacifiers, nipple shields or bottles) by health professionals in the first hours of the clinical postpartum period, which prevents the onset of EBF from being optimal [21,37]. Midwives reported that many women are discharged from hospital without a qualified health professional having evaluated the baby's feeding

intake. It is worth mentioning how important the assessment of the feeding intake is in order to intervene early and appropriately in each case [37]. The midwives interviewed expressed the need for all health professionals to be trained in BF, each one according to the role they play. Despite this, they claim that the figure of the midwife should not be limited to the delivery room in the hospital context, but that it is important that they can develop their care functions also in the maternity wards, accompanying women during other obstetric processes (pregnancy, postpartum and BF). The justification for this request is based on the fact that midwives have specific knowledge and skills for pregnancy, postpartum and BF care, as shown by scientific evidence [51–53]. Currently our healthcare system does not have legislation that can justify or regulate this request.

On the other hand, midwives also identify other hospital practices around birth that facilitate EBF, such as the practice of “skin-to-skin”, in accordance with studies by Gubler et al. (2013) and González et al. (2008) [38,42]. It is important that mother and child are not separated after delivery or a caesarean section [47–49]. All of this is included in the clinical practice guidelines on care in normal childbirth and BF; thus, following these recommendations is necessary for the optimal initiation of EBF, as shown in the study by Gutiérrez-Martínez et al. (2017) [47].

Regarding the postpartum period, the midwives in our study indicated that the absence of a protocolised postpartum visit once the mother and child return home from the hospital is a barrier to EBF. Their perception is that problems that may arise with EBF need to be addressed as early as possible. Women may feel lonely and need support for EBF-related problems in the first few days, so they should be cared for as soon as possible. The study by Rius et al. (2013) found that the time elapsed between hospital discharge and the postpartum follow-up by Primary Care is key for EBF [21], and Furnieles-Paterna et al. (2011) highlight that the ideal postpartum visit should be carried out by the midwife, in the mother’s house, within the first 48 h after discharge from the hospital [54]. The midwives in our study carry out the postpartum visit in the health centres, in the first days after delivery, depending on the availability of appointments (according to the available human resources). The duration of the check-up is approximately 20–30 min, which does not comply with an ideal postpartum follow-up visit [54]. In addition, they point out that there is no specific time devoted to BF during the consultation. The role of midwives as facilitators of EBF in Primary Care is essential, as clearly noted by the interviewees in this study and confirmed by other authors [21,37,42,55–58]. The lack of human resources in Primary Care, thus leading to lack of time for health professionals, implies that midwives must take extra time from their daily consultation to help women with EBF [39,59].

As for the rest of the Primary Care health team (paediatric and community nurses, family doctors and paediatricians), midwives indicated that the lack of their support and training constitutes a barrier to EBF [20,60,61]. Our study suggests that women abandon EBF due to problems that could have been avoided through good professional counselling [62]. Midwives indicated that the absence of training by Primary Care health professionals leads to a lack of unification of criteria when dealing with EBF. This leads to contradictory and negative messages regarding women and their breastfeeding. An example that represents this lack of training for health professionals occurs when they advise women to introduce formula milk and other foods early (before 6 months), which also breaches the Marketing Code of Breast Milk Substitutes [20]. On the other hand, with respect to Primary Care health professionals acting as facilitators, the results of our study show their important role in promoting EBF. It is essential that health professionals can be a person of reference for women, someone they can turn to should they need to. Oribe et al. (2015) describe paediatricians and midwives as key professionals in preventing EBF cessation [62].

A lack of sufficient labour and social policies, not enough legislation to protect EBF, as well as a lack of institutional support for health professionals who are motivated to promote EBF, are some of the barriers to EBF with regard to public policies.

Midwives emphasise, among the barriers to EBF within the different political and health institutions, the lack of their support at a national as well as local level. At the national level, health policies that focus on tackling diseases and their clinical prevention limit the prioritisation and investment of primary prevention and health promotion strategies [63]. Taking into account the results of our study, the lack of investment by institutions in measures to enhance EBF and the absence of laws to protect it, mean that its promotion and support remain exclusively in the hands of health professionals and their willingness to spend time on this matter. Training in BF depends on the will of health professionals themselves who are often not motivated to promote EBF due again to the lack of resources, time and support from the institutions themselves, as previously observed in other studies [59,63–67].

Regarding the lack of time and healthcare resources, it is worth mentioning the effect the 2008 economic crisis had on our healthcare system, causing cuts in its services [68]. More specifically, Primary Care was one of the services that suffered the most in this regard, something that has become apparent with the arrival of the COVID-19 pandemic [69]. On the other hand, it should be noted that Spain is one of the European countries with the lowest public spending on health, which does not coincide with its economic development. In fact, Spain is one of the countries with the lowest spending in all public services related to the welfare state [70].

On the other hand, some facilitators of EBF within economic and healthcare policies are some institutional initiatives fostering EBF that have begun to appear, such as the desire by some health centres to obtain the initiative for the humanisation of child-birth care and breastfeeding (IHAN) accreditation, and the intervention programme “be a god mother to a first-time mother” [71]. Rius et al. (2013) also point out that the updating of policies and institutional initiatives regarding EBF are also facilitating factors [21].

Regarding barriers related to labour and social policies, the results of our study show a lack of integration of the gender perspective. Despite the fact that the introduction of women into the labour market is a reality, and despite the existence of policies to promote equality, the truth is that in our context, certain social and family policies have not been developed sufficiently, such as the family care and support benefits, which currently overburden women [72–74]. Specifically, the midwives in our study indicate the insufficient duration of current maternal leave to cover the duration of EBF, coinciding with the results found in the study by Oribe et al. (2015) [62]. The BF leave was not mentioned by any of the midwives of the study, thus confirming the consideration that this leave does not specifically promote BF. A leave of one hour per day is not enough to maintain EBF, and the alternative cumulative BF leave only adds 21 days to the 16 weeks of parental leave, thus remaining insufficient to cover the 6 months EBF period recommended by the WHO. In the case of Sweden, maternal leave is longer (480 days), thus covering not only the duration of EBF, but also the rearing of the child in the subsequent months. In this sense, it is worth comparing the context of our study with others such as Norway. Not only is there a greater pro-breastfeeding awareness in Norway, but there are social and labour policies that facilitate family life, with greater health benefits associated with BF, and additionally the training of health professionals is promoted [21,73,75,76]. On the other hand, in our context, midwives have not identified any policy or labour measures to promote EBF.

Finally, with regard to the existence of policies that protect BF from an advertising point of view, the midwives in our study indicated that the absence of penalties for non-compliance with the International Code of Marketing of Breast Milk Substitutes is a barrier [77]. Midwives point to the negative aspect of advertising in favour of formula milk and its ease of access. The adverts concerning EBF do not correspond to reality. In the study by Díaz-Gómez et al. (2016) they indicate that in the campaigns to promote BF, although its benefits are highlighted, the disadvantages of formula milk are not pointed out, implying that the latter is normal or good [20]. Despite this, the results of our research found that the small increase in EBF advertising, largely thanks to mothers themselves who make their breastfeeding visible and normalise it on social networks, is a facilitating factor. Society should integrate BF into daily activities and women who breastfeed in public should not be singled out or rejected [20].

Therefore, our study contributes to improving knowledge about the factors that benefit or harm EBF. The analysis of our results has important implications in health professionals' clinical practice towards nursing mothers and their children. Our research also has repercussions for our legislators to guide and promote the development of public policies protecting EBF. For this reason, we emphasise that it would be very enriching to carry out studies taking into account the perception of women themselves about the positive and negative factors that influence their decision to breastfeed. In this sense, it would also be interesting and would complete this study, if the point of view of the rest of Primary Care professionals, as well as those involved in the care of childbirth and the immediate puerperium in the hospital setting, was investigated.

4.1. Limitations of Our Study

The study design allows for a rich description of the complex reality of midwives' perceptions on barriers and facilitators of exclusive breastfeeding in Tenerife, although it does not allow the establishment of a hierarchy in the results, that is to identify which are the most important factors or those that most affect EBF. The convenience sampling hinders the possibility to generalise the results of the survey to the population as a whole, but we consider that the snowball technique applied allowed us to saturate the discourse of the Primary Care midwives according to their different profiles.

On the other hand, the use of qualitative methodology does not allow the results obtained to be extrapolated to other populations. The health, labour and social policies, as well as pro-breastfeeding culture are heterogeneous and dependent on the context, thus limiting the generalisation of our conclusions across settings.

4.2. Strengths of Our Study

The results of our research are of great interest due to the scarcity of studies on the perception of Primary Care midwives of Tenerife on the barriers and facilitators for EBF and the limited bibliography about the impact of policies on EBF beyond the health sector overall. In addition, the use of qualitative methods provides an in-depth and detailed study on these perspectives which cannot be feasibly obtained using quantitative methods.

5. Conclusions

The findings from our study indicate that Tenerife's Primary Care midwives highlight several barriers and facilitators of EBF related to the healthcare system and public policies, greatly influencing its adoption and maintenance. According to the midwives' perspectives/experiences, these factors not only affect the decision of women to breastfeed, thus putting at stake the nourishment of the infant from a nutritional point of view, but also have an impact on health, parenting style and

socio-emotional development during childhood. The lack of development of economic, labour and health policies protecting motherhood/fatherhood, upbringing and childhood, have a clear impact on the WHO objectives to be achieved regarding EBF. On the other hand, the austerity measures adopted after the 2008 economic crisis, which have not been reversed, have led to little investment, particularly in Primary Care in the last decade, where there are limited human and health resources. The COVID-19 pandemic has shown and accentuated this lack of human and material resources in Primary Care, which could be jeopardising the promotion and support of EBF.

EBF must be approached from a gender perspective, demystifying and liberating women from being solely responsible for its success or failure. In order to do this, EBF must be tackled at a higher level, with social and collective competencies, since it not only affects the health of babies and mothers, but also has an impact on the health of the family, the community, and, ultimately, the entire society. The health system must promote the training of health professionals (especially those who are in contact with women and their children) in BF, requiring such training as an essential part of their clinical practice. For this, it would be positive to adequately develop this theme in undergraduate teaching. On the other hand, it is very important that the International Code of Marketing of breast milk substitutes be enforced in all health centres. The results of our study highlight the need to develop policies to protect the mother-child binomial and the whole family. For this, the development of public policies that prioritise equality and the integration of a gender approach is essential.

Author Contributions: Conceptualisation: L.O.-G. and S.L.-P.; methodology: L.O.-G. and S.L.-P.; formal analysis: L.O.-G. and S.L.-P.; writing—original draft preparation: L.O.-G., E.C. and S.L.-P.; writing—review and editing: L.O.-G., E.C., M.R.L.-G. and S.L.-P.; supervision: L.O.-G.; project administration: L.O.-G., M.R.L.-G. and S.L.-P.; funding acquisition: S.L.-P., M.R.L.-G. and L.O.-G. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research was funded by the Spanish Health Research Fund (PIFIISC 19/15). Canary Islands Foundation Health Research Institute of the Canary Islands (FIISC). CIF: G76208396 Barranco de la Ballena, s/n Edificio Anexo al Hospital Universitario de Gran Canaria “Negrín” 35019—Las Palmas de Gran Canaria, Canary Island, Spain.

Institutional Review Board Statement: The study was approved by the Research Ethics Committee of the Autonomous University of Madrid (UAM) in 2018 (CEI-90–1679).

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study. Written informed consent has been obtained from the patients to publish this paper.

Acknowledgments: The authors thank all the Primary Care midwives of Tenerife who kindly agreed to be interviewed. We would also like to thank the Primary Care management authorities Gerencia de Atención Primaria of Tenerife for allowing the development of this study. Finally, the authors thank Zuleika Saz Parkinson and Isabel Olmos Calvo for providing language help.

Conflicts of Interest: The authors declare that they have no conflict of interest.

Appendix A. Profiles Primary Care Midwives

PSEUDONYM	AGE (years)	WORKPLACE	TYPE OF POPULATION SERVED	NUMBER OF BHZ	WORK EXPERIENCE (years)	SPECIFIC TRAINING IN BF	HAVE CHILDREN (number)	THEIR CHILDREN WERE BREASTFED (years/months)
E1	41	metropolitan	urban	1	9	Yes	2	3 years and 11 months/now
E2	34	metropolitan	urban	1	4	Yes	2	26 months/now
E3	43	metropolitan	urban	1	20	Yes	2	3 years and 2 months/now
E4	44	metropolitan	urban	1	10	Yes	1	3 years
E5	48	south	urban	1	15	Yes	2	6 months
E6	56	metropolitan	urban	1	33	NO	2	3 months/ 6 months
E7	60	metropolitan	urban	1	37	Yes	2	3 months
E8	35	south	urban	1	6	Yes	2	3 years and 6 months/now
E9	30	metropolitan	urban	1	5	Yes	0	-
E10	56	metropolitan	urban	1	30	Yes	2	4 months
E11	63	north	urban	2	40	NO	2	3 years
E12	35	metropolitan	urban	1	7	Yes	0	-
E13	38	north	urban	1	8	NO	2	3 years/11 months
E14	32	metropolitan	urban	1	7	Yes	0	-
E15	41	metropolitan	urban	1	5	Yes	1	1 years and 6 months
E16	60	metropolitan	urban	1	40	NO	2	4-5 months
E17	40	metropolitan	urban	1	11	Yes	1	2 years and 2 months
E18	32	south	urban	2	1	Yes	2	2 months/3 years
E19	28	north	rural	2	<1	Yes	0	-
E20	27	south	rural	2	1,5	NO	0	-

Figure A1. Profiles of Primary Care midwives.

Appendix B. Interview Script for Midwives*Appendix B.1. Facilities for Women to Breastfeed*

Based on your experience in consultation, what facilitating aspects do women verbalise when breastfeeding?

Do they have support at the family level? Do they have support from their partner? Do they have the ability to continue breastfeeding while at work?

Appendix B.2. Barriers or Obstacles Women Have to Breastfeed

Based on your experience in consultation, what barriers for breastfeeding do women verbalise?

What are the most common problems women encounter during the first days when breastfeeding?

What are the most common problems women encounter when breastfeeding once breastfeeding has been established?

At what point do they have the most difficulties: at the beginning or in the following months?

Do they have breastfeeding problems after returning to work? What do women do to reconcile breastfeeding and work?

Where do they more easily express their problems: in consultation or in breastfeeding workshops?

Appendix B.3. Perceptions about the Causes of Breastfeeding Abandonment

In your experience, what factors do you consider responsible for the abandonment of breastfeeding during the first six months?

Appendix B.4. Perceptions about the Causes of Breastfeeding Adherence

In your experience, what factors do you consider responsible for adherence to breastfeeding during the first six months?

Appendix B.5. Proposal to Improve the Encouragement and Promotion of Adherence to Breastfeeding

Currently, what do you do in your consultation to promote breastfeeding adherence? What could you do and what resources would you need to improve your care in this regard?

What measures would you propose at the social level to encourage and promote breastfeeding?

What measures would you propose to the health system to encourage and promote adherence to breastfeeding?

Appendix C. Information Sheet and Informed Consent

INFORMATION SHEET FOR STUDY PARTICIPANTS

Title of the research study: “Factors related to the adherence or abandonment of breastfeeding among women in Tenerife (Canary Islands)”

Information of the researchers responsible:

María Rosario López Giménez. Professor Department of Preventive Medicine, Public Health and Microbiology. Faculty of Medicine of UAM. e-mail: mrosario.lopez@uam.es

Laura Otero García. Assistant Lecturer of Nursing Department Section. Surgery Department. Faculty of Medicine of UAM. e-mail: laura.otero@uam.es

Information of the Doctoral student

Seila Llorente Pulido. Tenerife Primary Care midwife (South Zone)

Contact: telephone number 675313890 or email seila.llorente@hotmail.com

Information about the research study

The objective of this study is to identify the factors related to the adherence or abandonment of breastfeeding among women who reside in Tenerife (Canary Islands) during the first 6 months. This research is part of the Doctoral Thesis of Ms. Seila Llorente Pulido enrolled in the Doctoral Programme in Epidemiology and Public Health of the Autonomous University of Madrid.

Midwives from Primary Care of Tenerife will voluntarily participate in the study. A prior sampling will be carried out to collect information on all midwives and their work centres in order to make a selection based on different profiles. Your participation in the study will be requested by telephone at your workplace. For data collection, individual interviews will be carried out either in person or by phone, depending on availability. A record of these interviews will be made through a recording, with prior consent of the participants, although note-taking will also be used during the interview, always guaranteeing the anonymity and confidentiality of their comments. The estimated duration of the interviews will be one hour, although it will vary depending on how it develops.

Thanks to your collaboration, we intend to learn more precisely what the breastfeeding situation in Tenerife is and the reasons behind its abandonment, in order to be able to implement improvements. Your participation is completely voluntary. You can stop answering at any time and you can decline to answer any of the questions if you so wish, without having to give any explanation.

The people participating in the study undertake to keep the strictest confidentiality. The results of the study will be communicated to the scientific community, always keeping anonymity and confidentiality. You should also know that you have the right to access, cancel, modify or oppose your personal data by communicating it to the researcher.

If you have any doubt or question about your rights as a participant, or regarding the study in general, you can contact the responsible researcher or the Doctoral student through her email or phone number.

WRITTEN INFORMED CONSENT

Title of the research study: “Factors related to the adherence or abandonment of breastfeeding among women in Tenerife (Canary Islands)”

Researchers responsible: María Rosario López Giménez and Laura Otero García

Doctoral student: Seila Llorente Pulido

Me (name and surname)

I have read the information sheet that has been given to me.

I have been able to ask questions about the study.

I have received enough information about the study.

I have talked to:

(Name and surname of researcher)

I understand my participation is voluntary.

I understand that I can withdraw from the study:

At any time.

Without having to give any explanation.

Without this affecting the care I receive.

I freely give my consent to participate in the study.

SIGNATURE OF THE PARTICIPANT:

SIGNATURE OF THE DOCTORAL STUDENT:

DATE:

DATE:

References

1. World Health Organization. *Global Nutrition Targets 2025 Breastfeeding Policy Brief*; WHO/NMH/NHD/14.7; WHO: Geneva, Switzerland, 2014.
2. *Global Nutrition Report 2015: Actions and Accountability to Advance Nutrition and Sustainable Development*; International Food Policy Research Institute: Washington, WA, USA, 2015.
3. Encuesta Nacional de Salud 2012. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible. Available online: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/> (accessed on 21 December 2021).
4. WHO. *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna: Preguntas Frecuentes (Actualización de 2017)*; Organización Mundial de la Salud: Ginebra, Switzerland, 2017; Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
5. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría *¿Qué es el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna?* Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. 2016. Available online: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201601-codigo-comercializacion-lm.pdf> (accessed on 15 May 2021).
6. Crónica. Las leyes para proteger la lactancia materna son inadecuadas en la mayoría de los países. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* **2016**, *81*, 265–266. Available online: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/breastfeeding/es/> (accessed on 15 May 2021).
7. Resolución de 13 de Noviembre de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que se Publica el Convenio con la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia, para la Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna y Potenciación de la Humanización de la Asistencia al Nacimiento. BOE-A-2019-16775. Available online: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-16775 (accessed on 15 May 2021).
8. Real Decreto 867/2008, de 23 de mayo, por el que se Aprueba la Reglamentación Técnico-Sanitaria Específica de los Preparados para Lactantes y de los Preparados de Continuación. BOE-A-2008-9289. Available online: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-9289 (accessed on 15 May 2021).
9. Celebrating the Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breast-Feeding: Past Achievements, Present Challenges and Priority Actions for Infant and Young Child Feeding, 1990–2005. Available online: www.unicef-irc.org (accessed on 15 May 2021).
10. COD—Ordinary Legislative Procedure (Ex-Codecision Procedure), 2017/0085(COD). Available online: <https://oeil.secure.europarl.europa.eu/oeil/popups/printficheglobal.pdf?id=681594&l=en> (accessed on 15 May 2021).
11. Mutual Information System on Social Protection (MISSOC). Available online: <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/results/> (accessed on 15 May 2021).
12. EPRS | European Parliamentary Research Service Authors: Ulla Jurviste, Martina Prpic, Giulio Sabbati Members' Research Service PE 635.586. Available online: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2019/635586/EPRS_ATA\(2019\)635586_EN.pdf%20\(europa.eu\)](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2019/635586/EPRS_ATA(2019)635586_EN.pdf%20(europa.eu)) (accessed on 15 May 2021).
13. Ley 3/1989, de 3 de Marzo, por la que se Amplía a Dieciséis Semanas el Permiso por Maternidad y se Establecen Medidas para Favorecer la Igualdad de Trato de la Mujer en el Trabajo. Available online: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1989-5272> (accessed on 15 May 2021).
14. BOE-A-2019-3244. Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de Marzo, de Medidas Urgentes para Garantía de la Igualdad de Trato y de Oportunidades Entre Mujeres y Hombres en el Empleo y la Ocupación. Available online: <http://www.boe.es> (accessed on 15 May 2021).
15. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2020-839. Resolución de 10 de enero de 2020, de la Dirección General de Trabajo, por la que se Registra y Publica el Convenio Colectivo de NCR España, SL. Available online: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-839 (accessed on 15 May 2021).
16. Gómez Fernández-Vegue, M.; Menéndez Orenga, M. Encuesta Nacional Sobre Conocimientos de Lactancia Materna de los Residentes de Pediatría en España. *Rev. Esp. Salud Pública* **2019**, *93*, e201908060.
17. Bagci Bosi, A.T.; Eriksen, K.G.; Sobko, T.; Wijnhoven, T.M.; Breda, J. Prácticas y políticas de lactancia materna en los Estados miembros de la Región de Europa de la OMS. *Nutr. Salud Pública* **2016**, *19*, 753–764. [CrossRef]
18. IHAN. Calidad en la Asistencia Profesional al Nacimiento y la Lactancia. Available online: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IHAN.pdf> (accessed on 15 May 2021).
19. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Salud y Género. Available online: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/equidad/saludGenero/saludSexualReproduccion/IHAN.htm> (accessed on 15 May 2021).
20. Díaz-Gómez, N.M.; Ruzafa-Martínez, M.; Ares, S.; Espiga, I.; De Alba, C. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Rev. Esp. Salud Pública* **2016**, *90*, 15.e1–15.e18.
21. Rius, J.M.; Ortuno, J.; Rivas, C.; Maravall, M.; Calzado, M.A.; López, A.; Aguar, M.; Vento, M. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. *An. Pediatr.* **2014**, *80*, 6–15. [CrossRef]
22. Fernández Martínez, E.; Gómez del Pulgar, M.; Pérez Martín, A.; Onieva Zafra, M.D.; Parra Fernández, M.L.; Beneit Montesinos, J.V. Análisis de la definición de la matrona, acceso a la formación y programa formativo de este profesional de la salud a nivel internacional, europeo y español. *Educ. Médica* **2018**, *19*, 360–365. [CrossRef]

23. Llorente-Pulido, S.; Custodio, E.; López-Giménez, M.R.; Sanz-Barbero, B.; Otero-García, L. Barriers and Facilitators for Exclusive Breastfeeding in Women's Biopsychosocial Spheres According to Primary Care Midwives in Tenerife (Canary Islands, Spain). *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 3819. [CrossRef] [PubMed]
24. Brounéaus, K. In depth Interviewing: The process, skills and ethics of interviews in peace research. In *Understanding Peace Research: Methods and Challenges*; Höglundand, K., Öberg, M., Eds.; Routledge: London, UK; New York, NY, USA, 2011.
25. Beltrán Muñoz, C. Estudio cualitativo sobre la experiencia vivida durante la lactancia materna en un grupo de madres adolescentes orientadas desde la consulta de la Matrona. *Rev. Paraninfo Digit.* **2014**, *20*. Available online: <http://www.index-f.com/para/n20/033.php>. (accessed on 25 November 2021).
26. Melgar de Corral, G.; Aguado, M.D.D.; Villar de la Fuente, M.C.; Gallego Moreno, M.F. *Dar el Pecho: Estudio Cualitativo Sobre los Grupos de Promoción de la Lactancia Materna en la Provincia de Toledo. Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, Colección ATENEA nº 24. Cuenca, 2021*; pp. 1–171. Available online: http://doi.org/10.18239/atenea_2021.24.00 (accessed on 25 November 2021).
27. Cortés-Rúa, L.; Díaz-Grávalos, G.J. Early interruption of breastfeeding. A qualitative study. *Enferm. Clin. (Engl. Ed.)* **2019**, *29*, 207–215. [CrossRef] [PubMed]
28. Bronfenbrenner, U. *La Ecología del Desarrollo Humano*; Paidós: Barcelona, Spain, 1971.
29. ISTAC. Instituto Canario de Estadística de 2017, 2018, 2019, 2020 y 2021. Available online: <https://www3.gobiernodecanarias.org/istac/> (accessed on 26 May 2020).
30. INE (Instituto Nacional de Estadística). 2019 y 2021. Available online: <https://ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p04/provi/10/&file=0ccaa002.px> (accessed on 26 May 2020).
31. Organización Territorial de Tenerife. Available online: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/mapa> (accessed on 26 May 2020).
32. Hernández, T.B.; García, L.O. Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (I). *NURE Investig. Rev. Científica Enfermería* **2008**, *33*, 6.
33. Hernández, T.B.; García, L.O. Técnicas cualitativas para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (II). *NURE Investig. Rev. Científica Enfermería* **2008**, *34*, 7.
34. Alameda Cuesta, A.; Antona Rodríguez, A.; Barquero González, A.; Hernández, T.B.; Cano Arana, A.; Feria Lorenzo, D.J. Investigación en Cuidados. Módulo Transversal. (Investigación Cualitativa). *Fundación para el Desarrollo de la Enfermería* **2017**, *2*, 21–79.
35. Graneheim, U.H.; Lundman, B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurs. Educ. Today* **2004**, *24*, 105–112. [CrossRef] [PubMed]
36. *ICT Services and System Development and Division of Epidemiology and Global Health*; Open Code 4.02; University of Umeå: Umeå, Sweden, 2013.
37. Medina, F.I.M.; Fernández, G.C.T. Breastfeeding problems prevention in early breast feeding through effective technique. *Enfermería Global* Nº 31. *Rev. Electrónica Trimest. Enfermería* **2013**, *12*, 443–444.
38. González, I.A.; Huespe Auchter, M.S.; Auchter, M.C. Lactancia materna exclusiva factores de éxito y/o fracaso. *Rev. Posgrado Vía Cátedra Med.* **2008**, *177*, 2.
39. Pascual, C.P.; Artieta Pinedo, I.; Grandes, G.; Espinosa Cifuentes, M.; Inda, I.G.; Payo Gordon, J. Necesidades percibidas por las mujeres respecto a su maternidad. Estudio cualitativo para el rediseño de la educación maternal. *Atención Primaria* **2016**, *48*, 657–664. [CrossRef]
40. Su, L.; Chong, Y.; Chan, Y.; Chan, Y.; Fok, D.; Tun, K.; Ng, F.S.; Rauff, M. Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: Randomised controlled trial. *Bmj* **2007**, *335*, 596. [CrossRef]
41. Ortega Ballesteros, E.M.; Piñero Navero, S.; Alarcos Merino, G.; Arenas Orta, M.T.; Jiménez Iglesias, V. El fomento postnatal de la lactancia materna: Los grupos de apoyo. *NURE Investig. Rev. Científica Enfermería* **2010**, *49*, 4.
42. Gubler, T.; Krähenmann, F.; Roos, M.; Zimmermann, R.; Ochsenbein-Kölble, N. Determinants of successful breastfeeding initiation in healthy term singletons: A Swiss university hospital observational study. *J. Perinat. Med.* **2013**, *41*, 331–339. [CrossRef]
43. Lumbiganon, P.; Martis, R.; Laopaiboon, M.; Festin, M.R.; Ho, J.J.; Hakimi, M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database Syst. Rev.* **2016**, *12*, CD006425. [CrossRef]
44. Mariano, L.M.B.; Monteiro, J.C.S.; Stefanello, J.; Gomes-Sponholz, F.A.; Oriá, M.O.B.; Nakano, M.A.S. Exclusive breastfeeding and maternal self-efficacy among women of intimate partner violence situations. *Texto Contexto—Enferm* **2016**, *25*, e2910015. [CrossRef]
45. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. In *Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA)*; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia: Galicia, Spain, 2010.
46. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. *Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna*; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, Comunidad Autónoma: Vasca, Spain, 2017.

47. Gutiérrez Martínez, M.M.; González Carrión, P.; Quiñoz Gallardo, M.D.; Rivas Campos, A.; Expósito Ruiz, M.; Zurita Muñoz, A.J. Instituto de Investigación Biosanitaria Ibs Granada. Evaluación de buenas prácticas en lactancia materna en un hospital materno infantil. *Rev. Esp. Salud Pública* **2019**, *93*, e201911088.
48. Otal-Lospaus, S.; Morera-Liáñez, L.; Bernal-Montañes, M.J.; Tabueña-Acin, J. El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea. *Matronas Prof.* **2012**, *13*, 3–8.
49. Dozier, A.M.; Howard, C.R.; Brownell, E.A.; Wissler, R.N.; Glantz, J.C.; Ternullo, S.R.; Thevenet-Morrison, K.N.; Childs, C.K.; Lawrence, R.A. Labor Epidural Anesthesia, Obstetric Factors and Breastfeeding Cessation. 2013. Available online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22696104> (accessed on 4 May 2020).
50. Cortés-Rúa, L.; Díaz-Grávalos, G.J. Interrupción temprana de la lactancia materna. Un estudio cualitativo. *Enfermería Clínica* **2019**, *29*, 207–215. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
51. Internacional Confederation of Midwives. Definición de Matrona 2005. Available online: <http://www.internationalmidwives.org/pdf/ICM%20Definition%20of%20the%20Midwife%202005-SPA.pdf>10. (accessed on 15 May 2021).
52. Johnston, K.; Aarts, C.; Darj, E. First-time parents' experiences of home based postnatal care in Sweden. *Ups J. Med. Sci.* **2010**, *115*, 131–137. [[CrossRef](#)]
53. Martínez Santiago, G.; Martín Orúe, C.M.; López Beltran, A.; Moreno Ruiz, G.; Patricio Peña, D. La matrona. El arte de acompañar, nuevos tiempos de la maternidad. Grupo de Trabajo de la Comisión de Matronas del Colegio Oficial de Enfermeras i Enfermeros de Tarragona. *AgInf* **2017**, *21*, 167–168.
54. Furnieles-Paterna, E.; Hoyuelos-Cámara, H.; Montiano-Ruiz, I.; Peñalver-Julve, N.; Fitera-Lamas, L. Estudio comparativo y aleatorizado de la visita puerperal en el domicilio de la madre y en el centro de salud. *Matronas Prof.* **2011**, *12*, 65–73.
55. Abou-Dakn, M.; Fluhr, J.W.; Gensch, M.; Woeckel, A. Positive effect of HPA lanolin versus expressed breastmilk on painful and damaged nipples during lactation. 2011. Available online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20720454> (accessed on 15 May 2021).
56. Thomson, G.; Dykes, F.; Hurley, M.A.; Hoddinott, P. Incentives as connectors: Insights into a breastfeeding incentive intervention in a disadvantaged area of North-West England. *BMC Pregnancy Childbirth* **2012**, *12*, 22. [[CrossRef](#)]
57. Borrero-Pachón, M.P.; Olombrada-Valverde, A.E.; Martínez de Alegría, M.I. Papel de la enfermería en el desarrollo de la lactancia materna en un recién nacido pretérmino. *Enferm Clin.* **2010**, *20*, 119–125. [[CrossRef](#)]
58. Molinero Diaz, P.; Burgos Rodríguez, M.J.; Mejía Ramírez de Arellano, M. Results of a health education intervention in the continuity of breastfeeding. *Enfermería Clínica* **2015**, *25*, 232–238. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
59. Ramos-Morcillo, A.J.; Harillo-Acevedo, D.; Armero-Barranco, D.; Leal-Costa, C.; Moral-García, J.E.; Ruzafa-Martínez, M. Barriers Perceived by Managers and Clinical Professionals Related to the Implementation of Clinical Practice Guidelines for Breastfeeding through the Best Practice Spotlight Organization Program. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2020**, *17*, 6248. [[CrossRef](#)]
60. Pol-Pons, A.; Aubanell-Serra, M.; Vidal, M.; Ojeda-Ciurana, I.; Martí-Lluch, R.; Ponjoan, A. Breast feeding basic competence in primary care: Development and validation of the CAPA questionnaire. *Midwifery* **2016**, *42*, 87–92. [[CrossRef](#)]
61. Martín-Iglesias, S.; del-Cura-González, I.; Sanz-Cuesta, T.; Arana-Cañedo_Argüelles, C.; Rumayor-Zarzuelo, M.; Álvarez-de la Riva, M.; Lloret-Sáez_Bravo, A.M.; Fernández-Arroyo, R.M.; Aréjula-Torres, J.L.; Aguado-Arroyo, ó.; et al. Effectiveness of an implementation strategy for a breastfeeding guideline in Primary Care: Cluster randomised trial. *BMC Fam. Pract.* **2011**, *12*, 144. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
62. Oribe, M.; Lertxundia, A.; Basterrechea, M.; Begiristain, H.; Santa Marina, L.; Villar, M.; Dorronsoro, M.; Amiano, P.; Ibarluzea, J. 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*, 4–9. [[CrossRef](#)]
63. Urbanos, R. La salud en todas las políticas. Tiempo de crisis, ¿tiempo de oportunidades? Informe SESPAS 2010. *Gac. Sanit.* **2010**, *24* (Suppl. 1), 7–11. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
64. Ballester Arnal, R.; Gómez Martínez, S.; Gil Juliá, B.; Ferrándiz-Sellés, M.D.; Collado-Boira, E.J. Burnout y factores estresantes en profesionales sanitarios de las unidades de cuidados intensivos. *Rev. Psicopatología Psicol. Clínica* **2016**, *21*, 129–136. [[CrossRef](#)]
65. García Marco, M.I.; López Ibort, M.N.; Vicente Edo, M.J. Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica: ¿Falta de tiempo? *Index Enfermería* **2004**, *13*, 44–48. [[CrossRef](#)]
66. Del Carmen Sara, J.C. Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Rev. Peru. Med. Exp. Salud Pública* **2019**, *36*. [[CrossRef](#)]
67. Seckler, E.; Regauer, V.; Rotter, T.; Bauer, P.; Müller, M. Barreras y facilitadores de la implementación de vías de atención multidisciplinar en la atención primaria: Una revisión sistemática. *BMC Fam. Pract.* **2020**, *21*, 113. [[CrossRef](#)]
68. Florido Alba, F.; García-Agua Soler, N.; Martín, R.A.; García Ruiz, A.J. Crisis, gasto público sanitario y política. *Rev. Esp. Salud Pública* **2019**, *93*, 22.
69. Batalla Martínez, C.; Gené Badia, J.; Mascort Roca, J. ¿Y la Atención Primaria durante la pandemia? *Atención Primaria* **2020**, *52*, 598–599. [[CrossRef](#)]
70. Navarro, V. The mistake of austerity policies, including cuts, in the national health system. *Gac Sanit* **2012**, *26*, 174–175. [[CrossRef](#)]
71. Gonzalez-Darias, A.; Diaz-Gomez, N.M.; Rodriguez-Martin, S.; Hernandez-Perez, C.; Aguirre-Jaime, A. 'Supporting a first-time mother': Assessment of success of a breastfeeding promotion programme. *Midwifery* **2020**, *85*, 102687. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
72. Lombardo, E.; León, M. Políticas de igualdad de género y sociales en España. *Investig. Fem.* **2014**, *5*, 13–35. [[CrossRef](#)]

73. Herrero Martínez, M.H. “Políticas de promoción de lactancia materna en España y Europa: Un análisis desde el género”. En Massó Guijarro, Ester: Mamar: Mythos y lógos sobre lactancia humana. ILEMATA. *Rev. Int. Éticas Apl.* **2017**, 25, 201–215.
74. Gitz, E. Lactancia: ¿una responsabilidad materna? Bordes. *Rev. Política Derecho Sociedad* **2020**. Available online: <http://revistabordes.com.ar> (accessed on 15 May 2021).
75. Häggkvist, A.P.; Brantsæ, A.L.; Grijbovski, A.M.; Helsing, E.; Meltzer, H.M.; Haugen, M. Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-relate correlates of cessation of full breast-feeding. *Public Health Nutr.* **2010**, 13, 2076–2086. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
76. CCL Family Found. Good breastfeeding policies-good breastfeeding rates. *CCL Fam. Found* **1998**, 24, 15.
77. García Flores, E.P.; Herrera Maldonado, N.; Martínez Peñafiel, L.; Pesqueira Villegas, E. Violaciones al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna en México. *Acta Pediátrica México* **2017**, 38, 288–290. [[CrossRef](#)]

6.3. ARTÍCULO 3. «INHIBITING AND PROTECTIVE FACTORS OF EXCLUSIVE BREASTFEEDING IN AN ISLAND POPULATION IN SPAIN: A LONGITUDINAL STUDY»

Seila Llorente-Pulido^{1,2}, Estefanía Custodio Cerezales^{3,4} and Laura Otero García^{5,6}

¹ Doctoranda del Programa en Epidemiología y Salud Pública. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública y Microbiología. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid, 28029 Madrid, España.

² Servicio Canario de la Salud. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, España.

³ Centro Nacional de Medicina Tropical. Instituto de Salud Carlos III, 28029 Madrid, España.

⁴ CIBER Enfermedades Infecciosas. Instituto de Salud Carlos III, 28029 Madrid, España.

⁵ Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III, 28029 Madrid, España.

⁶ CIBER Epidemiología y Salud Pública. Instituto de Salud Carlos III, 28029 Madrid, España.

Autoras de correspondencia: Seila Llorente-Pulido y Estefanía Custodio Cerezales.

Fecha de publicación: 24/12/2025

Revista: *International Breastfeeding Journal*

Editorial: *Springer Nature (Biomed Central)*

Categoría: *Obstetricia y Ginecología*

Factor de impacto: 2,8 (2024), a 5 años: 3,4 (2024)

Cuartil: Q1

Cita: Llorente-Pulido, S., Custodio, E., Otero-García, L. (2025). Inhibiting and protective factors of exclusive breastfeeding in an island population in Spain: a longitudinal study. *International Breastfeeding Journal*.

<https://doi.org/10.1186/s13006-025-00800-x>.

RESUMEN

Introducción: la lactancia materna aporta beneficios para la salud tanto de la madre como del/la bebé. No obstante, la tasa de lactancia materna exclusiva (LME) en España (47 %) se mantiene por debajo del objetivo global de alcanzar el 60 % para el año 2030 propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El objetivo de nuestro estudio fue identificar los factores inhibidores y protectores de la LME.

Metodología: se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo. La población de estudio estuvo compuesta por mujeres embarazadas (madres) que acudían a las consultas de la matrona para el control del embarazo en un centro de atención primaria (AP) de Tenerife (Canarias, España). Se realizó el seguimiento de 83 madres, recopilando datos en distintos momentos del embarazo y del posparto (ingreso hospitalario, 15 días, 1 mes, 4 meses y 6 meses).

Resultados: los factores inhibidores de la LME fueron: el uso del chupete durante la estancia hospitalaria tras el nacimiento (OR: 0,06; IC 95 %: 0,02-0,23), que afectó negativamente a la LME a los 15 días (OR: 0,13; IC 95 %: 0,04-0,42) y a los 4 meses (OR: 0,23; IC 95 %: 0,07-0,79); los antecedentes ginecológicos previos (OR: 0,14; IC 95 %: 0,03-0,61); la presencia de dolor mamario a los 15 días, concretamente dolor en el pezón, que afectó a la LME a los 4 meses (OR: 0,18; IC 95 %: 0,06-0,56) y a los 6 meses (OR: 0,21; IC 95 %: 0,07-0,68); la percepción de leche insuficiente a los 15 días (OR: 0,15; IC 95 %: 0,05-0,49) y al mes (OR: 0,06; IC 95 %: 0,02-0,20); y haber dado a luz en un hospital de gestión privada (OR: 0,17; IC 95 %: 0,05-0,66). Los factores protectores de la LME fueron: el conocimiento previo de la mujer sobre los beneficios de la lactancia para su bebé (OR: 5,25; IC 95 %: 1,03-26,80) y para sí misma (OR: 3,98; IC 95 %: 1,31-12,02), así como tener nacionalidad extranjera (OR: 3,04; IC 95 %: 1,05-8,80).

Conclusión: los factores que influyen en la LME pueden abordarse mediante la mejora de las prácticas de atención a las mujeres durante el embarazo, el parto y los primeros días posparto. Resulta esencial formar a las profesionales sanitarias e implementar la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) en España, donde su aplicación se concentra principalmente en hospitales públicos, pero no en los privados.

Palabras clave: lactancia materna exclusiva; provisión de servicios de maternidad; atención materna; chupete; dolor mamario; percepción de leche insuficiente; estudio longitudinal (*exclusive breastfeeding; maternity service provision; maternity care; pacifier; breast pain; perception of insufficient milk; longitudinal study*).

RESEARCH

Open Access



Inhibiting and protective factors of exclusive breastfeeding in an Island population in Spain: a longitudinal study

Seila Llorente-Pulido^{1*} , Estefanía Custodio^{2,3*} and Laura Otero-García^{4,5}

Abstract

Background Breastfeeding provides important health benefits for both mothers and infants. In Spain, the rate of exclusive breastfeeding (EBF) at 6 months is 47%, which remains below the 60% target proposed by the World Health Organization for 2030. The objective of this study was to identify the protective and inhibiting factors associated with EBF in a population of pregnant women in Tenerife (Canary Islands, Spain).

Methods We conducted a longitudinal, prospective study among women attending midwife consultations for pregnancy check-ups at a primary healthcare center between November 2018 and January 2021. We followed 83 women, collecting data at different time points during pregnancy and postpartum (hospital stay, 15 days, 1 month, 4 months, and 6 months). Descriptive statistics and univariable and multivariable logistic regression analyses were performed.

Results The inhibiting factors for EBF were pacifier use during the hospital stay, on EBF after birth (OR: 0.06, 95% CI: 0.02, 0.23), pacifier use at 15 days (OR: 0.13, 95% CI: 0.04, 0.42) and at 4 months (OR: 0.23, 95% CI: 0.07, 0.79), gynecological problems of the woman (OR: 0.14, 95% CI: 0.03, 0.61), the presence of nipple pain at 15 days affecting EBF at 4 months (OR: 0.18, 95% CI: 0.06, 0.56) and at 6 months (OR: 0.21, 95% CI: 0.07, 0.68), perception of insufficient milk at 15 days (OR: 0.15, 95% CI: 0.05, 0.49) and at 1 month (OR: 0.06, 95% CI: 0.02, 0.20), and giving birth in a privately managed hospital without Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) accreditation (OR: 0.17, 95% CI: 0.05, 0.66). Protective factors for EBF were the woman's prior knowledge of the benefits of breastfeeding for her child (OR: 5.25, 95% CI: 1.03, 26.80) and for herself (OR: 3.98, 95% CI: 1.31, 12.02), as well as having a foreign nationality (OR: 3.04, 95% CI: 1.05, 8.80).

Conclusions The factors impacting EBF can be addressed with improved care practices for women during pregnancy, childbirth, and the early postpartum period. It is essential to train healthcare professionals and implement the BFHI in Spain, where it is primarily carried out in public hospitals, but not in private ones.

Co-corresponding author: Estefanía Custodio Cerezales

*Correspondence:

Seila Llorente-Pulido

seila.llorente@estudiante.uam.es

Estefanía Custodio

ecustodio@isciii.es

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s) 2025. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Keywords Exclusive breastfeeding, Maternity service provision, Maternity care, Pacifier, Nipple pain, Perception of insufficient milk, Longitudinal study

Background

Breastfeeding (BF) is recognized as the most cost-effective and efficient strategy for preventing maternal and infant morbidity and mortality [1, 2]. In particular, maintaining exclusive breastfeeding (EBF), defined as feeding the infant solely with breast milk, without any other food or liquid during the first six months of life, is associated with higher infant survival rates due to its unique and irreplaceable properties that promote optimal growth [3]. From a nutritional perspective, breast milk provides essential health benefits for infants by enhancing the absorption of key nutrients such as lipids and proteins, supporting the development of a balanced intestinal microbiota, and supplying bioactive components with anti-inflammatory and protective effects against various diseases [4, 5]. Moreover, certain components of human milk influence epigenetic programming, that is, the regulation of gene expression without altering DNA sequence, contributing to improved neurodevelopment and a reduced long-term risk of non-communicable diseases [6]. Direct breastfeeding also plays a crucial role in infant development, as it involves the coordinated movement of the tongue, jaw, and lips—essential for effective sucking and swallowing. This process supports adequate orofacial development, both skeletal and muscular, and is considered the first preventive measure against future dentofacial malocclusions [7]. In addition, breastfeeding on demand, which allows the infant to regulate both the frequency and duration of feedings, promotes appetite self-regulation and helps the baby develop a natural balance between hunger and satiety [8].

Accordingly, within the framework of its Global Nutrition Targets for 2025, the World Health Organization (WHO) urged Member States to increase the prevalence of exclusive breastfeeding—measured as the proportion of infants aged 0–5 months who were exclusively breastfed during the previous day—to at least 50%. Building on this progress, during the 78th World Health Assembly, WHO Member States adopted a resolution to raise this target to 60% and extend the deadline to 2030, as outlined in the *Global Nutrition Targets for 2030: Breastfeeding Report* [9, 10]. Despite global efforts, this target has not yet been achieved. According to the most recent data from WHO and UNICEF (2024) [11], the global prevalence of exclusive breastfeeding among infants aged 0–5 months is approximately 48%, while data for Europe remain limited. In Spain, the latest National Health Survey (2023) [12] estimates the prevalence of exclusive breastfeeding among infants under 6 months of age to be 47%. For the Canary Islands, available EBF data are

reported for the period between 3 and 6 months and estimated at 60%. However, the measurement method is not specified, and the age range does not correspond to the WHO 0–5 months indicator; therefore, these data are not directly comparable and are not included in the comparison [13].

This suboptimal adherence to recommended EBF rates has been linked in the literature to a range of maternal, social and systemic factors. Maternal physical problems such as fatigue, breast pain, or cracked nipples [14], as well as low socioeconomic and cultural levels [15]. The lack of support from partners and close family members is also among the most significant barriers [16]. Additionally, the absence of support networks, early return to work, and insufficient public policies, economic, social, and health-related, have been identified as major challenges to initiating and maintaining EBF [17, 18]. The COVID-19 pandemic introduced further difficulties, as described by Loezar-Hernández et al. (2023), who explored midwives' perceptions of breastfeeding support during that period [19].

To address these challenges, the WHO and UNICEF launched the *Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI)* in 1991. In Spain, the initiative is known as the *Initiative for the Humanization of Childbirth and Breastfeeding Care (iHAN)*, which seeks to protect and promote maternal and child health by encouraging supportive policies, training healthcare professionals, and implementing measures to improve childbirth and breastfeeding practices [20, 21]. Although initiatives such as iHAN provide an important framework for supporting breastfeeding, the effectiveness of such programs in the Canary Islands remain unclear, and there is limited evidence regarding the specific factors influencing EBF in the region.

To date, no studies have examined these determinants comprehensively. Building on previous research exploring midwives' perspectives on the barriers and facilitators to exclusive breastfeeding (EBF) in Tenerife [22, 23], the present study complements those findings by examining factors associated with exclusive breastfeeding from the mothers' perspective. Specifically, it aims to identify both inhibiting and protective factors influencing EBF through the follow-up of mother-infant dyads during the first six months of life in a Basic Health Zone in Tenerife (Canary Islands, Spain).

Methods

Design, population and study area

This is a prospective longitudinal analytical observational study with repeated cross-sectional follow-up

assessments, conducted on a sample of women attending their first midwife consultation at the San Isidro primary healthcare center in Tenerife (Canary Islands) for pregnancy follow-up between November 2018 and November 2019. This center is in one of the most populated municipalities in the southern part of Tenerife, characterized by its multicultural environment, facilitated by tourism and immigration from other Autonomous Communities of Spain, countries from the European Union, and primarily Latin America. The center belongs to the basic health zone of Granadilla, which includes 7 primary healthcare centers and serves 69,935 users. The San Isidro primary healthcare center provides care to 15,152 women of childbearing age of whom approximately 1,231 were pregnant during the study year (data provided by the Directorate of the Basic Health Zone of Granadilla).

Participants were followed prospectively until cessation of EBF, as the study aimed to identify factors associated with the continuation of EBF up to six months postpartum. When EBF cessation occurred, information on the timing and reasons for discontinuation was collected, and no further EBF-specific follow-up interviews were scheduled thereafter, in accordance with the study protocol.

A formal power analysis was not conducted prior to recruitment, as the study aimed to include as many eligible women as possible during a one-year period (November 2018 to November 2019). This pragmatic approach, based on consecutive sampling (eligible participants are enrolled as they present within a defined timeframe), is considered appropriate in real-world clinical observational studies to capture the natural flow of patients and reduce selection bias [24].

The study's inclusion criteria were pregnant women attending their first pregnancy follow-up appointment with a midwife with a:

- Pregnancy up to 13 weeks and 6 days.
- Low-risk pregnancy.
- Desire for monthly pregnancy follow-up with a primary care midwife.
- Favourably progressing pregnancy.

The exclusion criteria were pregnant women attending their first midwife appointment with a:

- Pregnancy loss at any time during the pregnancy.
- Language barrier (defined as an inability to understand or communicate adequately in Spanish).

The recruitment period for participants ran from November 6, 2018, to November 20, 2019. The follow-up period extended until January 2021.

Data collection and study variables

Interviews were conducted using self-designed questionnaires (see SI). The questionnaires were piloted three months before data collection: initial versions were tested with pregnant women and follow-up versions with mothers during postpartum check-ups, none of whom were eligible or recruited as participants in the study. In total, 18 questionnaires were piloted that were subsequently refined based on feedback received and lessons learned. They were structured, interviewer-administered quantitative questionnaires composed mainly of closed-ended items designed to collect standardized information on sociodemographic, clinical, and behavioral variables.

In the initial interview, information was collected on sociodemographic aspects (age, marital status, education, nationality, monthly family income), pregestational personal health history (chronic illness, medication use, substance use), anthropometric data (pregestational body mass index and weight gain during pregnancy), gynecological-obstetric history (gynecological problems, parity), and current pregnancy data (follow-up consultations attendance, attendance at maternity/paternity preparation classes). No information was obtained from medical records. Therefore, all variables were based on participants' self-reported responses rather than clinical assessments.

In the interview conducted 15 days after childbirth, two questionnaires were used:

- Questionnaire on hospital stay, collecting data on the delivery (type and place of delivery, onset, use of analgesia, gestational age), the newborn (weight, sex, Apgar score, admission), and type of breastfeeding and care (skin-to-skin contact, defined as direct, immediate, and uninterrupted mother–infant contact for at least the first two hours after birth [25, 26]; use of pacifier, nipple shield, or bottle).
- 15-day questionnaire, collecting data on breastfeeding 15 days after delivery, presence of breast pain describing exact location (e.g. nipple) and intensity, care (co-sleeping, baby-carrying methods, breastfeeding behaviour), aspects of the women's mental health (responsibilities, fears about the new situation), the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) was used in its validated Spanish version to assess depressive symptoms [27], and the LATCH assessment tool was used in its validated Spanish version to evaluate breastfeeding effectiveness [28].

In the one-month interview, information is again collected on breastfeeding, care, mental health aspects, the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and the LATCH assessment tool.

In the four-month interview, questions are asked about breastfeeding, care (use of pacifier, where the baby sleeps, whether complementary feeding was started), and the return to work (if the mother has returned to work, who cares for the baby in her absence, how she balances child-care and work).

In the six-month interview, information is collected once more on breastfeeding, care, return to work, and whether complementary feeding was started (Fig. 1 and S1).

Additionally, at the end of each follow-up questionnaire (15 days, one month, four months, and six months), an open-ended question was included to explore any difficulties the women experienced with breastfeeding. In case of breastfeeding discontinuation, the reason for stopping was asked. The responses to this question were combined into a limited number of categories (e.g. answers such as “the baby was not satisfied,” “I ran out of milk,” or “my breasts dried up” were grouped under the category “perception of insufficient milk”) and analyzed quantitatively. According to the literature, this concept refers to the mother’s perception of inadequate milk production based on her observation that the baby is not satisfied, remains hungry after feeding, or the appearance of her breasts (they see it as soft or they notice that milk does not flow or is watery) [29]. Therefore, although the questionnaire included one open-ended item, the responses were transformed into categorical variables for quantitative analysis. The study was thus conducted and analyzed within a quantitative analytical observational framework rather than as a mixed-methods design.

The dependent variable was exclusive breastfeeding (EBF) measured at the following points in time: during the hospital stay, 15 days after childbirth, at one month, four months, and six months of the baby’s life. EBF was considered when the woman reported that her child was fed exclusively with breast milk, without introducing any other food [18]. The questionnaire did not include follow-up questions to identify rare or occasional deviations from exclusivity; therefore, reports of EBF were treated as fully exclusive for the entire interval.

The initial questionnaire was completed in person with the midwife, the author of this work (SLP), during the pregnancy follow-up. The questionnaires regarding the hospital stay and at 15 days were collected in person during the postpartum consultation with the midwife at 15 days. The one month, four months, and six months interviews were conducted by phone.

Data analysis

We performed descriptive statistics for the dependent and independent variables of the study.

Subsequently, we carried out five univariable logistic regressions, one for each of the study periods, using as

dependent variable the EBF rate at the time of data collection (first days in the hospital after delivery, 15 days after birth, 1 month after birth, 4 months after birth and 6 months after birth).

We then performed the corresponding five multivariable logistic regressions including all variables that were significant at the $p < 0.05$ level in the univariable analyses and constructed the multivariable models with a forward stepwise approach, keeping in the models the variables that were significant at the $p < 0.05$ level. We applied the regressions using a penalized likelihood approach, the *Firth method*, to reduce the small-sample bias in the maximum likelihood estimations. We used Stata version 16.0 to perform the statistical analysis.

The study and manuscript preparation adhered to the Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) guidelines for cross sectional studies.

Results

A total of 327 pregnant women attended their first midwife consultation during the recruitment period. Of these, 100 met the study’s inclusion criteria. After receiving detailed information about the study, 83 women agreed to participate and were enrolled. The remaining 17 declined participation, or were excluded mainly due to pregnancy loss, or changes in clinical risk status. These 83 women comprised the final study sample. Figure 2 presents a flow diagram of participant recruitment, inclusion and follow-up throughout the study.

Per the study protocol, participants were followed prospectively until cessation of exclusive breastfeeding, as the study’s primary objective was to assess factors associated with the continuation of EBF up to six months postpartum. Therefore, the decreasing number of participants across follow-up points reflects both planned exit due to breastfeeding cessation and minor losses to follow-up ($n = 8$ in total: 1 before the 15-day interview, 2 before the 1-month interview, 4 before the 4-month interview, and 1 before the 6-month interview). No significant differences in baseline characteristics were observed between participants who completed the study and those lost to follow-up.

General characteristics of the study population. (Table 1)

Regarding sociodemographic variables, most women surveyed (62.7%) were between 25 and 35 years old. 43.4% were foreigners, mainly from Latin America (75%), followed by other European countries (22.2%), and Africa (2.7%). A significant proportion (72.3%) had completed at least a middle or higher level of education. Additionally, 61.4% were employed outside the home, 96.4% had a partner, and the majority reported a monthly family income above €1000 (87.9%).

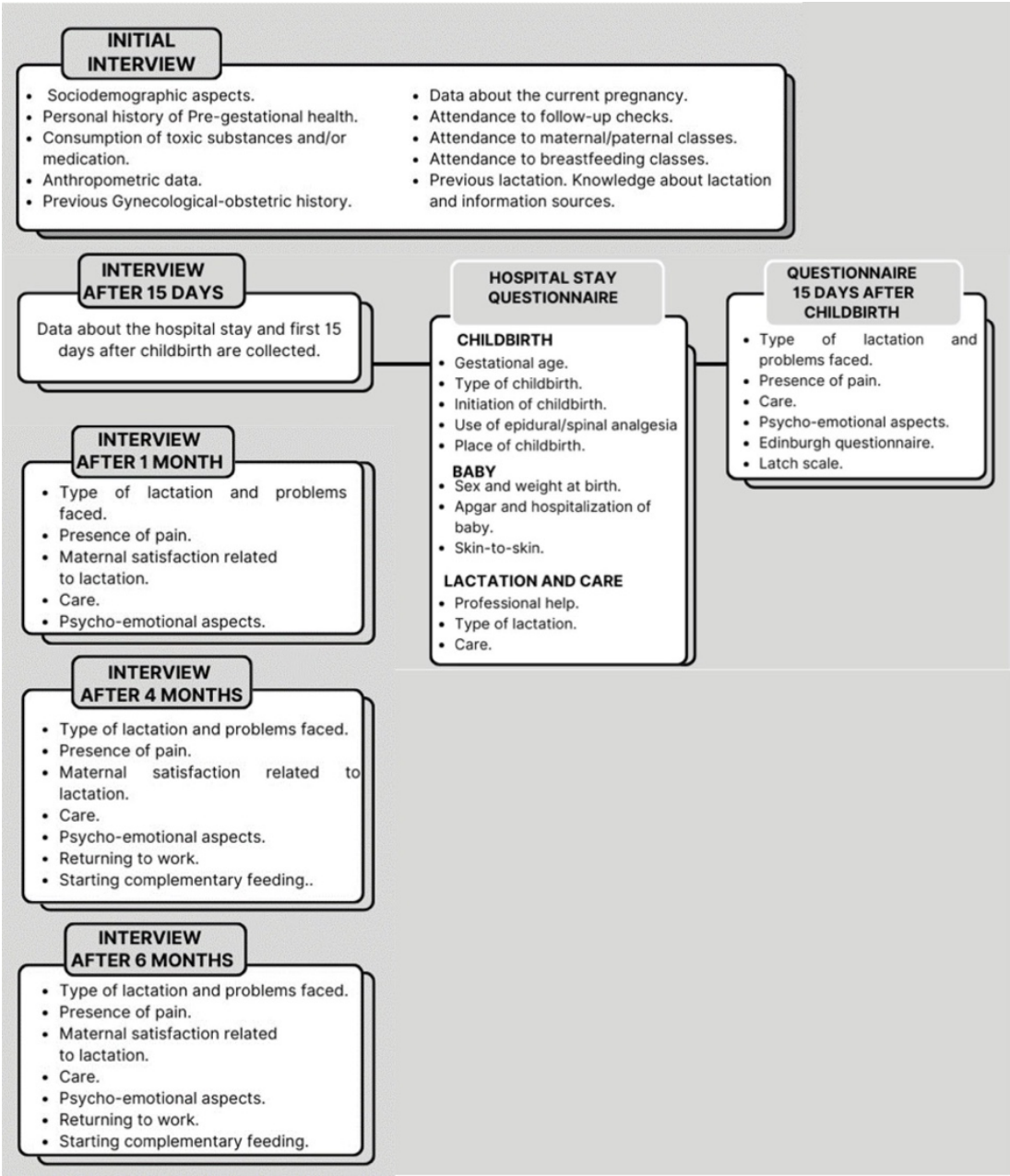


Fig. 1 Information collected with questionnaires during the interviews at each study time point

In connection with the variables related to pregnancy follow-up and care, 81.9% of the women attended all their follow-up appointments with the midwife. On the other hand, 12.1% attended all maternity/paternity preparation classes. Despite this, 87.8% reported having prior knowledge about the benefits of breastfeeding for their baby, and 65.9% were aware of the benefits for themselves. The women indicated that their sources of information were their close circle (family and friends) and healthcare professionals. Furthermore, 90.4% women

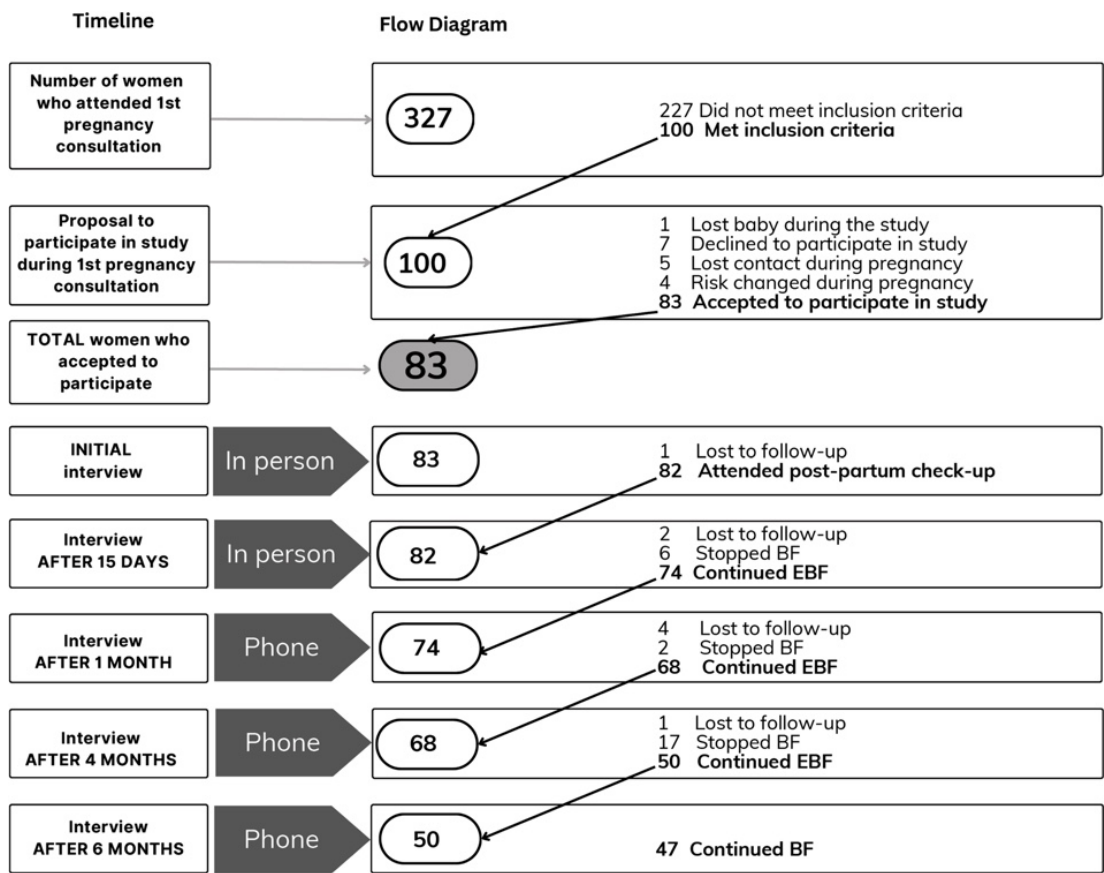


Fig. 2 Flowchart of the number of women interviewed for breastfeeding follow-up at each study time point

interviewed had already expressed a desire to breastfeed before giving birth.

Concerning variables related to pre-gestational health and obstetric-gynecological history, 8.4% women suffered from chronic illnesses such as migraine, stable pregestational hypothyroidism, asthma not requiring treatment, and celiac disease. Additionally, 14.5% reported having gynecological problems, with 9 women indicating they had polycystic ovary syndrome. 53% of women ($n=44$) had a normal BMI prior to becoming pregnant, while 30.1% ($n=25$) were overweight and 16.9% ($n=14$) had class I obesity. With respect to substance use, 19 women (22.9%) were smokers before pregnancy, and 6 continued smoking during pregnancy (1–3 cigarettes per day), while 13 quit smoking.

Within fifteen days after childbirth, 24.4% women returned to a normal weight, while 75.6% were either overweight or obese. Regarding tobacco use, 3 women resumed smoking after childbirth. The Edinburgh Postnatal Depression Scale was administered at the 15-day

interview, with 19.3% scoring at a level indicating risk of postpartum depression, which decreased to 8.1% when administered after 1 month.

As for newborn data, early contact was performed in 88% cases, with 75% being skin-to-skin contact with their mother.

Concerning EBF follow-up variables (see Table 2), the use of pacifiers increased from 25.6% during the hospital stay to 60.8% at one month, after which its usage started to decline (42% at six months). Regarding the presence of nipple pain, the highest incidence was observed at 15 days postpartum (29 cases, accounting for 34.9% women). Maternal perception of insufficient milk was the issue most reported by women at 15 days and at one month (26.5% and 37.8%, respectively).

Regarding the variables assessed in subsequent months, 7.3% of the women (5 of 68) reported initiating complementary feeding at four months, while the majority (92%; 46 of 50) did so at six months. In terms of return to work, 8.8% of the women who were still breastfeeding at four

Table 1 General characteristics of the study population

Sociodemographic variables		n (%)
Maternal age	< 25 years	16 (19.3)
	25–35 years	52 (62.7)
	> 35 years	15 (18.1)
Nationality	Spanish	47 (56.6)
	Foreign	36 (43.4)
Level of studies	Primary studies	23 (27.7)
	Vocational training	40 (48.2)
	Higher education	20 (24.1)
Family income	< 1000€/month	10 (12)
	1000–2000€/month	42 (50.6)
	> 2000€/month	31 (37.3)
Obstetric-gynecological variable		n (%)
Gynecological problems	Yes	12 (14.5)
	No	71 (85.5)
Weight gain during pregnancy (kg)	> 11,5	59 (72)
	9–11,49	9 (11)
	< 8,99	14 (17.1)
Number of children	First child	49 (59)
	Already has 1 or more	34 (41)
Type of childbirth	Eutocic	63 (75.9)
	Assisted	9 (10.8)
	C-section	11 (13.3)
Anesthesia use	Yes	50 (60.2)
	No	33 (39.8)
Initiation of childbirth	Spontaneous	47 (56.6)
	Induced	36 (43.4)
Gestational age at birth	Full-term	79 (95.2)
	Premature	4 (4.8)
Place of childbirth	Publicly managed hospital	60 (72.3)
	Privately managed hospital	23 (27.7)
Pregnancy and care variables		n (%)
Pregnancy follow-up	Complete	68(81.9)
	Incomplete	15 (18.1)
Attendance to maternity/paternity classes	Complete	10 (12.1)
	Incomplete	21 (25.3)
	Never	45 (54.2)
	Cancelled due to pandemic	7(8.4)
Previous knowledge about BF benefits for the baby	Yes	71 (87.8)
	No	10 (12.2)
Previous knowledge about BF benefits for the mother	Yes	54 (65.9)
	No	28 (34.1)
Decision to BF prior to childbirth	Yes	75 (90.4)
	No	8 (9.6)
Newborn (NB) variables		n (%)
NB weight range	2,5–4 kg	74(89.2)
	<2,5 or > 4 kg	9(10.8)
Sex of NB	Male	43 (51.8)
	Female	40 (48.2)
5 min Apgar	Good adaptation state	77 (92.8)
	Moderately depressed	6 (7.2)
Hospitalization in Neonatal care unit	Yes	16 (19.3)
	No	67 (80.7)

months and 20% of those breastfeeding at six months reported having resumed employment, regardless of whether they had been employed before pregnancy.

The percentage of women exclusively breastfeeding during the hospital stay was 67.1%, 59.8% at 15 days, 54.2% at one month, 44.6% at four months, and 39.8% at six months.

Factors associated with EBF at different time periods

Table 3 shows the univariate analysis. The use of a pacifier during the hospital stay was significantly associated with a lower prevalence of EBF at all study time points, except the last one at 6 months. Similarly, the use of a pacifier during the first 15 days of life was associated with a lower EBF prevalence at 1 month, 4 months, and 6 months. Regarding the presence of nipple pain during the first 15 days, it was associated with lower EBF prevalence at 4 and 6 months. Maternal perception of insufficient milk was related to a lower EBF at 1 and 4 months. Having gynecological problems appeared as a factor associated with lower EBF rates during the hospital stay. The type of hospital where the delivery took place also showed a significant association with EBF, with women giving birth in private hospitals without iHAN (Baby-Friendly Hospital Initiative in Spain) accreditation being less likely to practice EBF at 4 and 6 months. On the other hand, a foreign nationality was associated with higher rates of EBF at 4 months. In addition, having prior knowledge about the benefits of breastfeeding for the baby was associated with higher EBF rates during the hospital stay, and at 4 months if the benefits for the mother are also known.

Other aspects analyzed, such as attending maternal/paternal education classes, hospital practices involving mother-child separation, maternal psycho-emotional aspects, and returning to work, were not significantly associated with EBF in any of the studied periods.

Multivariable analyses were subsequently performed to identify independent factors associated with EBF at each time point (Table 4).

During the hospital stay, the use of a pacifier (OR: 0.06, 95% CI: 0.02, 0.23) and the presence of gynecological problems (OR: 0.14, 95% CI: 0.03, 0.61) were negatively associated with starting EBF but with small effect sizes. Conversely, having prior knowledge about the benefits of breastfeeding for the baby was positively associated with EBF (OR: 5.25, 95% CI: 1.03, 26.80).

In the first 15 days, the use of a pacifier during the hospital stay continued to be negatively associated with EBF (OR: 0.13, 95% CI: 0.04, 0.42). This was also true for maternal perception of insufficient milk (OR: 0.15, 95% CI: 0.05, 0.49), which was the only variable negatively associated with EBF at one month (OR: 0.06, 95% CI: 0.02, 0.20), as the negative association with the use of a pacifier lost significance during this period.

Table 2 Characteristics follow-up variables

Follow-up variables		Hospital stay	At 15 days	After 1 month	After 4 months	After 6 months
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Use of pacifier	Yes	21 (25.6)	38 (46.3)	45(60.8)	37(54.4)	21 (42)
	No	61 (74.4)	44 (53.7)	29 (39.2)	31 (45.6)	29 (58)
Nipple pain	Yes		29 (34.9)	11 (14.9)	7(9)	2(4)
	No		54 (65.1)	63(85.1)	61(91)	48(96)
Maternal perception of insufficient milk	Yes		22(26.5)	28(37.8)	1(1.5)	3(6)
	No		61(73.5)	46(62.2)	67(98.5)	47(94)
Maternal satisfaction with breastfeeding	Very satisfied			48(65.8)	42(61.8)	40(80)
	Satisfied			19(26)	15(22)	9(18)
	A little satisfied			6(8.2)	7(10.3)	1(2)
	Unsatisfied			0	4(5.9)	0
Questioning if she is a good mother	Yes		57 (67.9)	48(64.9)		
	No		26 (32.1)	26 (35.1)		
Is she anxious or afraid of the new responsibilities	Yes		56 (66.7)	40 (54.1)		
	No		27 (33.3)	34 (45.9)		
Starting complementary feeding	Yes				5 (7.3)	46 (92)
	No				63 (92.6)	4 (8)
Returning to work	Yes				6 (8.8)	10 (20)
	No				62 (91.2)	40 (80)

Table 3 Univariable analysis of the factors influencing EBF in each of the study periods

Covariates		During hospital stay	After 15 days	After 1 month	After 4 months	After 6 months
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Use of a pacifier in the hospital	No	50(8.2)	44(72.1)	37(60.7)	32(53.3)	27(44.3)
	Yes	5(23.8)	5(23.8)	7(33.3)	4(19)	5(23.8)
	p	< 0.0001	< 0.0001	0.03	0.007	0.097
Use of a pacifier in the first 15 days after birth	No	.	28(63.6)	28(63.6)	24(55.8)	22(50)
	Yes	.	21(55.3)	16(42.1)	12(31.6)	10(26.3)
	p	.	0.441	0.051	0.028	0.028
Nipple pain during the first 15 days after birth	No	.	31(57.4)	29(53.7)	29(54.7)	27(50)
	Yes	.	18(64.3)	16(55.2)	8(27.6)	6(20.7)
	p	.	0.547	0.898	0.018	0.009
Perception of insufficient milk during the first 15 days after birth	No	.	43(71.67)	41(80.39)	36(59.02)	32(68.09)
	Yes	.	6(27.27)	4(17.39)	1(14.29)	1(33.33)
	p	.	0.001	< 0.0001	0.053	0.246
Gynecological problems	No	50(71.4)	44(62.9)	41(57.7)	32(45.7)	29(40.8)
	Yes	5(41.7)	5(41.7)	4(33.3)	5(41.7)	4(33.3)
	p	0.043	0.167	0.116	0.795	0.623
Place of childbirth (hospital)	Publicly managed	40(67.8)	37(62.7)	36(60)	31(51.7)	30(50)
	Privately managed	15(65.2)	12(52.2)	9(39.1)	6(27.3)	3(13)
	p	0.823	0.382	0.088	0.049	0.002
Previous knowledge about the benefits of breastfeeding for the baby	No	4(40)	5(50)	6(60)	3(30)	3(30)
	Yes	51(70.8)	44(61.1)	38(52.8)	33(46.5)	33(46.5)
	p	0.052	0.502	0.658	0.326	0.326
Previous knowledge about the benefits of breastfeeding for the mother	No	18(64.3)	15(53.6)	12(42.9)	8(28.6)	8(28.6)
	Yes	37(68.5)	34(63)	32(59.3)	28(52.8)	24(44.4)
	p	0.699	0.411	0.158	0.037	0.162
Nationality of the mother	Spanish	28(60.9)	26(56.5)	23(48.9)	17(36.2)	15(31.9)
	Foreign	27(75)	23(63.9)	22(61.1)	20(57.1)	18(50)
	p	0.177	0.5	0.27	0.059	0.095

Table 4 Multivariable analysis of the factors influencing EBF in each of the study periods

Covariates		During hospital stay		After 15 days		After 1 month		After 4 months		After 6 months	
		n (%)	OR (CI 95%)	n (%)	OR (CI 95%)	n (%)	OR (CI 95%)	n (%)	OR (CI 95%)	n (%)	OR (CI 95%)
Use of a pacifier in the hospital	No	50(81.97)	Ref.	44(72.13)	Ref.			32(53.33)	Ref.		
	Yes	5(23.81)	0.06(0.02, 0.23)	5(23.81)	0.13(0.04, 0.42)			4(19.05)	0.23(0.07, 0.79)		
	p		< 0.0001		0.001				0.02		
Use of a pacifier in the first 15 days after birth	No									22(50)	Ref.
	Yes									10(26.32)	0.31(0.11, 0.89)
	p										0.029
Nipple pain during the first 15 days after birth	No							29(54.72)	Ref.	27(50)	Ref.
	Yes							8(27.59)	0.18(0.06, 0.56)	6(20.69)	0.21(0.07, 0.68)
	p								0.003		0.01
Perception of insufficient milk during the first 15 days after birth	No			43(71.67)	Ref.	41(80.39)	Ref.				
	Yes			6(27.27)	0.15(0.05, 0.49)	4(17.39)	0.06(0.02, 0.2)				
	p				0.002		< 0.0001				
Gynecological problems	No	50(71.43)	Ref.								
	Yes	5(41.67)	0.14(0.03, 0.61)								
	p		< 0.001								
Place of child-birth (hospital)	Publicly managed									30(50)	Ref.
	Privately managed									3(13)	0.17(0.05, 0.66)
	p										0.01
Previous knowledge about the benefits of breastfeeding for the baby	No	4(40)	Ref.								
	Yes	51(70.83)	5.25(1.03, 26.80)								
	p		0.046								
Previous knowledge about the benefits of breastfeeding for the mother	No							8(28.47)	Ref.		
	Yes							28(52.83)	3.98(1.31, 12.02)		
	p								0.014		
Nationality of the mother	Spanish							17(36.17)	Ref.		
	Foreign							20(57.14)	3.04(1.05, 8.80)		
	p								0.04		

At four months, the variables negatively associated with EBF were the use of a pacifier during the hospital stay (OR: 0.23, 95% CI: 0.07, 0.79) and the presence of nipple pain during the first 15 days postpartum (OR: 0.18, 95% CI: 0.06, 0.56). On the other hand, mothers who had prior knowledge about the benefits of breastfeeding for themselves and those who were foreign were more likely to practice EBF, both with large effect sizes (OR: 3.98, 95% CI: 1.31, 12.02 and OR: 3.04, 95% CI: 1.05, 8.80, respectively). The use of a pacifier at 15 days, the perception of insufficient milk, and the place of delivery lost significance.

At six months, the variables negatively associated with EBF included the use of a pacifier (OR: 0.31, 95% CI: 0.11, 0.89), the presence of nipple pain during the first 15 days of life (OR: 0.21, 95% CI: 0.07, 0.68) and giving birth in a privately managed hospital without iHAN accreditation (OR: 0.17, 95% CI: 0.05, 0.66).

Discussion

Our study identified several inhibitory factors for EBF, including the use of pacifiers (both during the hospital stay and at 15 days postpartum), nipple pain and maternal perception of insufficient milk within the first 15 days of the baby's life, mother's history of gynecological

problems, and giving birth in a privately managed hospital without iHAN accreditation. Conversely, protective factors for EBF were the mother's prior knowledge of the benefits of breastfeeding for herself and her baby, as well as having a foreign nationality.

Our study found that **pacifier** use during the hospital stay and the first 15 days postpartum was negatively associated with exclusive breastfeeding (EBF) at all follow-up points, emerging as one of the main inhibitory factors in our population. This result is consistent with other observational studies conducted in Spain and Brazil [18, 30], possibly because the pacifier replaces non-nutritive sucking at the breast, reducing feeding frequency and stimulation, which may interfere with milk production [31]. Evidence on this topic remains mixed. Buccini et al. (2016), in a systematic review including 46 studies, found that observational studies consistently reported an association between pacifier use and early EBF interruption, whereas randomized controlled trials (RCTs) did not, likely due to limited external validity and selective samples [30, 32–34]. The authors proposed three explanations: interference with breastfeeding dynamics, reverse causality related to early feeding difficulties, and greater adherence to breastfeeding-supportive practices among mothers who avoid pacifiers [30]. More recent meta-analyses, such as those by Tolppola et al. (2022) and Jaafar et al. (2016), found no significant effect of early pacifier use on EBF duration [32–38]. However, as noted by Kuitunen (2023), many of the RCTs included in these meta-analyses assessed 'breast milk feeding' rather than direct breastfeeding at the breast. As a result, they did not capture the potential impact of pacifier use on suckling patterns, latch, or maternal stimulation—key mechanisms through which pacifiers may influence breastfeeding success [39]. In line with Kuitunen, our recommendation is that pacifier use should be carefully weighed, considering possible benefits (e.g., prevention of Sudden Infant Death Syndrome) against potential risks (e.g., interference with EBF) [39].

Another significant factor negatively impacting EBF at 4 and 6 months was **nipple pain** during the first 15 days of the infant's life. This finding is consistent with previous studies identifying nipple pain as a common reason for early discontinuation of breastfeeding [40, 41]. Breast pain, including nipple pain, can result from multiple causes (such as latch problems, tongue-tie, or infection), leading to breastfeeding difficulties [42]. Pain may also contribute to reduced milk production, as mothers experiencing discomfort may breastfeed less frequently, resulting in diminished breast stimulation and, consequently, lower milk supply [43]. Given these mechanisms, an adequate breastfeeding technique is essential for successful breastfeeding and for preventing pain-related complications. Therefore, healthcare professionals should

provide early counseling and follow-up, observe the first feeds, correct positioning, and intervene when necessary to prevent early EBF discontinuation [44, 45].

Our results also reveal that maternal **perception of insufficient milk** is another inhibitory factor for EBF at 15 days and one month. This perception could coexist with or arise in contexts where other breastfeeding challenges are present, such as pacifier use or nipple pain. Although the direction of these relationships cannot be established in our study, the co-occurrence of breastfeeding challenges (such as nipple pain or pacifier use) and maternal perceptions of insufficient milk suggest that early difficulties may contribute to doubts about milk supply, which in turn can lead to discontinuation of EBF.

Understanding the physiology of breastfeeding and the baby's behavior at the breast is crucial for EBF success. When the baby stimulates the breast by sucking, a hormonal response in the mother is triggered which allows the production of milk. This sucking can be nutritive, when the baby extracts milk for feeding purposes, or non-nutritive, playing a more emotional and self-regulatory or calming role [46]. Interference with breastfeeding—whether due to pain, suboptimal latch, or use of a pacifier—can potentially disrupt these processes and contribute to perceptions of insufficient milk.

The perception of insufficient milk has been identified in the literature as one of the main reasons for discontinuing EBF before 6 months [13, 47–49]. This may be due to a misinterpretation of the infant's behavior and crying, but could also be due to cultural factors, beliefs, and inadequate knowledge about how breast milk production works [43, 50–51]. Because perceived insufficient milk is closely linked to low breastfeeding self-efficacy—defined as a mother's confidence in her ability to initiate and sustain breastfeeding under various circumstances—interventions that strengthen maternal confidence are essential. Evidence shows that strategies aimed at improving breastfeeding self-efficacy, together with recommended hospital practices such as skin-to-skin contact, rooming-in, and breastfeeding counseling, can help prevent misperceptions about milk supply and support the continuation of EBF [52].

Our study indicates that giving birth in a **private hospital**, compared to a public one, decreased the likelihood of the child being exclusively breastfed at 6 months. Analyzing the characteristics of both hospitals, we see the public referral hospital in the study area is accredited with phase 2D of the iHAN certification, whereas no private hospital in Tenerife is currently in the process of accreditation. We believe these findings may be more related to current practices in these hospitals than to the type of hospital management. Von Seehausen et al. (2023) highlight that women who give birth in iHAN-accredited hospitals or in the process of accreditation

are more likely to practice exclusive breastfeeding during their hospital stay, regardless of whether the hospital is publicly or privately managed [53]. According to the National Catalogue of Hospitals of Spain (2024), there are 765 hospitals (334 public and 431 private), although it does not specify how many provide maternity care [54]. The IHAN website reports 155 accredited hospitals but does not indicate their type of management [55]. After cross-checking each of these centers with the National Catalogue of Hospitals (2024), it was found that approximately 79% (122) of the accredited hospitals are publicly managed [54, 55]. Marinelli et al. (2019) compared exclusive breastfeeding (EBF) rates in hospitals with and without BFHI accreditation, identifying skin-to-skin contact and initiation of the first feed within the first half hour of life—both recommended by the initiative—as the most influential practices. Mothers who gave birth in accredited hospitals were more likely to implement these practices, thereby facilitating the initiation of EBF [56]. The study also underscores the relevance of breastfeeding support in maternity wards and participation in prenatal classes, factors that strengthen an informed decision to breastfeed [56]. Accordingly, it can be inferred that women delivering in BFHI-accredited hospitals have a higher probability of practicing EBF, a circumstance more likely to occur in publicly managed than in privately managed hospitals.

Our study identified that in women who reported previously **knowing about the benefits of breastfeeding** for their children, exclusive breastfeeding rates at 15 days postpartum were positively influenced. Furthermore, if they knew the benefits of breastfeeding for themselves, this positively influenced exclusive breastfeeding rates at 4 months. The effect sizes of the knowledge variable was much larger than for the previously reviewed ones. We believe that understanding the benefits of breastfeeding can empower mothers to maintain breastfeeding for a longer period, as demonstrated by the study by Iglesias-Rosado et al. (2021) [57]. This finding is consistent with other research showing a positive association between breastfeeding knowledge and the intention or decision to breastfeed, as well as the breastfeeding duration [58].

On the other hand, regarding the **mother's nationality**, the results obtained show that more foreign women were exclusively breastfeeding at 4 months compared to Spanish women (again, with a large effect size), which aligns with other studies carried out in different regions of Spain [29]. Blanco and Otero-García (2021), in their study on the barriers and facilitators of exclusive breastfeeding among Latin American immigrant women in Madrid (Spain), identified that popular and spiritual beliefs about breastfeeding in the women's country of origin are crucial to reinforce exclusive breastfeeding [59]. Furthermore, the process of cultural transformation

and access to healthcare resources received in the host country could help overcome other recommendations from the country of origin that differ from the WHO recommendations to achieve exclusive breastfeeding [57, 59–60].

Many of the results obtained in this research through surveys conducted with mothers coincide with and complement the information extracted from interviews with primary care midwives in Tenerife conducted previously by the authors [22, 23].

Finally, it should be noted that the present research took place during the COVID-19 pandemic. In March 2020, a state of alarm was declared in Spain. Government-imposed mandates required citizens to stay home to prevent coronavirus infection and limit its spread [61]. This led to the suspension of most economic activities, with only essential activities being allowed to continue (such as healthcare, food, civil protection, and security, etc.). Throughout the pandemic, various protective measures were implemented, which varied depending on the disease situation at national level [61]. This context has influenced some of the results obtained compared to those observed in previous research. For instance, the variable “return to work” after the end of the 16 weeks maternity leave. Returning to work is considered one of the most significant factors for discontinuing EBF [62]. However, this study did not identify a direct relationship between returning to work and discontinuation of EBF. This could be explained because most mothers who participated in this study did not physically return to their workplaces, either because teleworking had been implemented or because they were on a temporary layoff. Women highlighted that this situation allowed them to continue with EBF practices while staying at home [63]. This explanation is supported by the studies of Whyte et al. (2024) and Loezar-Hernández et al. (2023) on the social and healthcare support in pregnancy and postpartum care during the COVID-19 pandemic and its impact on EBF [19, 64].

Limitations

Among the study's limitations, a possible response bias should be noted, as the researcher collecting the study data had a dual role as the midwife accompanying the women during their journey and as a researcher, which may have led to responses given out of a desire to please. In addition, as all data were obtained from interviewer-administered self-reports and not from medical records, recall and self-report biases may have occurred, potentially affecting the accuracy of certain clinical or behavioral variables. Nevertheless, the use of structured interviews and standardized questions helped to reduce variability in data collection.

Also, the study design focused on mothers who continued exclusive breastfeeding (EBF), with follow-up discontinued after self-reported cessation. Although data were collected at the moment of cessation, the lack of subsequent follow-up for these participants limits the ability to compare post-cessation experiences and may introduce selection bias toward women who successfully continued EBF. This design reflects the study's specific aim of identifying factors associated with the *continuation* of EBF rather than its discontinuation.

Additionally, the definition of EBF was not based on a 24-hour food intake record of the baby, as recommended by WHO and UNICEF [65] for population studies, but rather on a retrospective question covering the period between visits. This difference in measurement approach may affect the comparability of our EBF prevalence estimates with national or global data collected following WHO/UNICEF recommendations; however, it does not influence the internal validity of our analyses regarding factors associated with the continuation of EBF within this cohort.

Furthermore, the relatively small sample size ($N=83$) may have contributed to the wide confidence intervals observed in some estimates, indicating lower precision and a degree of uncertainty in the strength of certain associations. Despite this limitation, the study's prospective longitudinal design and the use of robust statistical techniques, such as the Firth method, helped to mitigate potential bias related to sparse data and to enhance the reliability of the findings within the context of the available sample.

Conclusions

In summary, this study identifies several factors associated with the continuation or discontinuation of EBF during the first six months of life. The findings suggest that both hospital practices and early postnatal experiences significantly influence breastfeeding outcomes. Specifically, pacifier use during the hospital stay was associated with a lower likelihood of continuing EBF at four months, while mothers reporting nipple pain or perceived insufficient milk had a reduced probability of maintaining EBF at six and one month, respectively. Conversely, mothers who reported being aware of the benefits of breastfeeding for themselves and their infants were more likely to maintain exclusive breastfeeding at different time points.

These associations highlight the importance of providing mothers with early, evidence-based, and continuous professional support throughout the perinatal period. Healthcare providers should receive specific training in lactation management to offer consistent guidance, reassurance, and individualized care, particularly during the critical early postpartum phase [66].

Finally, these results underscore the relevance of implementing and strengthening the Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI/iHAN) in both public and private healthcare facilities across Spain, including the Canary Islands. Although derived from a local context, the insights gained from this study may contribute to shaping international strategies aimed at promoting exclusive breastfeeding and improving maternal and infant health outcomes globally.

Supplementary Information

The online version contains supplementary material available at <https://doi.org/10.1186/s13006-025-00800-x>.

Supplementary Material 1

Acknowledgements

The authors express their sincere gratitude to all the women who voluntarily participated in this study for their valuable time and contribution. We are also deeply grateful to the Primary Care Management authorities of Tenerife for their institutional support and for facilitating the implementation of this research. Finally, the authors wish to acknowledge Ms. Zuleika Saz Parkinson for her assistance with English language editing and proofreading.

Author contributions

Conception: S.L.P. and E.C.C.; Methodology: E.C.C. and S.L.P.; Formal analysis: S.L.P. and E.C.C.; Writing—original draft preparation: S.L.P. and E.C.C.; Writing—review and editing: E.C.C., L.O.G., and S.L.P.; Supervision: E.C.C.; Project administration: L.O.G. and S.L.P.; Funding acquisition: S.L.P. and L.O.G. All authors have read and approved the final version of the manuscript.

Funding

This research project was funded by the Spanish Health Research Fund (PIFIS19/15), through the Canary Islands Foundation Health Research Institute of the Canary Islands (FIISC), CIF: G76208396, Barranco de la Ballena, s/n, Edificio Anexo al Hospital Universitario de Gran Canaria "Negrín", 35019 Las Palmas de Gran Canaria, Canary Islands, Spain.

Data availability

No datasets were generated or analysed during the current study.

Declarations

Ethics approval and consent to participate

This study was conducted in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Universidad Autónoma de Madrid (Madrid, Spain) on 13 July 2018. (Approval No. CEI-90-1679), and by the Scientific Committee of the Primary Care Management of Tenerife (Canary Islands) on September 28th, 2018. Women were informed about the study's objectives and procedures through an information sheet, and all participants who voluntarily agreed to take part in the study signed an informed consent form. Participants were also informed of their right to withdraw their consent at any time during the study. The anonymity of participants was ensured by assigning each woman a unique identification number. The collected data were securely stored and managed by the researcher.

Consent for publication

Not applicable.

Competing interests

The authors declare no competing interests.

Author details

¹Department of Preventive Medicine, Public Health and Microbiology, PhD Programme in Epidemiology and Public Health, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, Spain

²National Center for Tropical Medicine, Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Madrid 28029, Spain

³CIBER Infectious Diseases, Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Madrid 28029, Spain

⁴National School of Public Health, Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Madrid 28029, Spain

⁵CIBER of Epidemiology and Public Health, Instituto de Salud Carlos III (CIBERESP, ISCIII), Madrid 28029, Spain

Received: 15 October 2025 / Accepted: 18 December 2025

References

- Novillo-Luzuriaga N, Robles-Amaya J, Calderón-Cisneros J. Beneficios de La Lactancia materna y factores asociados a La interrupción de Esta práctica [Benefits of breastfeeding and factors associated with the interruption of this practice]. *Enferm Investiga*. 2019;4(5):29–35. <https://doi.org/10.29033/enfi.v4i5.729.g664>.
- Quesada JA, Méndez I, Martín-Gil R. The economic benefits of increasing breastfeeding rates in Spain. *Int Breastfeed J*. 2020;15:34. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00277-w>.
- Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva: World Health Organization; 2001. (WHO/NHD/01.08; WHO/FCH/01.23).
- Fróñ A, Orczyk-Pawlikowicz M. Breastfeeding beyond six months: evidence of child health benefits. *Nutrients*. 2024;16(22):3891. <https://doi.org/10.3390/nu16223891>.
- Hossain S, Mirshahi S. Exclusive breastfeeding and childhood morbidity: A narrative review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(22):14804. <https://doi.org/10.3390/ijerph192214804>.
- Gialelli G, Panagopoulou O, Liosis G, Siahianidou T. Potential epigenetic effects of human milk on infants' neurodevelopment. *Nutrients*. 2023;15(16):3614. <https://doi.org/10.3390/nu15163614>.
- Guzmán Baquedano D, Granatto Maris S, Vazquez Fernández P. Impact of breastfeeding on orofacial growth and development: A systematic review. *Rev Científica Signos Fónicos*. 2024;10(2):26–37. <https://doi.org/10.24054/rcsf.v10i2.3532>.
- Vandyousefi S, Messito MJ, Katzow MW, Scott MA, Gross RS. Infant appetite traits, feeding practices and child obesity in low-income Hispanic families. *Pediatr Obes*. 2022;17(8):e12913. <https://doi.org/10.1111/jpo.12913>.
- World Health Organization. Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief [Internet]. Geneva: WHO. 2017 [cited 2024 Feb 25]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255731/WHO_NMH_NHD_14.7_spa.pdf
- World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF). Global nutrition targets 2030: breastfeeding brief. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund. 2025. Available from: <https://doi.org/10.2471/B09382>
- World Health Organization. En la Semana Mundial de la Lactancia Materna, UNICEF y la OMS reclaman un acceso equitativo al apoyo a esta práctica [On World Breastfeeding Week, UNICEF and WHO call for equal access to breastfeeding support] [Internet]. 2024 Jul 31 [cited 2024 Jun 1]. Available from: <https://www.who.int/news/item/31-07-2024-on-world-breastfeeding-week-unicef-and-who-call-for-equal-access-to-breastfeeding-support>
- Ministerio de Sanidad. Encuesta Nacional de Salud de España 2023 [National Health Survey of Spain 2023] [Internet]. Madrid: Gobierno de España; [cited 2024 Feb 25]. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaSaludEspana/home.htm>
- Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Población menor de 1 año según periodos de lactancia y tipos de lactancia. Canarias. 2004-2009-2015–2021 [Population under 1 year of age by breastfeeding duration and type of breastfeeding. Canary Islands. 2004-2009-2015–2021] [dataset]. Canary Islands: Gobierno de Canarias; 2024 Jan 22 [cited 2025 Nov 05]. Available from: https://www3.gobiernodecanarias.org/istac/statistical-visualizer/visualizer/data.html?resourceType=dataset%26agencyId=ISTAC%26resourceId=C00035A_000050%26version=2.0
- Ortega Moreno MC, Castillo Saavedra EF, Reyes Alfaro CE. Factores asociados al Abandono de La Lactancia materna exclusiva En Una Ciudad de Perú [Factors associated with the abandonment of exclusive breastfeeding in a City in Peru]. *Rev Cubana Enferm*. 2020;36(2):e3211.
- Caballero Ortiz V, Caballero Ortiz I, Ruiz Gonzalez M, Caballero Ortiz A, Muchuli Caballero Y. Factores contribuyentes al Abandono de La Lactancia materna exclusiva En Un área de Salud [Contributing factors to the abandonment of exclusive breastfeeding in a health area]. *MEDISAN*. 2013;17(3):455–61.
- Pinheiro JMF, Flor TBM, Araújo MGG, Xavier AMSF, Mata AMBD, Pires VDC, et al. Feeding practices and early weaning in the neonatal period: a cohort study. *Rev Saude Publica*. 2021;55:63. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003248>.
- Flórez-Salazar M, Orrego-Celestino LM, Revelo-Moreno S, Sánchez-Ortiz G, Duque-Palacio L, Montoya-Martínez JJ, et al. Factores asociados a La Lactancia materna En mujeres de Un municipio Colombiano [Factors associated with breastfeeding among women in a Colombian municipality]. *Rev Méd Risaralda*. 2018;24(1):29–33.
- De Aberasturi AL, Ibáñez NS, Ramos Castro Y, Franco MG, Gutiérrez CA, Vidal IA. Prevalence and determinants of breastfeeding: the Zorrotzaurre study. *Nutr Hosp*. 2021;38(1):50–9. <https://doi.org/10.20960/nh.03329>.
- Loezar-Hernández M, Briones-Vozmediano E, Gea-Sánchez M, Robledo-Martin J, Otero-García L. Percepciones de Matronas de Atención primaria sobre El Uso de La telemedicina Durante La pandemia COVID-19 En España [Primary care midwives' perceptions of telemedicine use during the COVID-19 pandemic in Spain]. *Enferm Clin*. 2023;33(6):380–90. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2023.09.002>.
- World Health Organization, UNICEF. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018 [Internet]. Geneva: WHO. 2019 [cited 2024 Feb 25]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326162/9789243513805-spa.pdf>
- de Sanidad M. Política Social e Igualdad. iHAN. Calidad en la Asistencia Profesional al Nacimiento y la Lactancia [iHAN. Quality in professional care for childbirth and breastfeeding] [Internet]. Madrid: Gobierno de España; 2011 [cited 2024 Feb 25]. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/iHAN.pdf>
- Llorente-Pulido S, Custodio E, López-Giménez MR, Sanz-Barbero B, Otero-García L. Barriers and facilitators for exclusive breastfeeding in women's biopsychosocial spheres according to primary care midwives in Tenerife (Canary Islands, Spain). *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(7):3819. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073819>.
- Llorente-Pulido S, Custodio E, López-Giménez MR, Otero-García L. Barriers and facilitators for exclusive breastfeeding within the health system and public policies from in-depth interviews to primary care midwives in Tenerife (Canary Islands, Spain). *Int J Environ Res Public Health*. 2021;19(1):128. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010128>.
- Labani S, Asthana S. Essential basics on sampling of subjects in medical studies. *Curr Med Res Pract*. 2013;3(5):253–9.
- Safari K, Saeed AA, Hasan SS, Moghaddam-Banaem L. The effect of mother and newborn early skin-to-skin contact on initiation of breastfeeding, newborn temperature and duration of third stage of labor. *Int Breastfeed J*. 2018;13:32. <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0174-9>.
- Martínez-Hortelano JA, Saz-Lara A, Gómez González JL, et al. Skin-to-skin contact and breastfeeding after caesarean section: A systematic review and meta-analysis of intervention studies. *Int J Nurs Stud*. 2025;166:105038. <https://doi.org/10.1016/j.jnurstu.2025.105038>.
- García-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in Spanish mothers. *J Affect Disord*. 2003;75(1):71–6. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00020-4](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00020-4).
- Báez León C, Blasco Contreras R, Martín Sequeros E, Pozo Ayuso ML del, Sánchez Conde AI, Vargas Hormigos C. Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. Análisis de fiabilidad [Spanish validation of a breastfeeding assessment scale: the LATCH. Reliability analysis]. *Índice Enferm*. 2008;17(3):205–209.
- Vila-Candel R, Soriano-Vidal FJ, Murillo-Llorente M, Pérez-Bermejo M, Castro-Sánchez E. Mantenimiento de La Lactancia materna exclusiva a Los 3 meses posparto: experiencia En Un departamento de Salud de La Comunidad Valenciana [Maintenance of exclusive breastfeeding at 3 months postpartum: experience in a health department of the Valencian Community]. *Aten Primaria*. 2019;51(2):91–8. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.09.002>.

30. Buccini G, Pérez-Escamilla R, Benicio MHD, Giugliani ERJ, Venancio SI. Exclusive breastfeeding changes in Brazil attributable to pacifier use. *PLoS ONE*. 2018;13(12):e0208261. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208261>.
31. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MI. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: a systematic review. *Rev Saude Publica*. 2015;49:91. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005971>.
32. Jenik AG, Vain NE, Gorenstein AN, Jacobi NE, Pacifier and Breastfeeding Trial Group. Does the recommendation to use a pacifier influence the prevalence of breastfeeding? *J Pediatr*. 2009;155(3):350–e41. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2009.03.038>.
33. Kramer MS. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior. *JAMA*. 2001;286(3):322. <https://doi.org/10.1001/jama.286.3.322>.
34. Jaafar SH, Ho JJ, Jahanfar S, Angolkar M. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;8:CD007202. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007202.pub4>.
35. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, DeBlicke EA, Oakes D, et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics*. 2003;111(3):511–8. <https://doi.org/10.1542/peds.111.3.511>.
36. Tolppola O, Renko M, Sankilampi U, Kiviranta P, Hintikka L, Kuitunen I. Pacifier use and breastfeeding in term and preterm newborns: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Pediatr*. 2022;181(9):3421–8. <https://doi.org/10.1007/s00431-022-04559-9>.
37. Schubiger G, Schwarz U, Tonz O. UNICEF/WHO baby-friendly hospital initiative: does the use of bottles and pacifiers in the neonatal nursery prevent successful breastfeeding? *Eur J Pediatr*. 1997;156(1):874–7.
38. Hermanson Å, Åstrand LL. The effects of early pacifier use on breastfeeding: a randomised controlled trial. *Women Birth*. 2020;33(5):e473–82. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.10.001>.
39. Kuitunen I. Why do we fear bottles and pacifiers? *Acta Paediatr*. 2023;112(7):1392–4. <https://doi.org/10.1111/apa.16780>.
40. Douglas P. Re-thinking lactation-related nipple pain and damage. *Womens Health (Lond)*. 2022;18:174550572210878. <https://doi.org/10.1177/1745505722108785>.
41. Kent JC, Ashton E, Hardwick CM, Rowan MK, Chia ES, Fairclough KA, et al. Nipple pain in breastfeeding mothers: incidence, causes and treatments. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(10):12247–63. <https://doi.org/10.3390/ijerph121012247>.
42. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M, et al. Prevalencia y factores asociados Con La duración de La Lactancia materna exclusiva Durante Los 6 Primeros meses En La cohorte INMA de Guipúzcoa [Prevalence and factors associated with the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months in the INMA cohort of Gipuzkoa]. *Gac Sanit*. 2015;29(1):4–9. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.08.002>.
43. Bourdillon K, McCausland T, Jones S. Latch-related nipple pain in breastfeeding women: the impact on breastfeeding outcomes. *Br J Midwifery*. 2020;28(7):406–14. <https://doi.org/10.12968/bjom.2020.28.7.406>.
44. Fernández Medina IM, González Fernández CT. Lactancia materna: prevención de problemas tempranos En Las mamás mediante Una técnica de Amamantamiento Eficaz [Breastfeeding: prevention of early breast problems through effective breastfeeding technique]. *Enferm Glob*. 2013;12(31):443–51.
45. Mohebbati LM, Hilpert P, Bath S, Rayman MP, Raats MM, Martinez H, et al. Perceived insufficient milk among primiparous, fully breastfeeding women: is infant crying important? *Matern Child Nutr*. 2021;17(3):e13133. <https://doi.org/10.1111/mcn.13133>.
46. Cabo Córdoba E, D'Acosta Castillo L, Delfino Sosa M, Hermida Caleras N. Mogni Graña A. Manual de lactancia materna para profesionales de la salud [Breastfeeding manual for healthcare professionals]. Montevideo: Biblio Médica Ediciones; 2024. ISBN: 9789915935669.
47. Álvarez Caballero M, Orozco Hechavarría N, Moreno Álvarez A, Marín Álvarez T, Tur Vaillant I. Factores Que Influyeron En El Abandono Precoz de La Lactancia materna En Lactantes de Un grupo Básico de Trabajo [Factors influencing early abandonment of breastfeeding in infants from a basic working Group]. *Rev Méd Electrón*. 2017;39(4):884–93.
48. 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. *Child (Basel)*. 2020;7(12):298. <https://doi.org/10.3390/children7120298>.
49. Rosada Navarro Y, Delgado Medina W, Meireles Ochoa MY, Figueredo González LI, Barrios García A. Factores de Riesgo Que Influyen En El Abandono de La Lactancia materna, 2017–2018 [Risk factors influencing the abandonment of breastfeeding, 2017–2018]. *Multimed*. 2019;23(6):1278–93.
50. Oliva-Pérez J, Oliver-Roig A. Relación Del Retraso de La Lactogénesis II Con La percepción materna de Leche insuficiente: Un estudio longitudinal [Association between Delayed Lactogenesis II and maternal perception of insufficient milk: a longitudinal study]. *Enferm Clin*. 2022;32(6):413–22. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2022.07.005>.
51. Huang Y, Liu Y, Yu X, Zeng T. The rates and factors of perceived insufficient milk supply: a systematic review. *Matern Child Nutr*. 2021;18(1):e13255. <https://doi.org/10.1111/mcn.13255>.
52. Sandhi A, Lee GT, Chipojala R, Huda MH, Kuo SY. Association between perceived milk supply and exclusive breastfeeding during the first six months postpartum: a cross-sectional study. *Int Breastfeed J*. 2020;15:65. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00310-y>.
53. Von Seehausen MP, De Oliveira MIC, Leal MDC, Domingues RMSM, Boccolini CS. Baby-Friendly hospital initiative and exclusive breastfeeding during hospital stay. *Rev Saude Publica*. 2023;57:28. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004283>.
54. Ministerio de Sanidad. Catálogo Nacional de Hospitales 2024 [National Catalogue of Hospitals 2024] [Internet]. Madrid: Gobierno de España. 2023 Dec 31 [cited 2024 Jun 15]. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/ofertaRecursos/hospitales/home.htm>
55. Asociación iHAN. Centros iHAN [BFHI in Spain-accredited centres] [Internet]. [cited 2024 Jun 15]. Available from: https://www.ihan.es/centros-ihan/?_inst___categoria=hospital
56. Marinelli A, Del Prete V, Final E, Guala A, Pelullo CP, Attena F. Breastfeeding with and without the WHO/UNICEF Baby-Friendly hospital initiative: A cross-sectional survey. *Med (Kaunas)*. 2019;98:e17737. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017737>.
57. Iglesias-Rosado B, Leon-Larios F. Breastfeeding experiences of Latina migrants living in Spain: a qualitative descriptive study. *Int Breastfeed J*. 2021;16:76. <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00423-y>.
58. Khasawneh W, Kheirallah K, Mazin M, Abdunabi S. Knowledge, attitude, motivation and planning of breastfeeding: a cross-sectional study among Jordanian women. *Int Breastfeed J*. 2020;15:60. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00303-x>.
59. Blanco E, Otero García L. Perceived facilitating and hindering factors to exclusive breastfeeding among Latin American immigrant women living in Colmenar Viejo (Community of Madrid, Spain). *Health Soc Care Community*. 2022;30(4):e994–1006. <https://doi.org/10.1111/hsc.13503>.
60. Pangas J, Ogunsiji O, Elmir R, Raman S, Liamputtong P, Burns E, et al. Refugee women's experiences negotiating motherhood and maternity care in a new country: a meta-ethnographic review. *Int J Nurs Stud*. 2019;90:31–45. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.10.005>.
61. Spain. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 [Royal Decree 463/2020 of 14 March, declaring a state of alarm for the management of the health crisis caused by COVID-19]. *Boletín Of Estado*. 2020;67. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>
62. Valderrama SMC, Duque PA. Lactancia materna: factores Que propician Su Abandono [Breastfeeding: factors that promote its abandonment]. *Arch Med (Manizales)*. 2019;19(2). <https://doi.org/10.30554/archmed.19.2.3379.2019>.
63. Pritz H, Henkes Z, Graham VM, Romo-Palafox MJ. Breastfeeding during COVID-19 stay-at-home orders: implications for future maternal work policies and health equity. *Matern Child Health J*. 2024;28(11):1961–73. <https://doi.org/10.1007/s10995-024-03990-8>.
64. Whyte I, Morelli A, Burns E, Rowe R. Postnatal care provided by UK midwifery units and the impact of the COVID-19 pandemic: a survey using the UK midwifery study system (UKMidSS). *Heliyon*. 2024;10(9):e29878. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e29878>.
65. World Health Organization, UNICEF. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods [Internet]. Geneva: WHO. 2021 [cited 2024 Jun 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240018389>

66. Mulcahy H, Philpott LF, O'Driscoll M, Bradley R, Leahy-Warren P. Breastfeeding skills training for health care professionals: a systematic review. *Heliyon*. 2022;8(11):e11747. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e11747>.

Publisher's note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS



7.1. INTRODUCCIÓN

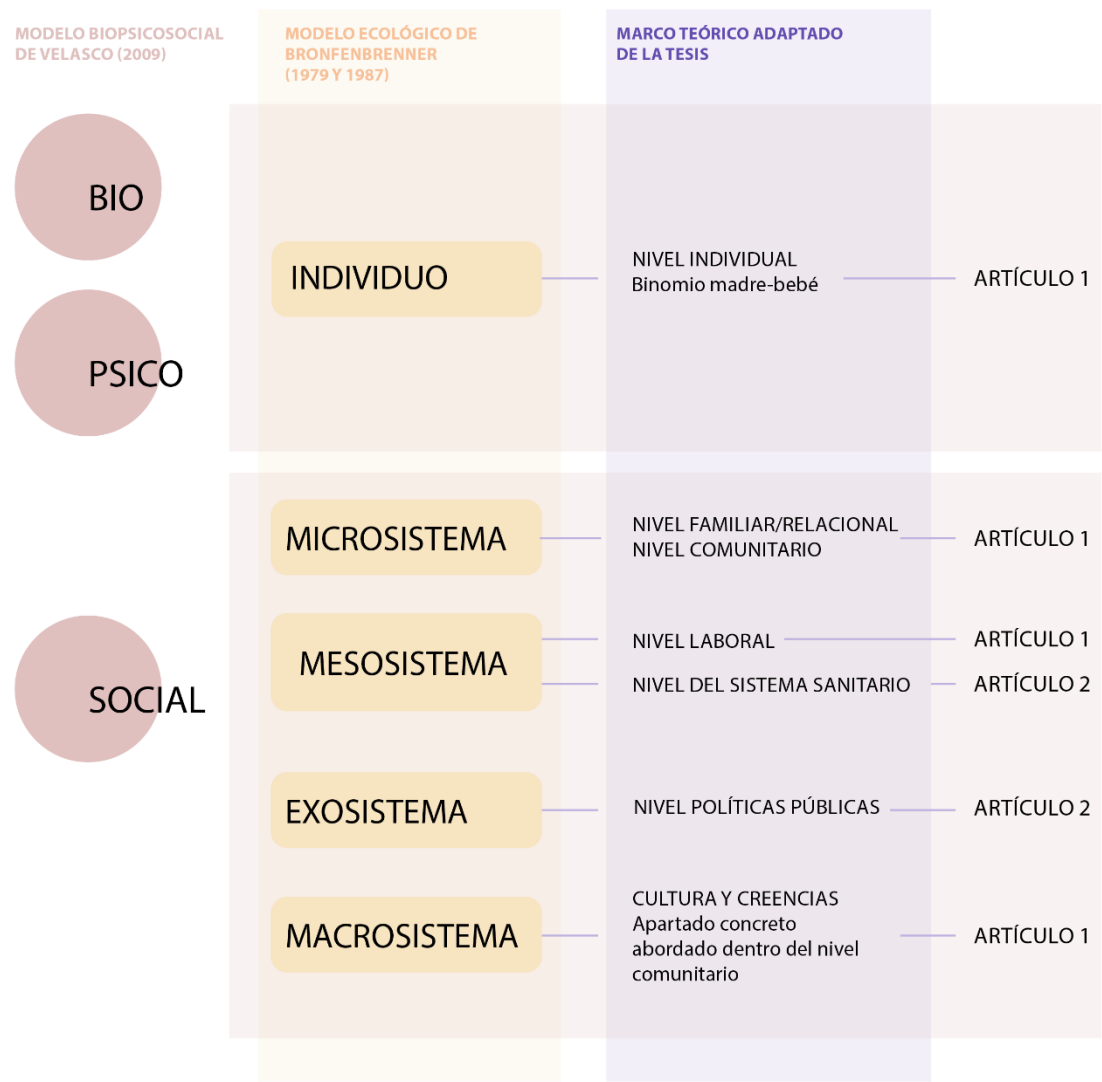
La discusión de los resultados se desarrolla aunando los hallazgos de ambos trabajos de investigación a partir de nuestro marco teórico adaptado que integra el modelo biopsicosocial de Sara Velasco (2009) y el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987).

En primer lugar, se analizan los resultados del **Trabajo de investigación 1**, que explora las barreras y facilitadores de la LME desde la perspectiva de las matronas de AP en Tenerife (Canarias, España) (*artículos 1 y 2*). Este análisis se organiza en torno a dos dimensiones principales: la esfera biopsicosocial de las mujeres, vinculada a su entorno más próximo, y los factores relacionados con el sistema sanitario y las políticas públicas. La **Figura 13** ilustra la articulación de estas dimensiones y su relación con los distintos niveles del modelo ecológico propuesto.

En segundo lugar, se interpretan los resultados del **Trabajo de investigación 2** (*artículo 3*), centrado en los factores inhibidores y protectores de la LME identificados mediante análisis estadístico a partir de los datos obtenidos en una muestra de madres pertenecientes a una ZBS del sur de Tenerife (Canarias, España).

Finalmente, los hallazgos de ambos estudios se discuten de forma integrada con el propósito de ofrecer una comprensión global e interpretativa de los determinantes que influyen en la LME.

Figura 13. Trabajo de investigación 1. Integración de los resultados del objetivo 1 (*artículos 1 y 2*) al modelo biopsicosocial de Velasco y al modelo ecológico de Bronfenbrenner



Elaboración propia

7.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN 1

7.2.1. Barreras y facilitadores de la lactancia materna exclusiva en la esfera biopsicosocial de las mujeres según las percepciones de las matronas de atención primaria de Tenerife (*artículo 1*)

7.2.1.1. Nivel individual

En este nivel se encuentra el binomio madre-bebé según las esferas biológica y psíquica de Velasco (2009) y como eje central de Bronfenbrenner (1987).

Las barreras para la LME identificadas por las matronas en este nivel se vinculan, principalmente, con problemas físicos y/o fisiológicos en las mamas. Estas complicaciones suelen estar relacionadas con un agarre inadecuado del/la lactante al pecho, lo que ocasiona dolor y grietas en el pezón materno, así como otras dificultades frecuentes, entre ellas la congestión mamaria y la mastitis. Este tipo de barreras también ha sido descrito por otros estudios (Peris *et al.*, 2022; Pochet Solano, 2020). La presencia de dolor conduce a las madres al abandono de la LME, lo que a su vez les genera sentimientos de frustración y malestar por no haber alcanzado su idea inicial de dar pecho, afectando también a la esfera psíquica (Caes *et al.*, 2021; Toro *et al.*, 2022). No obstante, diversos estudios señalan que estos obstáculos podrían resolverse mediante intervenciones simples, como modificaciones en la postura durante la LM o el ofrecimiento frecuente del pecho (Fernández Medina y González Fernández, 2013; Oribe *et al.*, 2015).

Otra barrera identificada por las matronas hace referencia al cansancio y a la falta de descanso adecuado en el posparto. Este hallazgo coincide con lo señalado en la literatura (Andrade y Vicente, 2018). En este sentido, Quevedo Navarro *et al.* (2014) definen la denominada *fatiga posparto* como «un desequilibrio entre actividad y descanso que dificulta el bienestar de la persona afectada». Asimismo, Díaz-Gómez *et al.* (2016) destacan que el cansancio y los despertares nocturnos constituyen una de las principales causas de abandono de la LME, dado que la lactancia artificial, al poder ser delegada a otra persona, permite que la madre disponga de más tiempo para descansar, situación que no ocurre con la LME. En concordancia con estos planteamientos, en nuestro estudio se evidenció que la percepción de comodidad asociada a la lactancia artificial se vincula estrechamente con la posibilidad de ser asumida por cuidadores/as distintos/as a la madre.

En relación con la esfera psíquica, las matronas participantes identificaron el posparto como un periodo de crisis para la LME, derivado de los cambios físicos y

emocionales que experimentan las mujeres en esta etapa. Estas transformaciones generan en muchas madres sentimientos de vulnerabilidad e inseguridad respecto a su capacidad para llevar a cabo la LME. Esta inseguridad materna sobre su capacidad para lactar también es identificada en otras investigaciones (Lucchini Raies *et al.*, 2017). Un ejemplo concreto de ello se observa en la interpretación del llanto en lactantes y en la dificultad para conocer con certeza la cantidad de leche ingerida durante la LM. El llanto constituye una de las principales formas de comunicación del/la bebé y puede estar motivado por múltiples factores: hambre, dolor, sueño, necesidad de contacto, incomodidad por el pañal o búsqueda de succión no nutritiva para obtener consuelo (Huang *et al.*, 2022; Mohebati *et al.*, 2021). Sin embargo, muchas madres tienden a asociarlo de manera exclusiva al hambre. Esta creencia, unida a la imposibilidad de cuantificar la ingesta de leche materna, genera en ellas la percepción de que la producción láctea es insuficiente (Loezar-Hernández *et al.*, 2023b; Vila-Candel *et al.*, 2019). Como consecuencia, recurren con frecuencia a la suplementación con leche de fórmula. Este proceso interfiere progresivamente en el mecanismo fisiológico de estimulación mamaria y producción de leche, que se ve reducido a medida que la lactancia artificial sustituye a las tomas al pecho. Finalmente, dicha dinámica puede conducir al abandono de la LME (Cortés-Rúa y Díaz-Grávalos, 2019).

Lo expuesto previamente evidencia que las dificultades iniciales pueden generar una experiencia negativa de la LM en las mujeres. El abandono de la LME como consecuencia de dichas vivencias podría constituir un factor de riesgo en la decisión e inicio de futuras LM. Estas experiencias adversas no solo derivan de la propia madre, sino también de los relatos y percepciones transmitidos por mujeres de su entorno cercano, en particular sus propias madres, cuyas vivencias se comparten en el ámbito familiar y contribuyen a la construcción de creencias y mitos en torno a la LME (de Brito Angelo *et al.*, 2020). Esto reafirma nuestros hallazgos, ya que las matronas mencionaron como barrera que las madres tuvieran experiencias previas negativas sobre la LME. A su vez, estas vivencias se acompañan de sentimientos de culpa, fracaso o vergüenza cuando se produce un abandono de la LME (Caes *et al.*, 2021; González García *et al.*, 2023). En este sentido, la desmotivación materna hacia la LM puede entenderse como una consecuencia directa de esas experiencias negativas, actuando como una barrera psicológica que limita la disposición de las madres a continuar amamantando o a buscar apoyo ante las dificultades. Esta falta de motivación, que puede aparecer en cualquier momento del proceso de la LME, influye en la toma de decisiones respecto a la alimentación del/la bebé y en la implicación activa de las madres (Ryan *et al.*, 2024; Toro *et al.*, 2022). Diversos estudios coinciden en señalar que la desmotivación está asociada con la

discrepancia entre las expectativas y la realidad de la experiencia, el estrés, la ansiedad, las dificultades para amamantar en público y la carencia de apoyo adecuado (Cortés-Rúa y Díaz-Grávalos, 2019; Toro *et al.*, 2022).

No obstante, el mismo proceso emocional que puede conducir a la desmotivación también puede transformarse en un impulso positivo cuando la experiencia de la LM es satisfactoria y apoyada. Así, las matronas destacaron la predisposición y motivación materna como factores esenciales para el inicio y mantenimiento de la LME. La motivación, entendida como el motor que orienta y regula las acciones, se configura a partir de necesidades, deseos, creencias y valores personales. De acuerdo con la teoría de la autodeterminación, esta puede clasificarse en extrínseca, cuando está condicionada por factores externos, o intrínseca, cuando surge del interés y satisfacción personal (Ryan y Deci, 2000). En esta línea, Carrasco-López *et al.* (2025) destacan que la motivación intrínseca está vinculada con el deseo y la gratificación personal, mientras que la extrínseca depende en gran medida del grado de apoyo del entorno. Siguiendo esta teoría, las matronas identificaron como un factor intrínseco la experiencia positiva y la sensación de bienestar que experimentan las madres durante el amamantamiento, aspecto descrito de forma recurrente en la literatura (Loezar-Hernández *et al.*, 2023b; Toro *et al.*, 2022). Así, dado que la motivación resulta determinante para el éxito de la LME, cada madre requiere encontrar un motivo personal que la impulse a mantener la LM.

En suma, la motivación y la desmotivación representan dos expresiones opuestas del mismo proceso emocional que atraviesan las madres durante la LM. Mientras las experiencias negativas y la falta de apoyo pueden debilitar el vínculo con la LME, las vivencias gratificantes y el acompañamiento adecuado lo fortalecen, determinando en última instancia el éxito o abandono de la LM.

Asimismo, las matronas percibieron que las mujeres con un nivel socioeconómico y cultural más elevado presentaron mayores tasas de LME, acompañadas de una mayor predisposición para la búsqueda activa de información. Este hallazgo refuerza lo expuesto por la teoría de la autodeterminación en relación con los motivos extrínsecos, entre los que se incluyen la recepción de información sobre la LME y el conocimiento de sus beneficios para la salud (Carrasco-López *et al.*, 2025).

7.2.1.2. Nivel familiar/relacional

Dentro del nivel familiar/relacional, se destaca la influencia de la pareja y de la familia cercana, quienes forman parte de la esfera social descrita por Velasco (2009) y se sitúan en el microsistema según el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987).

En relación con las barreras, nuestras informantes señalaron que la falta de apoyo por parte de la pareja y de la familia cercana constituye un obstáculo relevante para la LME, un hallazgo que coincide con lo reportado en otros estudios (Pineda Gea *et al.*, 2021). En este sentido, la literatura evidencia que la pareja y la familia desempeñan un papel fundamental en la decisión de las madres respecto a la alimentación de sus bebés (Díaz-Gómez *et al.*, 2016; Sihota *et al.*, 2019).

La falta de apoyo por parte de la pareja tiene que ver con la ausencia de expresiones verbales de apoyo hacia la LM, la priorización de las opiniones de sus propias madres (suegras de las mujeres) frente a las preferencias de sus parejas, la falta de colaboración en las tareas domésticas y en el cuidado de otros/as hijos/as y la falta de apoyo hacia las madres durante las tomas nocturnas (Mardiyaningsih *et al.*, 2024; Okinarum y Rochdiat, 2022). Esto último se vincula con la ausencia de apoyo práctico en el cuidado nocturno del/la lactante, acompañada de comentarios que ponen en duda la competencia materna para amamantar, sugiriendo la administración de un biberón como estrategia para calmar al/la bebé y favorecer su sueño. Esta ausencia de corresponsabilidad paterna implica una desatención a las demandas biológicas del/la lactante y, simultáneamente, una deslegitimación del esfuerzo materno, lo que intensifica la fatiga y la vivencia de abandono (Mardiyaningsih *et al.*, 2024; Snyder *et al.*, 2021).

La falta de apoyo por parte de la pareja se inscribe en patrones más amplios de organización familiar y de distribución de responsabilidades de cuidado, por lo que resulta pertinente examinar el contexto demográfico y familiar en el que se desarrollan estas dinámicas en España.

Según la Encuesta Continua de Hogares (ECH), en el año 2020 se registraron en España un total de 11 307 200 parejas, de las cuales el 99 % estaban formadas por personas de distinto sexo. Dentro de este conjunto, las parejas casadas (parejas de derecho) representaban el 83,8 %, mientras que las parejas no casadas (parejas de hecho o uniones consensuadas) constituían el 16,2 % del total. Asimismo, el 60,6 % de las parejas tenían descendencia, diferenciándose entre el 52,4 % de parejas casadas y el 8,2 % de parejas no casadas (INE, 2021).

En relación con la convivencia en el hogar, el 33,1 % de las parejas residían con hijos/as, mientras que los hogares monoparentales, definidos como una persona adulta conviviendo con hijos/as, alcanzaban el 10,4 % del total. De estos últimos, el 81,4 % correspondían a hogares integrados por madre con hijos/as. A su vez, entre las madres en hogares monoparentales, el 37,6 % eran viudas, el 40,2 %

estaban separadas o divorciadas, el 15,8 % eran solteras y el 6,4 % casadas (INE, 2021).

Por otra parte, no existen datos exactos sobre el número total de madres en España, en parte porque la edad fértil de las mujeres abarca un rango muy amplio. No obstante, según cifras del INE, en 2023 se produjeron 320 656 nacimientos, de los cuales 242 326 correspondieron a madres españolas y 78 330 a madres extranjeras. La edad media de la maternidad fue de 32,6 años, observando un aumento progresivo de los nacimientos en mujeres de 40 años o más (INE, 2023b).

Asimismo, aunque este aspecto no emergió en nuestros resultados, la literatura científica reconoce la violencia por parte de la pareja como una barrera significativa para la LME (Martín de las Heras *et al.*, 2019; Massó Guijarro, 2024). La OMS reconoce la violencia de pareja como una de las expresiones más prevalentes de violencia ejercida contra las mujeres (OMS y Organización Panamericana de la Salud, 2012). Este fenómeno comprende un conjunto de conductas perpetradas por la pareja o expareja que ocasionan daños físicos, sexuales y/o psicológicos, entre los que se incluyen la agresión física, el abuso emocional, el control coercitivo, la violencia económica y la coerción sexual. Dichas manifestaciones conllevan consecuencias significativas para la salud de las mujeres, generando problemas físicos, mentales, sexuales y reproductivos tanto a corto como a largo plazo. Asimismo, este tipo de violencia repercute de manera negativa en la salud y el bienestar de los/las descendientes. En términos estructurales, la desigualdad de género y la aceptación social de la violencia contra las mujeres constituyen factores determinantes en la persistencia de este problema (OMS y Organización Panamericana de la Salud, 2012). El embarazo y el posparto constituyen de por sí etapas de especial vulnerabilidad física, psicológica y social para la mujer (Lucchini Raies *et al.*, 2017). Cuando a esta condición se suma la exposición a violencia, la situación se configura como una doble carga de riesgo y vulnerabilidad, cuyos efectos trascienden la esfera individual y repercuten no solo en la salud materna, sino también en los procesos de crianza y en el bienestar del/la lactante (Martín de las Heras *et al.*, 2019; Massó Guijarro, 2024). Las mujeres que atraviesan situaciones de violencia de género presentan múltiples consecuencias en su salud física y mental, incluidas complicaciones obstétricas, mayor vulnerabilidad durante el puerperio, inseguridad, así como dificultades para el autocuidado y el cuidado del/la lactante (Chisholm *et al.*, 2017a, 2017b). En este contexto, la dificultad para la LME no se limita únicamente a la ausencia de apoyo, sino que se ve agravada por la presencia de violencia ejercida por la pareja. Estas condiciones incrementan las barreras para el establecimiento y mantenimiento de la LME, por lo que parte de ellas se

regularon con el Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo (Bandim Mariano *et al.*, 2016; Lasheras Lozano y Pires Alcaide, 2019).

Por otro lado, en el caso de las abuelas maternas, la falta de apoyo a la LME se relaciona con su interés por preservar el bienestar y el descanso tanto de sus hijas como de sus nietos/as. En esta línea, suelen inducir a las madres a ofrecer fórmula a su bebé como estrategia para favorecer ese descanso materno (Vázquez-Vázquez *et al.*, 2022). No obstante, aunque son reconocidas como figuras de autoridad y depositarias de un conocimiento culturalmente validado, sus recomendaciones se fundamentan principalmente en creencias tradicionales y experiencias personales más que en evidencia científica, lo que favorece la introducción temprana de alimentos o fórmulas y precipita el destete (Maviso *et al.*, 2023). Esto último coincide con nuestros hallazgos. Esta influencia dominante restringe la autonomía materna, genera tensiones y compromete la continuidad de la LME (Maviso *et al.*, 2023).

De forma inversa, como la otra cara de la misma moneda, las matronas destacaron que cuando el apoyo de la familia cercana y, especialmente, de la pareja existe y se percibe como cercano y constante, se convierte en un factor protector clave para el mantenimiento de la LME. Este acompañamiento refuerza la confianza de la madre, reduce el estrés y facilita la continuidad de la LM, actuando como un elemento esencial para afrontar las dificultades del amamantamiento. Este hallazgo coincide con lo descrito en la literatura (Campiño Valderrama y Duque, 2019; Toro *et al.*, 2022). Tanto la pareja como la familia cumplen un rol de sostén para la madre, brindando no solo apoyo físico y emocional, sino también logístico, influyendo incluso en la decisión de iniciar y sostener la LM (Nuampa *et al.*, 2022).

Diversos estudios destacan el papel de la pareja como agente esencial en el sostenimiento de la LME. En esta línea, las matronas identificaron a la pareja como figura clave de apoyo, una afirmación coincidente con los hallazgos de Conde Puertas *et al.* (2014). Este acompañamiento implica no solo reconocer la relevancia de la diada madre-bebé, sino también garantizar su cuidado y protección a través de una corresponsabilidad efectiva en la crianza. En el estudio de Ogbo *et al.* (2020), los testimonios analizados ponen de relieve que la implicación de la pareja, especialmente en tareas domésticas o en la atención de otros/as hijos/as, facilita que la madre pueda centrarse en su bebé y en la práctica de la LME (Ogbo *et al.*, 2020). En este sentido, el apoyo trasciende la aceptación de la LM como método de alimentación y se materializa en acciones concretas que contribuyen a aliviar la carga materna. Dichas acciones comprenden la asunción de responsabilidades en el hogar, la promoción del descanso, la provisión de una nutrición adecuada y la atención al bienestar integral de la madre. Considerando que la LME requiere un

contacto estrecho y constante entre madre y bebé, tanto diurno como nocturno, y que puede resultar un proceso demandante, la participación activa de la pareja constituye un factor determinante para su éxito. La revisión sistemática realizada por Ogbo *et al.* (2020) confirma esta perspectiva al evidenciar que conductas de apoyo, como brindar mensajes positivos, colaborar en las labores domésticas y asumir responsabilidades en el cuidado de otros/as hijos/as, resultan fundamentales para favorecer la continuidad y efectividad de la LME. En consecuencia, la manera más efectiva en que la pareja puede proteger y garantizar el bienestar de su bebé es a través del apoyo y sostén integral de la madre (Oggero *et al.*, 2024; Panahi *et al.*, 2022). No solo resulta relevante el papel de la pareja en la relación con las madres, sino también el ejercicio de su rol como padres. En este sentido, apoyar el proceso de la LM forma parte de ese rol como padres. Por ello, es importante promover su participación activa en el cuidado práctico favoreciendo su reconocimiento y legitimación como agentes de cuidado (Hamnøy *et al.*, 2025). La paternidad puede implicar retos en la búsqueda de su rol como padres en el proceso de la LM, generando en ocasiones sentimientos de exclusión en la díada madre-bebé. Resulta fundamental transmitir a los padres que existen diversas formas de ejercer el cuidado de su bebé mediante la realización de otras actividades que también integran el ámbito del cuidado, favoreciendo así el fortalecimiento de los vínculos paterno-filiales (Sihota *et al.*, 2019). La bibliografía sobre la experiencia de la LM y las parejas conformadas por progenitores/as pertenecientes a minorías y al colectivo LGTBIQ es escasa. En estas parejas es esencial brindar un apoyo a la LM inclusivo, informado y respetuoso de la diversidad, siendo clave para garantizar la equidad en salud y el bienestar tanto de los/las bebés como de sus familias LGTBIQ (Farrow, 2014). En el caso de parejas de madres del mismo sexo, evidencian una marcada disposición hacia la práctica de la LM, así como la capacidad de acceder y utilizar recursos informativos vinculados con la inducción de la LM. Asimismo, la madre no gestante se configura como una figura activa y potencialmente equivalente en los procesos de cuidado y crianza (Juntereal y Spatz, 2019).

En relación con el entorno familiar cercano, nuestro estudio destaca que las matronas identifican a la madre de las madres como un pilar fundamental para el éxito de la LME. Otros trabajos amplían esta visión e incluyen también a las suegras como figuras de apoyo relevantes, lo que refuerza nuestros hallazgos (Moreno-Ávila *et al.*, 2025; Suglo *et al.*, 2024). Las abuelas maternas desempeñan un papel esencial al transmitir sus conocimientos y experiencias previas en la crianza y la LM, de modo que la familia se convierte en una fuente habitual de información en torno a la LME, especialmente a través de las mujeres del círculo familiar cercano (madres, abuelas, hermanas, primas) (Hernández Magdariaga *et al.*, 2023;

Martínez-Locio y Hermosilla, 2017). Este apoyo de madre a madre dentro del ámbito familiar ha demostrado ser altamente beneficioso para la práctica de la LM (Díaz-Gómez *et al.*, 2016; Rius *et al.*, 2014). Los entornos familiares que respaldan a las madres lactantes facilitan su continuidad, ya que contribuyen a que se sientan más seguras y cómodas al amamantar, favoreciendo la transmisión intergeneracional de conocimientos y habilidades, y normalizando la LME como parte de la vida cotidiana (de Brito Angelo *et al.*, 2020; Moreno-Ávila *et al.*, 2025). Además, nuestras informantes señalaron que el apoyo familiar no se limita a reforzar la decisión de las madres y a compartir experiencias, sino que también incluye la colaboración en las tareas domésticas o en el cuidado de otros/as hijos/as, lo que resulta igualmente determinante para sostener la LME.

7.2.1.3. Nivel comunitario

En este nivel se contempla el papel de la familia extensa, así como de otros agentes significativos como el vecindario, compañeros/as de trabajo, amistades y grupos de apoyo. Este ámbito se inscribe en la esfera social del modelo de Velasco (2009) y corresponde al microsistema del modelo de Bronfenbrenner (1987). A su vez, dentro de esta dimensión se consideran también los elementos culturales, las tradiciones y las costumbres, aspectos que forman parte del macrosistema descrito por Bronfenbrenner.

Las barreras para la LME en este nivel se relacionan con la falta de apoyo por parte del entorno donde predomina la lactancia artificial, fenómeno que las propias matronas denominaron como «cultura del biberón», haciendo referencia al contexto social y cultural. Esta falta de apoyo por parte del entorno también es abordada por otros estudios (Conde Puertas *et al.*, 2014), indicando una relación negativa entre la duración de la LM y el escaso apoyo social.

La LM ha constituido tradicionalmente el método natural de alimentación del/la bebé que acaba de nacer. Sin embargo, esta práctica sufrió un cambio significativo con la introducción de las fórmulas infantiles (Rodríguez García, 2015). En 1865, Justus von Liebig patentó la primera fórmula comercial infantil en un contexto de industrialización y medicalización que debilitaba la LM. Desde entonces, las empresas desplegaron estrategias de *marketing* que desacreditaban la LM y presentaban la leche de fórmula como alternativa científica y superior, expandiéndose globalmente con Nestlé a la cabeza. A mediados del siglo XX, estas prácticas se integraron en los sistemas de salud y, ante la caída de ventas en países de altos ingresos, se intensificaron en países de ingresos bajos y medios mediante tácticas

agresivas (Rollins *et al.*, 2023). En España, Nestlé introdujo en 1873 las harinas lacteadas y la leche condensada dirigidas a la alimentación infantil, aunque su elevado precio limitó su acceso. A finales de la década de 1940 aumentó el consumo de leche condensada, empleada como suplemento cuando la LM se consideraba insuficiente (Rodríguez García, 2015). Posteriormente, entre las décadas de 1960 y 1970, las leches de fórmula se consolidaron como parte de la alimentación infantil. Los resultados positivos observados en la ganancia de peso favorecieron su aceptación social como alternativa a la LM, desplazándola de manera gradual (Rodríguez García, 2015). Este proceso conllevó una pérdida paulatina de habilidades y conocimientos vinculados con la LM entre las generaciones de mujeres de la época, quienes asumieron la alimentación con leche de fórmula como el modelo ideal, basado en pautas rígidas y en la centralidad de la ganancia ponderal (Rollins *et al.*, 2016). A ello se sumaron las estrategias de *marketing* de la industria altamente persuasivas (Aguayo Maldonado *et al.*, 2011; Rollins *et al.*, 2023). Esta forma de alimentación difería radicalmente de la LM, tanto desde el punto de vista fisiológico como en la práctica, al no ser a demanda, responder a horarios estrictos y no requerir la proximidad constante del/la lactante (Pérez-Escamilla *et al.*, 2023). Este contexto histórico podría explicar en parte las recomendaciones que hoy transmiten abuelas y suegras, basadas en las prácticas que ellas mismas aprendieron, mencionado por las matronas de nuestro estudio.

A partir de la década de 1980, la OMS y UNICEF evidenciaron los beneficios de la LM para la salud, impulsando políticas y estrategias dirigidas a recuperar la LM (OMS y UNICEF, 1990). La OMS ha mantenido este objetivo hasta la actualidad (OMS, 2025). En contraposición, a nivel global las estrategias de *marketing* se han transformado para adaptarse a los nuevos contextos y siguen desempeñando un papel determinante (Rollins *et al.*, 2023). El consumo de fórmulas infantiles continúa en aumento, lo que repercute negativamente en la práctica de la LM. Estas campañas publicitarias suelen patologizar conductas normales del desarrollo infantil sin base científica, promoviendo productos supuestamente específicos para mejorar el sueño o potenciar la inteligencia del/la bebé (Rollins *et al.*, 2023). Asimismo, las empresas destacan fórmulas enriquecidas con prebióticos o probióticos, presentadas como soluciones para problemas digestivos comunes como gases o cólicos (Pérez-Escamilla *et al.*, 2023; Rollins *et al.*, 2023). Este discurso transmite a las madres la idea de que la LM es insuficiente o inadecuada para resolver dichas situaciones, debilitando su confianza y reforzando la percepción de la leche de fórmula como alternativa más completa (Pérez-Escamilla *et al.*, 2023; Rollins *et al.*, 2023). Esto podría explicar que las matronas de nuestro estudio identificaran como barrera para la LME esta publicidad agresiva, dirigida especialmente a las madres

y familias, en favor de la leche de fórmula, así como la facilidad de acceso a estos productos.

Otra barrera dentro del nivel comunitario identificada por las matronas tiene que ver con el constructo social actual de la maternidad. Según su percepción, muchas madres afrontan este proceso con sentimientos de soledad y un marcado choque de realidad, lo que dificulta el sostenimiento de la LME. También destacaron que las demandas sociales actuales dificultan la LME, pues muchas mujeres la perciben como un obstáculo para conservar sus relaciones sociales previas. Nesbitt *et al.* (2012) describen cómo, en el caso de madres adolescentes, la LM puede repercutir negativamente en sus relaciones sociales, generando sentimientos de aislamiento y experiencias de juicio al amamantar en público, circunstancias que con frecuencia derivan en la reclusión en el hogar o incluso en el abandono de su práctica. La LM debe entenderse no solo como un fenómeno biológico, sino también como un constructo social y cultural (Gil-Estevan y Solano-Ruiz, 2017). Si bien en el plano biológico constituye una parte esencial del proceso reproductivo femenino, su práctica está influida por valores, creencias y aprendizajes transmitidos y transformados a lo largo del tiempo (Rodríguez García, 2015). En la sociedad actual, de carácter marcadamente individualista, se ha erosionado el sentido de «tribu» en la crianza, indispensable para sostener la LME (Del Olmo, 2016), lo que coincide con los resultados de nuestro estudio.

Nuestras informantes señalaron que el machismo, enmarcado en una sociedad patriarcal, constituye una barrera significativa para la LME. Identificaron cómo la sexualización de las mujeres y su valoración prioritaria por el aspecto físico generan en muchas madres presión y ansiedad por recuperar la apariencia previa al embarazo, en detrimento de la vivencia plena de la maternidad y la LM. Asimismo, destacaron que esta desigualdad de género se reproduce en el ámbito de la pareja, donde el nacimiento del/la bebé puede provocar sentimientos de relego o celos en los varones, llegando incluso a dificultar el apoyo a la LM y a ejercer presiones sobre la mujer para retomar precozmente la vida sexual. Finalmente, subrayaron la concepción simplista del pecho como objeto sexual, que contrasta con la escasa aceptación social de su función biológica, mientras se normaliza la exposición erótica del cuerpo femenino en los medios de comunicación donde amamantar en público suele despertar incomodidad, censura o miradas de desaprobación. En el artículo de Otero (2023) se analiza cómo los medios de comunicación recurren a la *transgresión* —es decir, a representar conductas o actitudes que rompen con lo establecido— como una estrategia narrativa y comercial. Esta supuesta transgresión se presenta como una forma de libertad o rebeldía frente a las normas sociales. Sin

embargo, en lugar de cuestionar realmente las estructuras de poder, acaba reproduciendo las desigualdades de género y sirviendo a los intereses del mercado. Esto ocurre cuando se utilizan los cuerpos de las mujeres como reclamo publicitario y se convierte la imagen de la rebeldía femenina en un producto que se vende al consumo masivo (Otero, 2023).

Comprender la representación social de la LM implica considerar tanto las condiciones sociales en las que las madres se desenvuelven, como sus antecedentes históricos en calidad de mujeres, además de los saberes y significados que atribuyen a sus prácticas de LM en los distintos contextos sociales de su vida cotidiana (Ortiz-Félix *et al.*, 2020). En la revisión sistemática de Vázquez Herrero y Anta Rodríguez (2020) se reconoce que la maternidad y la LM constituyen fenómenos sociales complejos estrechamente vinculados con la identidad femenina y con procesos de marginación por razones biológicas. Este contexto pone de relieve un debate interno en el feminismo, articulado en torno a dos corrientes principales. Por un lado, aquella que interpreta la maternidad y la LM como mecanismos de control y opresión de las mujeres, una perspectiva sustentada en las aportaciones de Simone de Beauvoir en *El segundo sexo* (1949) y de Elisabeth Badinter en *La mujer y la madre* (2010) (Olza Fernández *et al.*, 2017; Sanz Durán *et al.*, 2024; Vázquez Herrero y Anta Rodríguez, 2020). Por otro lado, se encuentra la corriente que resignifica estas prácticas como experiencias de empoderamiento y transformación social. En esta línea, destacan las contribuciones de Ester Massó Guijarro en *Lactancia materna y revolución, o la teta como insumisión biocultural: calostro, cuerpo y cuidado* (2013) y de María Jesús Blázquez en *Ecofeminismo y lactancia materna* (2004) (Sanz Durán *et al.*, 2024; Vázquez Herrero y Anta Rodríguez, 2020). Concretamente, Massó Guijarro (2013) sostiene que las significaciones atribuidas a la LM se sustentan en los principios del sistema capitalista, el cual privilegia los procesos productivos vinculados a la esfera monetaria y asigna la vida laboral al ámbito público. En consecuencia, prácticas como el amamantamiento pierden prestigio social al ser catalogadas dentro de los procesos reproductivos, relegándolas así al espacio privado y doméstico (Massó Guijarro, 2013). Por tanto, la LM debe concebirse como un valor intrínseco de las mujeres que merece ser socialmente reconocido, que incide de manera significativa en el bienestar colectivo (Ortiz-Félix *et al.*, 2020).

Por otro lado, dentro de los facilitadores en este nivel, las matronas señalaron el apoyo de redes de madres. Los grupos de apoyo a la LM son reuniones informales, gratuitas y abiertas donde las madres y familias pueden acudir para compartir vivencias y sentimientos, problemas e información. Son grupos de ayuda de madre a

madre. Los hay presenciales, pero también virtuales (Sebastián Vicente, 2017). Otros artículos también coinciden con nuestro hallazgo añadiendo que los grupos de apoyo presencial tienen más peso que los virtuales (Martín-Ramos *et al.*, 2024; Santamaría-Martín *et al.*, 2022). Estas relaciones entre madres se gestan desde las clases de educación prenatal o talleres de LM realizados en los CS (Loezar-Hernández *et al.*, 2023b).

Otro facilitador identificado por nuestras participantes es el apoyo de la comunidad a la que pertenecen las madres. Asimismo, percibieron que las madres provenientes de culturas con una orientación favorable hacia la LM presentaban una mayor frecuencia en la práctica del amamantamiento, particularmente en el caso de mujeres de origen marroquí y del África subsahariana. Este hallazgo coincide con el estudio de Gil-Estevan y Solano-Ruiz (2017). El apoyo de la comunidad constituye un factor clave para sostener la LM, ya que proporciona respaldo social y emocional a las madres. Este apoyo se potencia en el marco de una cultura en favor de la LM, que legitima y valoriza el amamantamiento, generando condiciones favorables para su continuidad y reconocimiento social (Moreno Rubio *et al.*, 2021; Raman *et al.*, 2024).

Las matronas de nuestro estudio percibieron que las madres que residen en zonas rurales amamantan con mayor frecuencia que aquellas que viven en entornos urbanos, un hallazgo que coincide con lo descrito en otros estudios realizados en España (Moreno Rubio *et al.*, 2021; Oribe *et al.*, 2015; Ramiro González *et al.*, 2018). No obstante, la evidencia científica internacional no es concluyente respecto a la influencia del entorno rural o urbano en las prácticas de LME. Mientras algunas investigaciones asocian las zonas rurales con mayores tasas de LME, otras señalan mejores resultados en contextos urbanos. Para comprender estas diferencias, la literatura destaca la necesidad de considerar diversos factores que pueden influir en ambos entornos: la formación materna, el nivel socioeconómico, el lugar y tipo de atención del parto, las condiciones laborales, el apoyo familiar y social, la existencia de redes de madres, y el acceso a los recursos sanitarios, formativos e informativos (Harriott *et al.*, 2022; Wallenborn *et al.*, 2021). En este sentido, el estudio de Wallenborn *et al.* (2021) analiza cómo la interacción de estos determinantes sociales y estructurales puede explicar las brechas observadas entre zonas rurales y urbanas en relación con la práctica de la LME.

Por último, nuestras informantes señalaron que las campañas publicitarias en favor de la LME son limitadas, destacando que los avances observados se atribuyen principalmente a la visibilidad generada por las propias madres que amamantan en espacios públicos en su vida cotidiana. El estudio de Martínez Casares *et al.* (2025)

analiza estrategias de publicidad institucional para promover la LM, proponiendo la corrección de sesgos de género con el fin de llegar de manera más efectiva a las madres actuales. Algunas formas de mejorar la publicidad dentro de los centros sanitarios tienen que ver con: carteles con imágenes donde aparezcan familiares y profesionales de la salud, incluidos varones, apelando a que la LM no solo es de las mujeres; los carteles o publicidad deben ubicarse en todos los lugares, no solo en las salas exclusivamente femeninas como las consultas de la matrona, y representar a varones realizando tareas domésticas para romper con el rol de género tradicional en la crianza, promoviendo la corresponsabilidad (Martínez Casares *et al.*, 2025).

7.2.1.4. Nivel laboral

El nivel laboral forma parte de la esfera social del modelo de Velasco (2009) y del mesosistema de Bronfenbrenner (1987).

En este nivel, las matronas de nuestro estudio identificaron la falta de apoyo a las madres en el ámbito laboral como una de las principales barreras para la LME. Esta dificultad se relaciona con la reincorporación temprana al trabajo, la escasa flexibilidad de turnos y horarios y la ausencia de medidas de conciliación, especialmente en puestos con condiciones laborales precarias. De forma coherente con estos hallazgos, la literatura destaca que la falta de infraestructuras y recursos adecuados, como espacios habilitados para la extracción y conservación de la leche materna, constituye un obstáculo significativo para mantener la LME tras el regreso al trabajo (Bodolec *et al.*, 2024; Kebede *et al.*, 2020; Wolde *et al.*, 2021). La imposibilidad de realizar extracciones periódicas afecta tanto a la madre como al/la lactante. En el primer caso, la falta de estimulación puede disminuir la producción de leche y provocar complicaciones como congestión mamaria, dolor o mastitis (Loezar-Hernández *et al.*, 2023b; Nunes Almeida *et al.*, 2022); en el segundo, impide garantizar la alimentación con leche materna en ausencia de la madre, al dificultar la creación de un banco de leche propio (Lobatón Gallardo y Castillo Lozano, 2025; Organización Panamericana de la Salud, 2015). A ello se suma la escasa comprensión institucional y social, reflejada en la falta de apoyo de superiores y compañeros/as, lo que incrementa las barreras para extraerse leche en condiciones adecuadas (Juengst *et al.*, 2019). Esta problemática ha sido señalada también en otros estudios que subrayan que la interrupción de la LME se relaciona más con la baja producción derivada de la imposibilidad de extracción que con la reincorporación laboral en sí (Díaz-Gómez *et al.*, 2016). Además de eso, las matronas de nuestro estudio destacaron que muchas madres deben realizar este

proceso en espacios inadecuados, como baños o zonas improvisadas durante sus descansos, situación que coincide con lo descrito por Franzoi *et al.* (2024) en su revisión sistemática. Finalmente, este conjunto de dificultades no solo impacta en la LME, sino también en la crianza y el vínculo afectivo, ya que la separación madre-bebé durante la jornada laboral puede generar un proceso de duelo emocional y estrés para ambas partes (Botero Cadavid, 2012).

Por último, nuestras informantes explicaron que las madres deben realizar esfuerzos y sacrificios para retrasar la reincorporación laboral remunerada y compatibilizar la LME con el trabajo. Lo consiguen a base de solicitar excedencias, consumir periodos de vacaciones, reducciones de jornada, etc. Esto coincide con otras investigaciones (Loezar-Hernández *et al.*, 2023b; Schorn *et al.*, 2023).

En nuestro estudio las matronas no identificaron facilidades para la LME en el nivel laboral. A pesar de ello, y aunque no se trate de un hallazgo emergente de esta tesis doctoral, se quiere destacar que la literatura científica evidencia el impacto positivo que ejerce el apoyo en el ámbito laboral sobre la LME. En particular, las medidas destinadas a favorecer la conciliación entre el trabajo y la LME se relacionan con la disponibilidad de puestos que permitan horarios flexibles, la posibilidad de organizar los tiempos de manera autónoma, la opción de teletrabajar y la existencia de salas donde extraerse la leche o guarderías dentro de las instalaciones laborales (Brugaillères *et al.*, 2024; Loezar-Hernández *et al.*, 2023b). Este tipo de apoyo no solo depende de las características estructurales del entorno laboral y de sus recursos, sino también de la colaboración y el respaldo brindado por los propios compañeros/as de trabajo (Brugaillères *et al.*, 2024; Juengst *et al.*, 2019; Wolde *et al.*, 2021). El Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP), con el respaldo del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España, elaboró el documento «Lactancia y Trabajo», dirigido a orientar a las empresas en la implementación de medidas de apoyo a la LM en el ámbito laboral (AEP & Ministerio de Sanidad, s. f.). Este material incluye información sobre los periodos de descanso reconocidos, la disponibilidad de espacios adecuados para la extracción de leche o para la LM directa, así como detalles acerca de los permisos legales existentes. Asimismo, plantea alternativas para favorecer la compatibilización de la vida laboral y la LM, tales como la flexibilidad horaria, la reducción de jornada o el teletrabajo. Finalmente, el documento expone los beneficios de la LM no solo para la salud materno-infantil, sino también para las propias empresas y, en un sentido más amplio, para la sociedad (AEP y Ministerio de Sanidad, s. f.).

7.2.2. Barreras y facilitadores de la lactancia materna exclusiva en el sistema sanitario y las políticas públicas a partir de entrevistas en profundidad a las matronas de atención primaria en Tenerife (artículo 2)

7.2.2.1. Nivel sistema sanitario

Este nivel se enmarca dentro de la esfera social del modelo de Velasco (2009) y del mesosistema y exosistema del modelo de Bronfenbrenner (1987). Para abordar las barreras para la LME dentro del nivel del sistema sanitario se va a tener en cuenta el proceso de cuidados a las madres durante el embarazo, parto y posparto.

En el seguimiento del embarazo desde la AP, las matronas identificaron como una de las principales barreras para la LME la escasa asistencia de las madres a las clases de educación prenatal. En estas sesiones se abordan temas relacionados con los cambios físicos y emocionales del embarazo, el parto y el posparto, además de contenidos específicos sobre LM y cuidados básicos del/la lactante. La educación prenatal se ha identificado como una herramienta potencialmente útil para aumentar los conocimientos y habilidades de las madres en la práctica de la LME (Martínez Galiano y Delgado Rodríguez, 2013). El no participar en dichas clases priva a las futuras madres de información básica, en concreto de la LM y la LME. Entre los motivos señalados como barreras para asistir a la educación prenatal están la coincidencia con la jornada laboral, la escasa promoción de estas actividades por parte de los CS y la falta de flexibilidad horaria para el desarrollo de estas sesiones (Loezar-Hernández *et al.*, 2023b; Pascual *et al.*, 2016; Tello *et al.*, 2025). Si bien las profesionales entrevistadas no precisaron los motivos por los que muchas mujeres no acuden a las clases de educación prenatal, sí destacaron que, entre quienes participan, el interés se centra principalmente en los aspectos relacionados con el parto y el manejo del dolor, mientras que los contenidos vinculados a la LM reciben menor atención. Pascual *et al.* (2016) señalan que las madres suelen demandar información sobre la LME en el posparto, junto con aspectos relacionados con el cuidado del/la bebé y la adaptación a la maternidad, coincidiendo con otras investigaciones (Oggero *et al.*, 2024; Tello *et al.*, 2025).

Nuestras informantes destacaron que la participación en clases de educación prenatal constituye un importante facilitador para el inicio y la instauración adecuada de la LME, ya que cuanto más informada se encuentra la madre mayor es su conexión con el proceso de embarazo y con su bebé. Además, señalaron que estas sesiones resultan más efectivas cuando están actualizadas, bien estructuradas y

promueven la participación activa de la pareja, dado que su implicación fortalece el apoyo percibido y la corresponsabilidad en los cuidados. En este sentido, la literatura científica coincide en que la asistencia a programas de educación prenatal mejora la formación, la confianza, la motivación y la creación de redes de apoyo entre madres, factores todos ellos asociados a una mayor probabilidad de iniciar y mantener la LME (Oggero *et al.*, 2024; Pascual *et al.*, 2016; Tello *et al.*, 2025). Asimismo, los programas de intervención dirigidos específicamente a padres se han mostrado eficaces al favorecer su implicación activa en la alimentación y el cuidado de su bebé, incrementando las tasas de inicio y mantenimiento de la LM (Gómez López y Mendoza-Berjano, 2025). De este modo, el valor de la educación prenatal trasciende la mera transmisión de información, aportando también beneficios emocionales, psicológicos y sociales que refuerzan el vínculo familiar y el bienestar durante la maternidad (Oggero *et al.*, 2024; Tello *et al.*, 2025).

En relación a la atención sanitaria durante el ingreso hospitalario en torno al parto, nuestras entrevistadas identificaron como barrera la realización de prácticas rutinarias no basadas en evidencia científica que dificultan el inicio temprano de la LME. Estas prácticas tienen que ver con: inducciones injustificadas, maniobras obstétricas obsoletas, separación de madre-bebé tras cesárea y no permitir el contacto piel con piel (Colombo *et al.*, 2018; Loezar-Hernández *et al.*, 2023b). Esto puede producir estrés en la diada e interferir en el vínculo (MacMillan, 2019). Por tanto, estas intervenciones deben regirse en base a las recomendaciones y criterios recogidos en las Guías de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal y la LM (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal, 2010; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna, 2017; Gutiérrez Martínez *et al.*, 2019).

Las matronas identificaron como barrera la falta de formación en LM por parte de las profesionales sanitarias, lo que conlleva la transmisión de información contradictoria o imprecisa a las madres y, en consecuencia, genera confusión respecto a las recomendaciones a seguir. Este hallazgo coincide con otros estudios que evidencian un nivel insuficiente de conocimientos sobre LM entre las profesionales sanitarias (Pol-Pons *et al.*, 2016; Pol-Pons *et al.*, 2019). Además, la carencia formativa puede favorecer la aparición de actitudes paternalistas en la atención, en las que se tiende a subestimar la capacidad de decisión de las madres y a ofrecer indicaciones basadas en creencias personales más que en evidencia científica (Cortés-Rúa y Díaz-Grávalos, 2019). Este tipo de interacción no solo infantiliza a las mujeres, sino que aumenta su inseguridad y desconfianza en torno al proceso de la LME (Cortés-Rúa y Díaz-Grávalos, 2019).

Siguiendo con las prácticas hospitalarias, las matronas percibieron que el suministro de tetinas repercute en el inicio de la LME, lo que coincide con otros estudios (Fernández Medina y González Fernández, 2013; Rius *et al.*, 2014). El uso de tetinas, especialmente del biberón y el chupete, influye negativamente en la LME. Si no se produce estimulación a través de la succión en el pecho, ya sea nutritiva para alimentarse o no nutritiva para calmarse, la producción disminuye (Buccini *et al.*, 2016). El uso de tetinas no solo altera los patrones de succión natural del/la lactante, sino que también puede repercutir en el desarrollo orofacial, aumentando el riesgo de maloclusiones dentales (Sadoun *et al.*, 2024). Asimismo, los/las bebés alimentados/as con biberón presentan una mayor predisposición a utilizar chupete, lo que puede acentuar estos efectos sobre la morfología oral (Sadoun *et al.*, 2024). Estos hallazgos refuerzan la importancia de la LME, ya que la succión al pecho favorece un desarrollo orofacial armónico y contribuye a la correcta formación de la cavidad oral.

Otra barrera relacionada con el proceso del parto, identificada en nuestro estudio, es la ausencia de evaluación o valoración de la toma del/la lactante al pecho. Este hallazgo coincide con los resultados de otras investigaciones que destacan la relevancia de evaluar la toma de forma sistemática, dado que dicha práctica permite detectar y resolver problemas de LM de manera temprana, contribuyendo así a mejorar las tasas de LME (Fernández Medina y González Fernández, 2013). La primera evaluación debe realizarse en la primera hora de vida y posteriormente en las 24-48 horas tras el nacimiento (Gutiérrez Martínez *et al.*, 2019). Esta valoración debería hacerse de forma sistemática dejando registrada toda la información para facilitar la continuación de cuidados entre atención especializada y AP. Es importante recoger datos sobre la historia clínica materna y del parto, además de una exploración física a la madre y al/la bebé (Fernández Pulido, 2020).

Con respecto a la atención del puerperio en AP en relación con la matrona, nuestro estudio muestra que la ausencia de una visita posparto protocolizada repercute en la LME. En el estudio de Rius *et al.* (2014) se llegó a la conclusión de que el tiempo transcurrido entre el alta hospitalaria y el seguimiento posparto por AP es clave para el éxito de la LME (Furnieles-Paterna *et al.*, 2011; Rius *et al.*, 2014). La visita posparto ideal debería ser realizada por la matrona, en el domicilio de la madre, dentro de las primeras 48 horas tras el alta hospitalaria (Furnieles-Paterna *et al.*, 2011; Yonemoto *et al.*, 2021). Las matronas de nuestro estudio realizan la visita posparto en los CS, en los primeros días tras el parto, según la disponibilidad de citas y recursos humanos disponibles. La duración de la revisión es de aproximadamente 20-30 minutos, lo que no se ajusta a una visita de seguimiento posparto

ideal (Furnieles-Paterna *et al.*, 2011). La falta de recursos humanos que existe en los centros de AP y los escasos tiempos de consulta implican que las matronas deben dedicar tiempo adicional a su consulta diaria para ayudar a las madres con la LME, sobrecargando sus agendas (Pascual *et al.*, 2016; Ramos-Morcillo *et al.*, 2020). En cuanto al resto del equipo de salud de AP (enfermeras/os pediátricas/os y comunitarias/os, médicos/as de familia y pediatras), las matronas indicaron que la falta de su apoyo y formación constituye una barrera para la LME. Este hallazgo coincide con otros estudios (Díaz-Gómez *et al.*, 2016; Martín-Iglesias *et al.*, 2011; Pol-Pons *et al.*, 2016).

Finalmente, nuestras informantes destacaron que ciertas prácticas profesionales dentro del ámbito sanitario pueden constituir barreras importantes para la LME. Entre ellas, se encuentra el incumplimiento, sin penalización, del CICSIM, cuyo objetivo es proteger la LM frente a la promoción agresiva de sucedáneos, biberones y tetinas, estableciendo directrices para su regulación (OMS, 2017). Las matronas señalan que existen profesionales que facilitan a las madres muestras gratuitas de leches de fórmula, biberones o chupetes, constituyendo una estrategia de *marketing* dirigida a la promoción de estos productos. Este hallazgo coincide con lo reportado en otras investigaciones (Bustos y Vásquez, 2022; Díaz-Gómez *et al.*, 2016).

En este mismo ámbito institucional, nuestras entrevistadas no identificaron la violencia obstétrica como barrera para la LM, pero sí existe evidencia científica al respecto. La violencia obstétrica está reconocida por la OMS como un tipo de violencia hacia la mujer que puede manifestarse de forma física o verbal, por acción u omisión, por parte de las profesionales sanitarias durante el embarazo, parto y puerperio (OMS, 2014b). Se reconoce como un factor de riesgo para la LME, ya que impacta negativamente en la vivencia del parto de las mujeres, generando consecuencias para la salud materno-infantil a corto y largo plazo (Massó Guijarro, 2024; Rodríguez Mir y Martínez Gandolfi, 2021). La violencia obstétrica durante el parto repercute en el inicio y posterior mantenimiento de la LME, ya que las madres viven momentos estresantes, aumentando el cortisol y disminuyendo la oxitocina, lo que influye en la producción de leche (Leite *et al.*, 2023).

Por otro lado, con respecto a la atención hospitalaria en torno al parto, una de las prácticas más importantes que facilitan la LME identificada por las matronas es el contacto piel con piel, evitando que madre y bebé sean separados tras el nacimiento. La bibliografía refuerza nuestro hallazgo (Gutiérrez Martínez *et al.*, 2019; Martínez-Hortelano *et al.*, 2025), además de incluirse dentro de las Guías de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal y la LM (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal, 2010; Grupo de trabajo de la

Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna, 2017). El contacto piel con piel significa colocar al/la bebé encima del cuerpo materno, generalmente sobre su pecho, tras el nacimiento. Se debe realizar lo antes posible. Lo ideal para favorecer la LME es realizarlo en la primera hora de vida del/la bebé, debido a que este/a se encuentra en un periodo de máxima reactividad (Mora Rubio *et al.*, 2025). De esta manera se activan los reflejos de búsqueda y succión, necesarios para la estimulación del pecho materno. A partir de este momento comienza la liberación hormonal de oxitocina, la cual promueve la producción y eyección de leche. Esta práctica tiene beneficios para el/la lactante ya que mejora la estabilidad fisiológica y regula la temperatura, facilitando la adaptación a la vida extrauterina (Mora Rubio *et al.*, 2025). Por lo tanto, seguir estas recomendaciones es necesario para el inicio óptimo de la LME, independientemente de si ha sido un parto vaginal o cesárea (Gutiérrez Martínez *et al.*, 2019; Martínez-Hortelano *et al.*, 2025).

Otra medida identificada en nuestro estudio que beneficia la LME tiene que ver con la no dispensación de biberones con leche de fórmula de forma indiscriminada. Las matronas señalan que las madres intentan primero dar pecho antes que darle directamente un biberón, notando un cambio de abordaje en favor de la LME en los últimos años. Nuestro resultado está respaldado por la bibliografía (Costa Unfried *et al.*, 2024). Se ha demostrado que ofrecer leche de fórmula y en biberón durante la estancia en las salas de maternidad repercute en la LME: por un lado, porque la leche de fórmula altera la microbiota intestinal del/la lactante, y, por otro, porque la producción de leche en el pecho materno disminuye al limitar la estimulación del pezón (Costa Unfried *et al.*, 2024). Existen opciones para iniciar y mantener la LME, si la madre así lo desea, en caso de dificultad como, por ejemplo, por un/a bebé prematuro. Lo importante es mantener la estimulación-producción de leche en el pecho materno usando, por ejemplo, sacaleches. La leche extraída se puede ofrecer al/la bebé a través de sonda nasogástrica mientras este/a está al pecho. De esta forma no se altera el mecanismo de succión manteniendo la estimulación del pezón favorecida por el contacto directo (Phillips *et al.*, 2024). Pero ya no es solo por el contenido en sí, sino que la forma de ofrecer la leche también influye en la nutrición del/la lactante. La alimentación a través del biberón se asocia con la sobrealimentación, dando lugar a bebés con más sobrepeso (Eidelman, 2024; Slater *et al.*, 2024). La alimentación a través del biberón hace que el/la bebé se convierta en sujeto pasivo, no pudiendo regular la cantidad de leche que ingiere; mientras que la alimentación a través del pecho permite que la succión esté guiada por la saciedad, además de que la interacción con la madre es mayor (Eidelman, 2024; Slater *et al.*, 2024). Por todo ello, antes de ofrecer un biberón es importante valorar el deseo de la madre, una exploración física de la díada madre-bebé y una

valoración de la toma, es decir, individualizar y no ofrecer suplementos de rutina. Existen otras formas de ofrecer la alimentación oral (vasito, dedo-jeringa o relactador), pero el biberón es la forma más frecuente y permite administrar grandes cantidades. En caso de tener que darle leche a través de biberón, debe hacerse de la manera más fisiológica y segura posible para evitar repercusiones en su nutrición, utilizando el método Kassing (Valdovín Guerrero *et al.*, 2021). Para ello, el biberón debe reunir una serie de características: forma alargada, flujo lento y regulado por el/la bebé, y tetina blanda, alargada y de base ancha. Para ofrecerlo, el/la bebé debe estar sentado/a con la espalda recta y alineada con la cabeza, el biberón colocado en horizontal y haciendo pausas (Valdovín Guerrero *et al.*, 2021).

Con respecto al seguimiento del puerperio en AP, las matronas se consideran piezas clave para promover la LME debido a sus competencias y conocimientos, indicando que dicha afirmación está reforzada por las recomendaciones de práctica clínica. Este hallazgo también aparece en otros estudios (Martínez-Galán *et al.*, 2017). Existe una serie de factores identificados en nuestros resultados que facilitan que la figura de la matrona tenga esta consideración. La relación profesional que se establece entre la matrona y las madres se inicia durante el seguimiento de embarazo y las clases de educación prenatal y se mantiene durante el seguimiento del puerperio. Esta relación facilita la confianza entre la matrona y las madres, convirtiéndose en la profesional de referencia en caso de problemas o dudas. Nuestras informantes señalaron que el acompañamiento de la LM incluye respetar la decisión de las madres sobre cómo alimentar a sus bebés, sin ejercer juicios de valor. Por ello, la visita posparto tras el alta del hospital debe realizarse lo antes posible, apoyando a la madre tanto física como emocionalmente. Estos resultados se ven reforzados por otros estudios (Furnieles-Paterna *et al.*, 2011; Yonemoto *et al.*, 2021).

Otro facilitador identificado en nuestra investigación durante el puerperio tiene que ver con la asistencia a los talleres de LM. Un taller de LM es una actividad gratuita y estructurada dirigida a madres y familias lactantes donde compartir su experiencia. Forma parte de las actividades de educación para la salud de AP y está moderado por profesionales de la salud (IHAN y UNICEF, 2001). Las matronas señalan la importancia de incluir a las parejas y familia cercana en estos talleres. Estas actividades refuerzan las redes de apoyo entre madres, por ello es enriquecedor invitar también a las embarazadas mostrándoles la LME de una forma más cercana y realista, tal como se muestra en otros estudios (Lumbiganon *et al.*, 2016; Martínez-Galán *et al.*, 2017). La asistencia a estos talleres presenta beneficios para la LME, ya que es un punto de encuentro entre madres que comparten la misma motivación

y donde pueden resolver dudas o problemas, incluso detectarlos antes de que ocurran (Ramiro González *et al.*, 2018; Vázquez Cancela *et al.*, 2018).

Por último, nuestras entrevistadas señalaron como un factor facilitador de la LME el apoyo brindado por las profesionales sanitarias de AP, a quienes las madres suelen reconocer como referentes en caso de dudas. Este acompañamiento no siempre implica la resolución inmediata de los problemas, pero sí conlleva la sensación de ser escuchadas y respaldadas. En esta línea, Oribe *et al.* (2015) destacan a los/las pediatras y a las matronas como profesionales clave en la prevención del abandono de la LME. Asimismo, resulta fundamental que todas las profesionales sanitarias sustenten sus recomendaciones en la evidencia científica, lo que contribuye a la unificación de criterios (Tirano Bernate *et al.*, 2018).

7.2.2.2. Nivel políticas públicas

Teniendo en cuenta la esfera social de Velasco (2009), el exosistema de Bronfenbrenner (1987) y la adaptación de nuestro marco teórico, encontramos el nivel de políticas públicas.

En el nivel de políticas públicas, las matronas reconocen que, a nivel local e institucional, se han desarrollado en los últimos años diversas acciones orientadas a fortalecer la LME. Entre ellas destacan la inversión en formación profesional y la implementación de iniciativas como la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) en hospitales y CS de Tenerife, así como proyectos impulsados por profesionales de la salud para visibilizar y promover la LM en el ámbito social y comunitario (González-Darias *et al.*, 2020). No obstante, estas mejoras conviven con limitaciones estructurales que dificultan su consolidación. Las matronas señalaron que, pese a la existencia de profesionales sanitarias comprometidas con la promoción de la LM, la falta de respaldo institucional y político, junto con la escasa inversión en recursos, constituye un obstáculo relevante para la sostenibilidad de las iniciativas. Estas dificultades se enmarcan en un contexto de debilitamiento del sistema sanitario tras la crisis económica de 2008, que afectó de forma particular a la AP (Batalla Martínez *et al.*, 2020; Florido Alba *et al.*, 2019). En este sentido, las matronas más veteranas reconocen los avances logrados en materia de políticas de LM, pero coinciden en que gran parte de los esfuerzos actuales dependen todavía de la implicación personal y la motivación de las profesionales sanitarias, tal como señalan también otros estudios (Ramos-Morcillo *et al.*, 2020).

Según el Sistema de Cuentas de Salud, operación estadística que se realiza en España desde 2005 y cuya elaboración corresponde a la Subdirección General de Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Fondos de Compensación del Ministerio de Sanidad, el gasto sanitario representa aproximadamente el 7,4 % del producto interior bruto (PIB) nacional. En comparación, la media de la UE se sitúa en torno al 6,4 %, siendo Alemania el país que más invierte (10,9 %) y Rumanía el que menos (4,5 %) (Rodríguez Blas, 2022). El análisis del gasto sanitario en España muestra que, en 2022, la inversión se destinó principalmente a la asistencia curativa y de rehabilitación, la atención de larga duración y la adquisición de productos médicos (medicamentos y dispositivos). Por el contrario, la inversión en prevención y en la formación del capital humano de las instituciones sanitarias, incluida la capacitación de profesionales de la salud, presenta una tendencia decreciente (Rodríguez Blas, 2022). En esta misma línea, la Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud anunció que, para 2026, gran parte del presupuesto preventivo se destinará al suministro de vacunas como estrategia de prevención primaria. Sin embargo, no se contempla inversión específica para la promoción de la salud desde un enfoque más amplio ni para la LM. De este modo, puede concluirse que las políticas sanitarias nacionales continúan centradas en el abordaje clínico de las enfermedades y en su prevención biomédica, limitando así la priorización de estrategias de prevención primaria y de promoción y educación para la salud. Diversas investigaciones han documentado las barreras que dificultan el desarrollo de proyectos en AP vinculados a la LME, entre las que se incluyen la escasez de recursos humanos, la insuficiente formación profesional, la carencia de incentivos económicos, la baja motivación y las limitaciones de tiempo disponible (Del Carmen Sara, 2019; Seckler *et al.*, 2020).

Por otro lado, las matronas señalaron como barrera importante la duración de los permisos maternales y la falta de políticas laborales que protejan la LME. Según la mayoría de los estudios, el permiso de maternidad inferior a 6 meses y, por tanto, la incorporación laboral temprana son consideradas dos de las principales razones de abandono de la LME a los 4 y 6 meses (Díaz-Gómez *et al.*, 2016; Oribe *et al.*, 2015).

En España, la protección a la mujer durante el puerperio y el descanso por maternidad se empezó a plantear en 1900 con ayudas a las mujeres tras el parto y descanso laboral de 3 semanas. Desde entonces, la regulación del permiso por maternidad ha experimentado múltiples modificaciones en su concepto, duración y ayudas económicas debido a los cambios políticos surgidos durante la II República, la Guerra Civil, la época franquista y llegada de la democracia (Escarpenter Suárez,

2023). El permiso de maternidad que conocemos hoy comenzó en 1989 con una duración de 16 semanas, siendo las 6 primeras obligatorias, y fue regulado por la Ley 3/1989, de 3 de marzo (Escarpenter Suárez, 2023). Más tarde se aprobó la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, conocida como Ley de Igualdad, un hecho muy importante y novedoso dentro de las políticas en materia de igualdad en nuestro país al añadir como «discriminación directa por razón de sexo» cualquier trato desfavorable a las mujeres que esté relacionado con el embarazo o la maternidad. Por otro lado, con respecto a los padres, en 1980 existía el permiso de 2 días por nacimiento de hijo/a. No fue hasta 2007 que se comenzó con el llamado permiso de paternidad, el cual tenía una duración de 15 días. En 2017 se amplió a 4 semanas y, a partir de entonces, año tras año ha ido aumentando hasta equipararse al permiso de maternidad, con 16 semanas en 2021. Estos permisos son intransferibles e individuales (Romero-Balsas, 2022). Ambos permisos se han aumentado a 17 semanas recientemente con el Real Decreto-ley 9/2025, de 29 de julio.

En relación a lo anterior, las matronas señalaron que el aumento y equiparación de los permisos paternales era un avance positivo hacia la igualdad, pero mostraron su descontento con respecto a que estos fueran intransferibles y que los permisos maternales sigan sin aumentarse notablemente. Las matronas sugerían que los permisos deberían ser transferibles para permitir la logística familiar según conveniencia. Por tanto, aunque los permisos por nacimiento y cuidado de menor son ahora iguales, individuales, intransferibles y remunerados al 100 %, las medidas específicas para la LME, como el permiso por LM, resultan insuficientes. Ninguna matrona del estudio lo mencionó. El permiso de lactancia en España tiene su origen en la Ley de 13 de marzo de 1900, concebida para proteger a las mujeres durante el puerperio y el periodo de LM. Dicha norma introdujo la posibilidad de ausentarse del trabajo una hora diaria para amamantar tras la reincorporación laboral a las 3 semanas (Espuny, 2006). No fue hasta 1999, mediante la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, conocida como Ley de Conciliación de la vida familiar y laboral, que se consolidó la hora de LM como derecho laboral, manteniendo su duración, pero introduciendo mayores márgenes de flexibilidad y extendiendo su titularidad a ambos progenitores (Escarpenter Suárez, 2023). La modificación más reciente se produjo en 2024 mediante el Real Decreto-ley 2/2024, de 21 de mayo, que incorporó este derecho al artículo 37.4 del Estatuto de los Trabajadores. Actualmente, el permiso es intransferible, remunerado y aplicable a ambos progenitores durante los primeros 9 meses de vida del/la hijo/a, pudiendo disfrutarse en distintas modalidades: una hora diaria, dos fracciones de media hora, reducción de jornada al inicio o final, o acumulación en jornadas completas equivalentes a 28 días.

En España, las políticas laborales de igualdad se sustentan principalmente en la Ley Orgánica 3/2007, que garantiza la igualdad efectiva entre mujeres y hombres y prohíbe toda forma de discriminación por razón de sexo. Esta norma se complementa con el Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, que refuerza la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación; el Real Decreto 901/2020, de 13 de octubre, que regula los planes de igualdad y su registro obligatorio en las empresas; y el Real Decreto 902/2020, de 13 de octubre, que establece la igualdad retributiva y la obligación de realizar auditorías salariales. Asimismo, la Ley 15/2022, de 12 de julio, amplía la protección frente a cualquier tipo de discriminación, y la Ley Orgánica 2/2024, de 1 de agosto, promueve la representación paritaria en los órganos de decisión. El Estatuto de los Trabajadores recoge estos principios, garantizando la igualdad en el acceso al empleo, la formación, la promoción y la retribución, así como la prevención del acoso sexual y por razón de sexo. En conjunto, estas medidas consolidan un marco integral para la igualdad laboral, centrado en la equidad salarial, la conciliación, la prevención de la discriminación y la transversalidad del enfoque de género en todas las políticas públicas y empresariales. Aunque la participación femenina en el mercado laboral es creciente y existen políticas orientadas a la igualdad en este ámbito, ciertas medidas sociales y familiares aún presentan limitaciones en nuestro contexto, lo que coincide con lo señalado por Vilar-Compte *et al.* (2021). En particular, las licencias y prestaciones de cuidado y apoyo familiar continúan generando una sobrecarga para las mujeres (Gitz y Uces, 2020; Herrero, 2017; Lombardo y León, 2014).

Con el fin de visibilizar la situación, los desafíos y las necesidades de las madres en Europa, la organización no gubernamental internacional Make Mothers Matter presentó el 22 de septiembre de 2025 en el Parlamento Europeo el informe *State of Motherhood in Europe* (Make Mothers Matter, 2024). Este documento revela que, aunque la maternidad continúa siendo un eje fundamental de la sociedad, las madres enfrentan importantes dificultades relacionadas con la salud mental, la sobrecarga de cuidados y la conciliación laboral. En el contexto europeo, cerca de la mitad de las madres reporta problemas de ansiedad o agotamiento, y más del 60 % asume la mayor parte de las tareas domésticas y de cuidado, incluso cuando trabaja. En España, la situación refleja esta misma tendencia, con una de las tasas más altas de ansiedad materna (42 %) y sobrecarga mental (78 %). En el ámbito laboral, un 33 % de las madres declara insatisfacción con su situación profesional, especialmente debido a la falta de flexibilidad horaria y a los cambios en su estatus tras la maternidad. Pese a que España destaca por ofrecer una mayor cobertura salarial durante la licencia de maternidad (31 %), la insatisfacción con la duración del permiso (37 %) y con las compensaciones económicas (39 %) evidencia

carencias en la protección y el reconocimiento social de la maternidad. Solo el 53 % de las madres españolas percibe que su rol es valorado por la sociedad, una cifra inferior a la media europea, lo que subraya la persistencia de desigualdades estructurales y la necesidad de políticas públicas más equitativas (Make Mothers Matter, 2024).

Con respecto a la conciliación en España, el Real Decreto 5/2023, de 28 de junio, añade novedades introduciendo el término corresponsabilidad. Este real decreto se basa en incluir a parejas de hecho, la creación de un permiso parental, y la ampliación y mejora de permisos para cuidado de familiares por enfermedad o urgencias. Esta norma surge de la necesidad de adaptarse a un mandato comunitario. La Directiva 2019/1158/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de junio de 2019, aborda la conciliación familiar y profesional de progenitores/as y cuidadores/as promoviendo la igualdad entre hombres y mujeres y fomentando la corresponsabilidad en las tareas de cuidado. Para cumplir dicho mandato, en julio de 2025 se publicó el Real Decreto-ley 9/2025 por el que se amplía el permiso de nacimiento para ambos progenitores a 17 semanas (las 6 primeras son obligatorias). Además, se añaden 2 semanas adicionales para el cuidado de hijos/as menores de 8 años retribuidas al 100 % solo para aquellas familias con hijos/as nacidos/as a partir de agosto de 2024. Hasta ahora se contaban con 8 semanas no retribuidas para el cuidado de menores hasta los 8 años. En caso de familias monoparentales, este permiso se amplía a 28 semanas.

El análisis de las políticas públicas de conciliación en España y Europa muestra que su principal objetivo es promover la igualdad de género mediante permisos parentales equitativos. La ampliación de los permisos paternales y su carácter intransferible y remunerado se considera esencial para fomentar la corresponsabilidad y una distribución más justa de los cuidados (Castellanos-Serrano, 2022). Sin embargo, el estudio de Cañero Ruiz y Marinova (2025) evidencia una brecha entre la política y las preferencias sociales: solo el 10,4 % de las madres y padres encuestadas/os se muestran conformes con el actual sistema de permisos. Mientras las madres tienden a preferir permisos más extensos para sí mismas, los padres valoran la igualdad desde la confianza en su propia capacidad de cuidado, más que desde una convicción sobre la corresponsabilidad (Flaquer y Escobedo, 2014). Estos resultados reflejan que los avances hacia la igualdad y la corresponsabilidad siguen siendo lentos y que la protección específica de la maternidad y de la LME aún no se contempla plenamente en la legislación (Castellanos-Serrano, 2022).

En relación con lo anterior, es importante destacar que las actividades de cuidado desempeñadas por las mujeres en el ámbito doméstico y familiar carecen, en gran

medida, de reconocimiento económico, social e institucional, pese a su contribución esencial al sostenimiento de la vida y al bienestar colectivo. En consecuencia, no aparecen en las estadísticas económicas y generan inequidad de género en las cargas de trabajo dedicado al cuidado (Baker *et al.*, 2023). La LM se enmarca dentro del cuidado que realizan las madres de forma invisible para las instituciones económicas globales. La producción y el tiempo dedicado a la LM no están monetizados y por tanto no están contemplados ni forman parte del PIB. Al contrario que la LM, la producción y venta de leche de fórmula sí aumenta el PIB. Esto podría justificar que no se desarrollen políticas en favor de la maternidad, de los cuidados y de la LM, ya que no generan ingresos (Baker *et al.*, 2023).

Las matronas identificaron como barrera la falta de control sobre la publicidad de las fórmulas infantiles, destacando la abundancia de mensajes promocionales sin sanciones efectivas. La industria utiliza resultados propios para elaborar afirmaciones con apariencia científica, pero sin evidencia sólida, empleando el discurso científico como herramienta de *marketing* para legitimar precios elevados y reforzar la percepción de superioridad del producto (Pérez-Escamilla *et al.*, 2023; Rollins *et al.*, 2023). Además, influye en las políticas nacionales e internacionales mediante su participación en la definición de estándares y el uso de estudios sesgados, debilitando las regulaciones basadas en evidencia independiente (Rollins *et al.*, 2023). Nuestros resultados coinciden con otros estudios al señalar la falta de sanciones por incumplimiento del CICSLM como un obstáculo relevante (García Flores *et al.*, 2017; Pérez-Escamilla *et al.*, 2023). En España, el Real Decreto 867/2008 incorpora parcialmente las disposiciones del CICSLM, pero carece de un sistema nacional de vigilancia y sanción específico, delegando su cumplimiento en iniciativas voluntarias como la acreditación IHAN. El informe conjunto de la OMS, UNICEF e IBFAN (2025) confirma que la última revisión del cumplimiento en España (2016) evidenció la ausencia de monitorización y de sanciones más allá de las económicas (IBFAN, 2025). Este vacío regulatorio, junto con el auge del *marketing* digital y las redes sociales como nuevos canales de promoción (Rea *et al.*, 2025), refleja el carácter fragmentado y la limitada capacidad coercitiva del sistema actual para garantizar la protección de la LM frente a intereses comerciales (AEP, 2016; Llodrá Grimalt, 2014).

A nivel mundial, existen distintas estrategias para promover la LME, como la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, la IHAN y el CICSLM. La evidencia científica respalda los beneficios de la LM, considerándose un pilar básico para la promoción de la salud. Es por ello que la LM se incluye

dentro de la estrategia de alimentación relacionada con los ODS de la Agenda 2030 de la ONU (Asamblea Mundial de la Salud, 2016; CEPAL, 2016).

En relación con los permisos de maternidad, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), a través de su Convenio 183 del año 2000, estableció que la duración mínima de dichos permisos, destinados a proteger la maternidad, debe ser de 14 semanas (OIT, 2001). No obstante, la duración no es el único aspecto relevante, pues resulta igualmente fundamental considerar la compensación económica o remuneración, la flexibilidad en su aplicación y la existencia de una cultura laboral que favorezca la conciliación. A nivel internacional se observa una gran diversidad en los regímenes de permisos (maternales, paternales y parentales), con variaciones significativas en materia de remuneración, lo que dificulta la comparación entre países.

En este contexto, los países escandinavos suelen destacarse como los mejor valorados, dado que sus políticas de remuneración, conciliación e igualdad de género ofrecen condiciones especialmente favorables (OECD, 2021). En Suecia, el permiso parental alcanza los 480 días, equivalentes a 68,57 semanas, de los cuales cada progenitor dispone de un derecho individual de 240 días (aproximadamente 34,3 semanas); dentro de este periodo, 90 días se reservan exclusivamente para la madre y otros 90 para el padre, mientras que los 300 días restantes pueden transferirse entre ambos progenitores según las necesidades familiares. En cuanto a la remuneración, los primeros 390 días se abonan al 80 % del salario y los 90 días restantes reciben una tarifa reducida establecida por el Estado, de modo que Suecia no distingue formalmente entre permiso maternal o paternal, sino que los integra en un esquema parental único y compartido. Por su parte, Noruega ofrece un permiso parental con dos modalidades: 49 semanas con el 100 % del salario o 59 semanas con el 80 %, de las cuales 18 están reservadas para la madre (3 prenatales y 15 posnatales) y 15 para el padre, mientras que el tiempo restante, 16 o 18 semanas según la opción escogida, constituye un derecho familiar compartido que puede distribuirse entre ambos progenitores de acuerdo con sus preferencias. Finalmente, en Dinamarca la madre dispone de 18 semanas y el padre de 2 semanas, a las que se suman 32 semanas de permiso parental transferible entre ambos; la remuneración de este permiso depende del sistema de Seguridad Social danés y puede variar en función del sector laboral y de los acuerdos colectivos. En el caso de Bulgaria, el permiso maternal es el más largo con 410 días (aproximadamente 58,6 semanas), y una remuneración del 90 %. El permiso paternal es de 15 días remunerados al 90 %.

Siguiendo con la comparativa, el permiso de paternidad en España es pionero en comparación con otros países debido a su completa remuneración, su extensa duración (17 semanas) y su carácter intransferible. En Europa, los países con permisos amplios no cuentan con un permiso exclusivo para los padres que sea simultáneamente tan prolongado y remunerado al 100 %. Por el contrario, el permiso para las madres es relativamente reducido. Asimismo, ningún otro país de la UE ha implementado la equiparación de los permisos como un derecho individual e intransferible (Cañero Ruiz y Marinova, 2025).

Con respecto al cumplimiento del CICSLM, a nivel mundial según el último informe de la OMS, UNICEF e IBFAN (2020), el 70 % (136 de 195) de los países habían adoptado alguna medida legal para regular la aplicación del CICSLM, de los cuales solo 25 contaban con medidas importantes (OMS, 2022). En 2020, la Comisión Europea adoptó regulaciones más estrictas sobre el CICSLM mediante la adopción del Reglamento Delegado 2016/127/UE de la Comisión, de 25 de septiembre de 2015, en los apartados 22 y 23 referentes al etiquetado, presentación y la publicidad de preparados para lactantes y de preparados de continuación.

En España, la LM está incluida dentro de estrategias nacionales como la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la EAPN, la Estrategia de Salud Pública y la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. De forma indirecta, también se aborda dentro del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil (Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística, 2025). En el documento ejecutivo de la Estrategia Española de Salud Global 2025-2030 se incluye un apartado titulado «Garantizar una atención a la salud infantil basada en los derechos de la infancia y reducir las desigualdades en salud en las primeras etapas de la vida» (Ministerio de Sanidad y Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación, 2025). Además, también se encuentra IHAN-España trabajando como asociación no gubernamental desde el año 1995, basada en la Declaración de Innocenti de 1991 de la OMS/UNICEF, recogida en la Resolución de 12 de septiembre de 2024, de la Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud. Esta declaración se firmó en Florencia por expertos en salud infantil, que instan a los gobiernos a nivel mundial para proteger, promover y apoyar la LM (Aguayo Maldonado *et al.*, 2011; OMS y UNICEF, 1990, 2021).

7.3. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN 2

7.3.1. Factores inhibidores y protectores de la lactancia materna exclusiva según datos recogidos de madres de una Zona Básica de Salud del sur de Tenerife (*artículo 3*)

El componente cuantitativo analiza los datos recogidos a través de encuestas a las madres para identificar, mediante análisis estadístico, los factores que se asocian de forma significativa con la práctica de la LME.

7.3.1.1. Factores inhibidores para la lactancia materna exclusiva

USO DEL CHUPETE

El factor que se asocia con mayor consistencia al abandono de la LME es el uso del chupete durante la estancia hospitalaria tras el nacimiento y en los primeros 15 días de vida. Su utilización en este periodo repercute no solo en el inicio, sino también en el mantenimiento de la LME a los 4 y 6 meses, tal como señalan diversos estudios (de Oliveira Pastro Togneri *et al.*, 2024; López de Aberasturi de Garayo *et al.*, 2021). Cuando el/la bebé estimula el pecho mediante la succión, se desencadena una respuesta hormonal que favorece la producción de leche. El chupete sustituye precisamente esta succión no nutritiva (Cabo Córdoba *et al.*, 2024). Entre los beneficios descritos se encuentran la reducción del riesgo de síndrome de muerte súbita del/la lactante (SMSL), el alivio del dolor durante procedimientos invasivos y la disminución de molestias en viajes aéreos (García y García, 2025; Renz-Polster *et al.*, 2024). No obstante, también se asocia con riesgos como el abandono precoz de la LM, la maloclusión dental y la otitis media (García y García, 2025). En la mayoría de los casos, su uso responde al efecto calmante que produce la succión y al control de las presiones mecánicas implicadas en la succión-deglución. Por tanto, los efectos positivos atribuidos al chupete derivan más de los mecanismos propios de la succión no nutritiva que del objeto en sí. De hecho, la LM, conocida como tetanalgesia, también se utiliza para aliviar el dolor durante procedimientos invasivos en lactantes (Morales Tipán y Cusme Torres, 2024). Algunos estudios recientes sugieren que el uso del chupete puede moderar el efecto protector de la LM frente a la bronquiolitis (Martin *et al.*, 2024). La LME ofrece protección frente a infecciones respiratorias; sin embargo, si el uso del chupete conduce a una reducción de su duración, el/la lactante pierde parte de esta defensa. En este contexto, el chupete no actúa como un factor causal directo de bronquiolitis, pero sí puede aumentar el riesgo al atenuar los beneficios inmunológicos de la LM. El debate

entre su posible efecto protector frente al SMSL y el riesgo de interrumpir la LM continúa siendo un tema controvertido en la literatura.

El principal motivo por el que se ha recomendado el uso del chupete es su posible papel en la reducción del SMSL, aunque la evidencia al respecto aún se encuentra en estudio. La Academia Americana de Pediatría define el SMSL como la muerte repentina e inesperada de un/a lactante menor de 12 meses sin causa aparente, aun tras una investigación exhaustiva de todos los factores (Moon *et al.*, 2016). Este fenómeno ocurre con mayor frecuencia entre los 2 y 4 meses de edad, coincidiendo con cambios en el desarrollo y maduración cardíaca, respiratoria y del sueño (Goldstein *et al.*, 2016).

Entre los factores de riesgo individuales del SMSL se incluyen el consumo de tabaco o drogas por parte de la madre, complicaciones gestacionales, bajo peso al nacer y prematuridad. Asimismo, los factores ambientales comprenden dormir sobre superficies blandas, en decúbito prono, con exceso de ropa de cama, colecho inseguro y uso prolongado de sillas de vehículo (National Institutes of Health, 2019). En los últimos años, la incidencia de SMSL ha disminuido gracias a la implementación de medidas de prevención centradas en los hábitos de sueño y las prácticas relacionadas con el mismo (Tarraga Marcos *et al.*, 2022). Entre estas medidas se recomienda tanto la LM como el uso del chupete. Según el National Institutes of Health (2019), la LM ejerce un efecto protector frente al SMSL, mientras que respecto al chupete se sugiere ofrecerlo sin forzar al inicio del sueño, evitar reintroducirlo si el/la bebé ya está dormido/a y comenzar su uso a partir del primer mes de vida, una vez que la LM esté establecida.

El estudio de Renz-Polster *et al.* (2024) explica que la LM actúa como factor protector frente al SMSL mediante diversos mecanismos. Durante el amamantamiento, el/la lactante aprende a respirar y ventilar eficazmente mientras se encuentra próximo/a al pecho, asegurando un flujo de aire adecuado y desarrollando maniobras para evitar la asfixia. Además, la LM favorece la estimulación motora y sensorial, contribuyendo al aprendizaje de conductas de escape protector, integradas en el contexto evolutivo del desarrollo de los mamíferos. Para que estas funciones se lleven a cabo de manera óptima, se requiere no solo LM, sino también colecho, porteo, apego y contacto frecuente con los/las progenitores/as.

Considerando lo anterior, se presentan las siguientes situaciones: el chupete se ha considerado beneficioso en la prevención del SMSL; la LM es un factor protector frente al SMSL; y, al mismo tiempo, el uso del chupete se ha identificado como un posible factor de riesgo para la interrupción precoz de la LME. En nuestro estudio,

el uso del chupete se asoció con una disminución de la LME, hallazgo que coincide con algunos estudios previos (Buccini *et al.*, 2016; Buccini *et al.*, 2018), aunque la literatura muestra que esta relación no es clara.

En la revisión sistemática de Jaafar *et al.* (2016) se analizaron 3 ensayos clínicos aleatorizados (ECA) realizados hasta ese momento (Jenik *et al.*, 2009; Kramer *et al.*, 2001; Schubiger *et al.*, 1997), de los cuales solo fueron incluidos 2 (Jenik *et al.*, 2009; Kramer *et al.*, 2001). El ensayo de Schubiger *et al.* (1997) fue excluido del metaanálisis principal porque presentaba un alto riesgo de sesgo de deserción. Jaafar *et al.* (2016) tampoco incluyeron el ensayo clínico aleatorizado de Howard *et al.* (2003), dado que este estudio se centraba en evaluar los efectos de dos formas de exposición a tetinas artificiales sobre la duración de la LM, con énfasis en los métodos de suplementación (biberón versus vasito). Así, al no comparar de manera directa el uso restringido frente al no restringido del chupete, criterio central de la revisión Cochrane, no cumplía con los requisitos de inclusión establecidos. Los resultados mostraron que el uso del chupete en lactantes sanos a término no tuvo un efecto significativo sobre la duración de la LME (Jaafar *et al.*, 2016). Indicaron que los hallazgos eran relevantes, pero debían interpretarse con cautela ya que las participantes de los ensayos eran madres altamente motivadas a mantener la LME. Esto limitaba la validez externa y la posibilidad de extrapolar los resultados a poblaciones con menor motivación o con dificultades en la instauración de la LME (Jaafar *et al.*, 2016). Asimismo, la revisión no permitió evaluar otros desenlaces preespecificados de interés, como las dificultades en la LM (grietas en el pezón, mastitis o congestión mamaria) ni los posibles efectos adversos a largo plazo en la salud infantil (maloclusión dental, otitis media, caries dentales o SMSL). De este modo, aunque la evidencia disponible se considera de calidad moderada y respalda la conclusión de que, en madres motivadas, el uso del chupete no afecta a la duración de la LME hasta los 4 meses, sigue existiendo una insuficiencia de datos sobre riesgos potenciales.

Buccini *et al.* (2016) realizaron una revisión sistemática y metaanálisis sobre el uso del chupete y la interrupción de la LME durante los primeros 6 meses de vida analizando la bibliografía existente hasta 2014. Esta revisión tuvo en cuenta 46 estudios: 2 ensayos clínicos (Jenik *et al.*, 2009; Kramer *et al.*, 2001), 20 estudios longitudinales y 24 estudios transversales. En este caso, Buccini *et al.* (2016) sí incluyeron el estudio de Howard *et al.* (2003), a diferencia de Jaafar *et al.* (2016), que no lo hizo. Buccini *et al.* (2016) añadieron en la discusión a Howard *et al.* (2003) dentro del grupo de estudios prospectivos en vez de en los ECA, debido a que su diseño incluía un seguimiento longitudinal. Tras su exhaustivo análisis

observaron que, en los estudios observacionales, tanto longitudinales como transversales, indicaban que el uso del chupete sí influía en la interrupción de la LME; mientras que los ECA no identificaron dicha relación. Aunque estos últimos presentan una sólida calidad metodológica en términos de validez interna, su validez externa resulta limitada, ya que las condiciones bajo las cuales fueron diseñados y ejecutados no reflejan de manera representativa la realidad de la población general. En particular, los ECA incluidos reclutaron principalmente a mujeres con una elevada motivación hacia la LM y, en algunos casos, establecieron criterios de inclusión restrictivos, como que la LM estuviera previamente instaurada y que el/la lactante presentara una adecuada ganancia de peso antes de recomendar el uso del chupete. Estas características reducen la capacidad de extrapolar los resultados a contextos más amplios, donde las madres pueden presentar diferentes niveles de motivación o enfrentar dificultades iniciales en la LME. En consecuencia, mientras que los ECA permiten controlar mejor los sesgos y establecer relaciones causales con mayor rigor metodológico, su aplicabilidad en escenarios reales es limitada. Por el contrario, los estudios observacionales, aunque más vulnerables a sesgos, ofrecen una estimación más cercana a la magnitud del efecto en condiciones de práctica cotidiana, mostrando consistentemente la asociación entre el uso del chupete y el riesgo de interrupción temprana de la LME. Por tanto, la relación entre el uso del chupete y la interrupción de la LME puede entenderse a través de tres posibles mecanismos causales. En primer lugar, el chupete, según frecuencia e intensidad de uso, interfiere en la succión al pecho dificultando el mantenimiento de la LME. En segundo lugar, puede ocurrir una causalidad inversa, es decir, que las dificultades iniciales en la LM o la baja motivación materna conduzcan a la introducción del chupete como estrategia para calmar al/la lactante, lo que hace que la interrupción de la LME sea consecuencia y no causa del chupete. Finalmente, un tercer mecanismo plantea que las madres que evitan el chupete suelen mostrar una mayor adherencia a otras recomendaciones de apoyo a la LM, como la práctica de la LME a libre demanda, lo que favorece su prolongación (Buccini *et al.*, 2016).

Esta bibliografía motivó a que, en 2018, tras un proceso de revisión liderado por la OMS y UNICEF, se reformulara el Paso 9 de la IHAN, sustentada en los Diez Pasos para una Feliz Lactancia Natural (OMS y UNICEF, 2018). Inicialmente en este paso se prohibía el uso de chupetes en lactantes amamantados/as. Esta recomendación estaba justificada en un contexto de alta mortalidad infantil y bajas tasas de LME, sin respaldo de ECA. Actualmente el Paso 9 recomienda aconsejar a las madres sobre los riesgos y usos de tetinas y chupetes, promoviendo decisiones informadas y un enfoque más flexible que mantiene el apoyo a la LM, pero permite

integrar recomendaciones basadas en evidencia y ofrecer más opciones a las familias (Jenik, 2019).

Dado que desde 2016, tras la revisión sistemática de Jaafar *et al.* (2016), se realizaron nuevos ECA sobre el uso del chupete y el éxito de la LME, Tolppola *et al.* (2022) llevaron a cabo una revisión sistemática y metaanálisis con el objetivo de evaluar si el uso del chupete está asociado con la duración o el éxito de la LME en recién nacidos/as a término y pretérmino. En su revisión se incluyeron ECA, por conglomerados y cuasialeatorizados realizados hasta 2021, excluyendo los estudios observacionales. Se recopilieron datos de 5 ensayos clínicos aleatorizados realizados en recién nacidos/as a término: Schubiger *et al.* (1997), Kramer *et al.* (2001), Howard *et al.* (2003), Jenik *et al.* (2009) y Hermanson y Åstrand (2020). Los resultados mostraron que el uso precoz del chupete no se asocia con una reducción en la duración ni en la prevalencia de la LME durante los primeros 6 meses de vida, coincidiendo con los hallazgos de la revisión Cochrane de Jaafar *et al.* (2016). No obstante, Tolppola *et al.* (2022) subrayan que la introducción del chupete debe valorarse de forma individualizada, ya que en casos de dificultades iniciales con la LME su uso podría interferir con el establecimiento de una succión eficaz. La principal diferencia entre ambas revisiones radica en la metodología: Jaafar *et al.* (2016) aplicaron criterios más restrictivos y excluyeron los estudios de Howard *et al.* (2003) y Schubiger *et al.* (1997), mientras que Tolppola *et al.* (2022) adoptaron un enfoque más inclusivo, incorporando dichos ensayos para aumentar la potencia estadística y el alcance de las conclusiones.

Posteriormente, Kuitunen (2023), tras analizar las revisiones sistemáticas y ensayos clínicos disponibles, concluyó que persiste un exceso de precaución en torno al uso del chupete, basado principalmente en estudios observacionales de baja calidad metodológica. En contraste, los ECA no han demostrado que su uso afecte negativamente a la LM, tanto en neonatos/as a término como prematuros. No obstante, la mayoría de estos estudios se centran en la alimentación con leche materna como contenido, sin diferenciar entre LM directa y alimentaciones con leche extraída, lo que limita la generalización de sus resultados. Además, Kuitunen (2023) advierte que, en contextos con recursos limitados, donde el acceso a agua potable es insuficiente, el uso de biberones y chupetes puede aumentar el riesgo de infecciones, como la gastroenteritis, una de las principales causas de mortalidad infantil a nivel mundial. En consecuencia, propone que el Paso 9 de la IHAN sea revisado para ofrecer una información más equilibrada, de modo que madres, padres y profesionales de la salud puedan tomar decisiones informadas sobre los posibles beneficios y riesgos asociados al uso de chupete (Kuitunen, 2023).

Por todo ello, nuestra recomendación sobre el uso del chupete va en línea con lo aportado por Kuitunen (2023), dado que nuestro estudio no tiene un diseño que permita refutar resultados de ECA y parece que la evidencia es controvertida. La recomendación sobre el uso del chupete, por tanto, se alinea con Kuitunen (2023): no forzar su uso, intentar no usarlo antes del primer mes ni pasados los 12 meses, no reintroducir cuando el/la bebé ya se haya dormido y que la frecuencia de uso sea el menor tiempo posible (Tarraga Marcos *et al.*, 2022). Por otro lado, el chupete debe tener una forma especial (aplanado y trapezoidal) para evitar que deforme el paladar (Maintz *et al.*, 2025).

DOLOR EN EL PECHO MATERNO

El dolor en el pecho durante los primeros 15 días se asoció negativamente con la LME a los 4 y 6 meses de vida del/la bebé. Si una madre experimenta dolor en el pecho durante el inicio de la LME, concretamente en el pezón por un agarre inadecuado, puede disminuir la frecuencia de las tomas al pecho, lo que a su vez induce a una menor estimulación y por tanto a una disminución en la producción de leche, lo que podría explicar su asociación con la interrupción de la LME a los 4 y 6 meses, coincidiendo con otros estudios (Bourdillon *et al.*, 2020; Mohebbati *et al.*, 2021). El dolor durante el acto de amamantar se considera como uno de los motivos más comunes por los que las mujeres abandonan la LM (Douglas, 2022). Hay investigaciones que asocian el dolor y los problemas físicos con la LM con mayor probabilidad de depresión posparto, concluyendo que estos factores son más determinantes que los propios problemas psicosociales (Brown *et al.*, 2016). Existen diferentes causas que justifican ese dolor: problemas en el agarre, anquiloglosia, disbiosis e infecciones por candidas o bacterias (Bourdillon *et al.*, 2020). Ese dolor suele ir acompañado de lesión o traumatismos posteriores en el pezón, apareciendo frecuentemente en la primera semana tras el parto. Estas lesiones incluyen eritema, equimosis, edema, vesícula, fisura, erosión y costra. Por ello, conocer las características de estos daños y la posible causa es primordial para tratarlos adecuadamente (Sartorio Camargo *et al.*, 2024).

PERCEPCIÓN MATERNA DE LECHE INSUFICIENTE

La percepción materna de leche insuficiente se considera una de las principales causas de interrupción de la LME antes de los 6 meses (Rosada Navarro *et al.*, 2019; Santacruz-Salas *et al.*, 2020). En nuestro estudio, la percepción materna de tener leche insuficiente se identificó como un factor inhibidor de la LME en las evaluaciones realizadas a los 15 días y al mes de vida. Esta percepción llevó a muchas madres a introducir la leche de fórmula de forma temprana, lo que favoreció el

abandono posterior de la LME. En muchos casos, esta sensación de falta de leche llevó a las madres a introducir de forma temprana la leche de fórmula, favoreciendo el abandono posterior de la LME. Tal y como señalan otras investigaciones, esta percepción suele ser subjetiva y está reforzada por creencias culturales y mitos en torno a la LM (Cortés-Rúa y Díaz-Grávalos, 2019; Vargas *et al.*, 2020; Vila-Candel *et al.*, 2019).

Este resultado coincide con la revisión sistemática de Huang *et al.* (2022), en la que se señala que el periodo crítico para la aparición de esta percepción ocurre durante la primera semana posparto. En esta etapa temprana se produce la lactogénesis II, definida como el proceso de transición del calostro a la leche madura, fenómeno comúnmente conocido como la «subida de la leche». La lactogénesis II marca el inicio de la LM establecida y está regulada por los cambios hormonales posparto y la frecuencia de la succión del/la bebé al pecho (Huang *et al.*, 2022). Durante las primeras 48 horas, el/la lactante se alimenta de calostro, un fluido con propiedades inmunológicas y nutricionales únicas, aunque presente en volúmenes reducidos, lo que puede generar en algunas madres la percepción errónea de insuficiencia. Esta percepción tiende a disminuir a medida que se consolida la LME. Si en los primeros días se mantiene una succión frecuente y eficaz, la producción láctea se establece progresivamente, alcanzando su punto máximo alrededor del primer mes posparto. En cambio, una estimulación inadecuada o un retraso en la transición del calostro a la leche madura pueden comprometer dicha producción (Huang *et al.*, 2022). Entre los factores de riesgo asociados a dicho retraso se incluyen las dificultades para amamantar durante el ingreso hospitalario y la falta de apoyo profesional (Oliva-Pérez y Oliver-Roig, 2022). Asimismo, se han descrito otros factores como el agarre inadecuado, la presencia de grietas o la congestión mamaria, que generan dolor materno y afectan negativamente al inicio de la LM (Mohebati *et al.*, 2021).

La percepción materna de leche insuficiente repercute directamente en su autoeficacia, generando dudas sobre la capacidad de la propia leche para alimentar a su bebé y llevando a muchas madres a introducir suplementos de fórmula, lo que a su vez socava el mantenimiento de la LME (Mohebati *et al.*, 2021). Tras recibir dichos suplementos, el/la bebé suele mostrarse más relajado y somnoliento, lo que puede interpretarse como un signo de saciedad; sin embargo, esta respuesta se explica por la composición de la leche de fórmula, que produce digestiones más lentas y pesadas (Jiang *et al.*, 2022). La prolongación de los intervalos entre tomas reduce la demanda al pecho y, en la madre, la falta de estimulación y vaciado provoca una menor producción de leche. Si esta práctica se repite con frecuencia, la producción láctea disminuye progresivamente hasta no cubrir las necesidades del/la bebé, lo

que con el tiempo puede conducir al abandono de la LME y a la aparición de una baja producción real (Mohebbati *et al.*, 2021).

En este proceso también influyen la inseguridad materna y la falta de conocimientos acerca del comportamiento del/la bebé, el significado del llanto y las señales de hambre y saciedad, lo que refuerza la percepción de insuficiencia (Cortés-Rúa y Díaz-Grávalos, 2019; Moreno-Ávila *et al.*, 2025). Como se dijo anteriormente, el llanto es una manifestación normal en lactantes que puede deberse a múltiples causas (Cooijmans *et al.*, 2022). Así, los/las bebés suelen permanecer al pecho incluso tras haber finalizado la succión nutritiva, buscando consuelo y cercanía más allá de la alimentación. Es habitual que lloren al ser colocados en la cuna y se calmen en brazos, lo que evidencia que la madre aporta no solo alimento, sino también seguridad y refugio (Cooijmans *et al.*, 2022). En cuanto a las señales de hambre, se reconoce que el llanto constituye un signo tardío, por lo que es recomendable ofrecer el pecho ante señales tempranas como el reflejo de búsqueda, movimientos de lengua o sonidos característicos (Cruz Chávez *et al.*, 2020). Las madres que mantienen un contacto estrecho y practican la LM a demanda suelen identificar con mayor rapidez estas señales, favoreciendo un amamantamiento más efectivo (Hetherington y McNally, 2019; Little *et al.*, 2018). Dicho contacto frecuente, además, contribuye a la sensación de seguridad en lactantes, facilita el sueño y disminuye los episodios de llanto (Wang *et al.*, 2023).

DAR A LUZ EN UN HOSPITAL DE GESTIÓN PRIVADA

Nuestro estudio indica que dar a luz en un hospital de gestión privada, en comparación con uno de gestión pública, disminuye la probabilidad de que el/la lactante sea amamantado de forma exclusiva a los 6 meses del nacimiento. Para comprender e interpretar adecuadamente este resultado, es necesario analizar los hospitales en los que dieron a luz las madres incluidas en nuestro estudio, así como las características de la atención al parto normal y las prácticas relacionadas con la LME en dichos centros. El hospital de gestión pública de nuestro estudio ha obtenido la acreditación 2D de la certificación IHAN, mientras que el hospital de gestión privada carece de dicha acreditación. Esta iniciativa proporciona a las profesionales sanitarias una herramienta informativa y de apoyo sobre las prácticas de la LM, permitiendo mejorar sus tasas. Su implementación supone un indicador de la calidad en la atención materno-infantil de ese hospital (Aguayo Maldonado *et al.*, 2011; OMS y UNICEF, 2021). Este esfuerzo se traduce en una mayor satisfacción de las madres y las familias, así como en un aumento de las tasas de LME, tal como se ha observado en el Proyecto MC-IHAN (Monitorización Ciudadana de

Indicadores Clave IHAN en Maternidades Españolas), coordinado por la Universidad de Alicante y financiado por IHAN-España y el Ministerio de Sanidad. En este proyecto colaboran madres mediante cuestionarios diseñados para evaluar la calidad de la atención al nacimiento y la LM. Los resultados del Proyecto MC-IHAN han identificado que los elementos que más contribuyen a mejorar el apoyo a la alimentación del/la bebé son el tiempo que el/la profesional de la salud dedica a la madre durante el ingreso, la oportunidad en la prestación de ayuda, la confianza materna en disponer de acompañamiento cuando lo necesite, y la accesibilidad a las profesionales sanitarias, recibiendo un trato respetuoso y empático.

Quiñoz-Gallardo *et al.* (2020) llevaron a cabo uno de los estudios más amplios realizados en España sobre percepciones maternas en torno a la promoción y educación de la LM durante la hospitalización. En él se muestran altos niveles de satisfacción con las intervenciones recibidas, en particular con el contacto piel con piel, cuya práctica se asocia a partos eutócicos y a una mayor continuidad de la LME. Las madres valoraron positivamente la adherencia de las profesionales sanitarias a las Guías de Práctica Clínica, aunque señalaron áreas de mejora relevantes, como la información sobre extracción de leche, señales de hambre y saciedad, o alojamiento conjunto. También se identificaron menor satisfacción en relación con la administración de suplementos de fórmula, especialmente tras cesárea. En conjunto, los hallazgos coinciden con estudios nacionales e internacionales y subrayan la importancia de brindar apoyo temprano, accesible y personalizado, así como de reforzar la capacitación de las profesionales sanitarias para garantizar una atención de calidad orientada a las necesidades expresadas por las madres.

Un estudio español realizado en Granada indica que las prácticas basadas en las Guías de Práctica Clínica de LM publicadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad mejoran las tasas de LME durante la estancia hospitalaria tras el parto (Gutiérrez Martínez *et al.*, 2019).

Es por todo ello que sugerimos que la LME podría estar más relacionada con las prácticas hospitalarias que con el tipo de gestión propiamente dicho. Esta explicación es contemplada también por Pujól von Seehausen *et al.* (2023), que destacan que las mujeres que dan a luz en hospitales acreditados por la IHAN o en proceso de acreditación tienen mayor probabilidad de practicar la LME durante su estancia hospitalaria, independientemente de si el hospital es de gestión pública o privada. Hay autores/as que han comparado las tasas de LME en hospitales con y sin acreditación IHAN, y concluyen que las prácticas hospitalarias en torno al parto más influyentes son: el contacto piel con piel y el inicio de la primera toma en la primera media hora de vida (Marinelli *et al.*, 2019). Ambas prácticas forman parte de las

recomendaciones de la IHAN. Por ello, aquellas madres que dieron a luz en un hospital con acreditación IHAN pudieron llevarlas a cabo, mejorando el inicio de la LME. En ese estudio también señalan la importancia del apoyo a la LM en las maternidades y la asistencia a las clases prenatales durante el embarazo; de esta manera la decisión informada de dar el pecho se ve reforzada (Marinelli *et al.*, 2019). Es decir, no solo influye lo que ocurre durante los primeros días en torno al parto, sino que también influye la formación previa (Marinelli *et al.*, 2019).

De todo lo anterior se deduce que las mujeres que dan a luz en hospitales con acreditación IHAN tendrían una mayor probabilidad de practicar la LME (IHAN, s. f. a; Ministerio de Sanidad- Gobierno de España, s. f.).

Para analizar esta posible justificación, se realizó un análisis de los hospitales españoles con acreditación IHAN (IHAN, s. f. b). Según el Catálogo Nacional de Hospitales (CNH) de España 2024, se estima que hay 765 hospitales, de los cuales 334 son de gestión pública y 431 pertenecen al sector privado, pero no se dispone de datos que precisen cuántos de ellos ofrecen asistencia al parto (Ministerio de Sanidad- Gobierno de España, s. f.). Por otro lado, en la web de la IHAN se indica que hay 155 hospitales acreditados, pero sin especificar el tipo de gestión ya que no registran esta información en su base de datos (IHAN, s. f.b). Por ello, se hizo un análisis exhaustivo de cada uno de los 155 hospitales acreditados que aparecen en la web de la IHAN, comprobando el tipo de gestión a través del CNH (2024). De este análisis se desprende que, de los 155 hospitales acreditados por la IHAN, aproximadamente el 79 % (122 centros) son de gestión pública.

La solicitud de acreditación IHAN de un hospital es un proceso complejo, que requiere del esfuerzo y voluntad de las profesionales sanitarias implicadas. Esta petición suele implicar a la dirección del centro, responsables del servicio de paritorio y pediatría, comités institucionales y de calidad y equipos multidisciplinares. La fase 1D es gratuita, mientras que el resto lleva un costo que va desde los 900 € a los 4500 € en la última fase (4D) (IHAN, s. f.a). Por tanto, su solicitud no se puede realizar por parte de individuos aislados (IHAN, s. f.a). Por ello, se requiere la creación de un equipo interprofesional y la colaboración en la atención de la maternidad. El estudio de Wieczorek *et al.* (2016) habla de la complejidad que supone crear un equipo de este tipo. Suele estar integrado por matronas, enfermeras/os y médicas/os. La dificultad se halla en encontrar enfoques comunes sobre la atención al parto normal y la LM y la reivindicación y rivalidad de competencias y conocimientos. En ese estudio observaron que las/los médicas/os y enfermeras/os compartían una visión más intervencionista en la atención al parto y la LM, a diferencia de las matronas que reclamaban una visión más natural y empoderadora. Con

respecto al desarrollo profesional, las matronas y enfermeras/os consideraron que implementar la IHAN supone un avance en su trabajo. Por el contrario, los/las médicos/as no sintieron que la IHAN les aporte ningún beneficio (Wieczorek *et al.*, 2016). Todo ello podría justificar por qué solo hay 155 hospitales en España con esa acreditación y habría que valorar por qué se hace más en aquellos de gestión pública (122 de 155).

COVID-19 Y LA REINCORPORACIÓN LABORAL: MODIFICACIÓN DE UNA BARRERA A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

El trabajo de campo de este estudio tuvo lugar durante la pandemia por covid-19. Esta situación a nivel mundial y la adopción de las diferentes medidas de protección condicionaron las esferas biopsicosociales de todas las personas, concretamente de las madres, sus bebés, sus familias y, por tanto, de la LME. Estas experiencias son recogidas por la bibliografía (Loezar-Hernández *et al.*, 2023a; Nuampa *et al.*, 2022). En el estudio de Nuampa *et al.* (2022), realizado en Tailandia, se expone que las medidas de aislamiento para evitar la propagación del virus influyeron positiva y negativamente en la maternidad y la LME. Las mujeres presentaron dificultades para acceder a los servicios sanitarios, falta de apoyo y desinformación (Nuampa *et al.*, 2022). La imposibilidad de mantener contacto con otros miembros de la familia durante el periodo de distanciamiento social tuvo un doble efecto sobre la LME: protector e inhibidor. Por un lado, las madres recibieron menos apoyo procedente del entorno familiar y de las redes sociales de apoyo presencial, entendidas como los círculos de amistades, vecindad o grupos de madres, lo que limitó la ayuda práctica y emocional habitual. Por otro lado, esta menor interferencia externa permitió a muchas mujeres explorar formas de maternidad más autónomas, guiadas por su propio instinto y con un apoyo más constante por parte de la pareja. Asimismo, la permanencia en el hogar facilitó el contacto continuo con el/la bebé, favoreciendo el mantenimiento de la LME sin las interrupciones habituales del entorno laboral (Nuampa *et al.*, 2022).

En el caso de España, en marzo de 2020 se declaró el estado de alarma mediante el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo. Para controlar la propagación del virus y prevenir la infección, el Gobierno impuso mediante esta norma un confinamiento domiciliario de los/las ciudadanos/as. La actividad económica se suspendió, continuando solo con aquellas actividades declaradas como esenciales relativas a la atención sanitaria, alimentación, protección civil y seguridad. Según avanzaba la pandemia se fueron implementando medidas de protección, las cuales variaron en función de la situación de la enfermedad. Por ello, hemos observado que algunos

de nuestros resultados se han visto alterados por el contexto de ese momento en comparación con lo obtenido en otras investigaciones (Campiño Valderrama y Duque, 2019; Pritz *et al.*, 2024). Tal es el caso de la incorporación al trabajo tras finalizar el permiso de maternidad a las 16 semanas. La bibliografía y nuestros estudios anteriores realizados a las matronas indicaron que la incorporación al trabajo se considera uno de los momentos críticos y motivo frecuente de abandono de la LME (Campiño Valderrama y Duque, 2019; Pritz *et al.*, 2024). Sin embargo, el estudio realizado a las madres no identificó una relación directa entre el regreso al trabajo y la interrupción de la LME. La justificación de ese resultado en nuestra investigación se debe a que la mayoría de las madres que participaron no regresaron físicamente a sus puestos de trabajo. Las posibilidades fueron la implementación del teletrabajo, en algunos casos, o bien por un despido temporal (ERTE). Durante las encuestas las madres indicaron que el confinamiento domiciliario supuso la continuación de la LME por más tiempo del habitual. El teletrabajo surgió como una necesidad para garantizar la continuidad laboral y económica durante la emergencia sanitaria (Durán Vila, 2020). Sánchez-Aragón *et al.* (2022) valoraron cómo afectó esta modalidad de trabajo en las mujeres. La combinación del teletrabajo con el cierre de los centros educativos provocó una intensificación de las tareas domésticas y de cuidado, reconfigurando los roles familiares. La mayor parte de esta carga recayó sobre las mujeres, quienes asumieron una doble jornada laboral que consolidó su papel como principales cuidadoras y acentuó los niveles de estrés y fatiga (Sánchez-Aragón *et al.*, 2022). Pero, concretamente, existe una relación positiva entre la pandemia y el teletrabajo con la duración de la LM (LactApp, 2022; Tigka *et al.*, 2022), lo que coincide con nuestros resultados.

La implementación de estas medidas tuvo también un impacto significativo en la atención sanitaria de las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto. Si bien en nuestro estudio no se abordaron específicamente estos aspectos, existe evidencia científica en nuestro contexto que sí los examina. En este sentido, la investigación de Loezar-Hernández *et al.* (2023a) analizó la percepción de las matronas de AP respecto al uso de la telemedicina en la atención al embarazo y al puerperio durante la pandemia de la covid-19. En él se concluyó que uno de los principales problemas de la telemedicina impuesta por la pandemia fue un distanciamiento profesional hacia las madres, repercutiendo en la relación de confianza creada previamente. Esta forma de asistencia ahondó aún más en las desigualdades sociales (Loezar-Hernández *et al.*, 2023a). En el caso de las informantes del estudio de González-Timoneda *et al.* (2021), percibieron que las mujeres presentaban miedo, soledad y ansiedad, especialmente por las restricciones hospitalarias que impedían la presencia de acompañantes y por la separación madre-bebé tras el parto. Estas

circunstancias contribuyeron a que el parto fuera vivido como una experiencia estresante y potencialmente traumática (González-Timoneda *et al.*, 2021). La pandemia de la covid-19 supuso cambios significativos en las funciones y actividades laborales de las matronas de primera línea, llegando a desempeñar tareas propias de enfermería, afectando a su identidad profesional y calidad de la atención. Esta situación reflejó la precariedad de los servicios de salud que ya se venía arrastrando, dificultando el vínculo con las mujeres (Batalla Martínez *et al.*, 2020; Gobern-Tricas *et al.*, 2021).

7.3.1.2. Factores protectores de la lactancia materna exclusiva

CONOCIMIENTO DE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Según nuestra investigación, el conocimiento previo de las madres sobre los beneficios que la LM tiene para la salud fue un motivo claro para que dieran pecho. El hecho de conocer los beneficios de la LME para el/la lactante influyó positivamente en su inicio durante los primeros 15 días; mientras que saber los beneficios de la LME para ellas mismas se identificó como factor protector para su mantenimiento a los 4 meses. Este hallazgo coincide con otros estudios (Moreno-Ávila *et al.*, 2025).

Este conocimiento prenatal puede condicionar la intención o decisión de lactar antes de la llegada del/la bebé. El conocimiento de los beneficios de la leche materna está influenciado por la educación prenatal y por las creencias culturales, tal como se describe en el siguiente apartado. Con respecto al conocimiento de la LME para la salud de los/las bebés, las madres reportan que la leche materna mejora el sistema inmunitario y les protege frente a infecciones (Blanco y Otero García, 2022; Khasawneh *et al.*, 2020).

Tal como se expone en la introducción de esta tesis, la LM aporta múltiples beneficios para la salud materna, entre ellos una recuperación posparto más rápida, una menor incidencia de sobrepeso, obesidad, diabetes tipo II y enfermedades cardiovasculares, así como un efecto protector frente al cáncer de mama y de ovario. No obstante, nuestros resultados muestran que las madres solo refieren conocer parcialmente estos efectos, siendo el más mencionado la prevención del cáncer de mama, mientras que desconocen con mayor frecuencia sus ventajas sobre la salud metabólica y cardiovascular (Ross-Cowdery *et al.*, 2017; Schwarz *et al.*, 2024).

NACIONALIDAD EXTRANJERA

En nuestro estudio se identificó como factor protector de la LME la nacionalidad extranjera de las madres. Las madres procedentes de Latinoamérica (Colombia,

Venezuela y Cuba) dieron más pecho de forma exclusiva que las madres españolas. La evidencia disponible en la literatura apoya este hallazgo (Kana *et al.*, 2018; Vila-Candel *et al.*, 2019).

Como se ha analizado en apartados anteriores, la práctica de la LM se ve influenciada por el entorno y el contexto sociocultural, concretamente en el país de destino. El proceso de aculturación puede influir en la práctica de la LME como factor protector o inhibidor según las creencias y tradiciones relacionadas del país de origen (Kana *et al.*, 2018; Sebastián *et al.*, 2019).

El estudio de Iglesias-Rosado y León-Larios (2021) analizó la experiencia de la LME en madres latinas residentes en España, identificando barreras y facilitadores similares a los descritos en mujeres de otras nacionalidades. Con respecto al apoyo por parte de las profesionales sanitarias no hubo consenso. Indicaron que la matrona fue quien más las apoyó. Lo mismo ocurre con la familia: algunas recibieron mensajes negativos por dar el pecho en público, en cambio, si la familia las apoyaba se convertía en facilitador. Las madres latinas recibieron apoyo por parte de su comunidad religiosa (evangélica o Testigos de Jehová) (Iglesias-Rosado y León-Larios, 2021). La diferencia está en el contexto de migración y cambio cultural al que se enfrentan estas madres. Coincidiendo con nuestro estudio, las madres latinas encontraron una influencia positiva en el país de destino debido a la facilidad de acceso a los recursos: información actualizada, existencia de grupos de apoyo y la atención sanitaria en la consulta de la matrona (Iglesias-Rosado y León-Larios, 2021).

7.4. DISCUSIÓN INTEGRADORA DE LOS ARTÍCULOS 1, 2 Y 3

Tras la discusión individual de los resultados obtenidos de cada trabajo, ofrecemos una visión integradora con los resultados de lo percibido por las matronas de AP de Tenerife (*artículos 1 y 2*) y los cuestionarios a las madres de una ZBS del sur de Tenerife (*artículo 3*). En la **Figura 14** se puede observar la integración de ambos estudios según el marco teórico explicado anteriormente.

Con respecto a las barreras para la LME, en el *artículo 2* las matronas indicaron que la distribución de tetinas (en forma de chupete, pezonera o biberón) de forma indiscriminada y sin control a las madres por parte de las profesionales sanitarias durante su estancia hospitalaria tras el parto influye negativamente. Este resultado coincide con lo identificado en el *artículo 3* mediante análisis estadístico de los cuestionarios realizados a las madres, que señala el uso del chupete como uno de

los factores inhibidores más frecuente a lo largo del seguimiento de la LME en los 6 primeros meses de vida.

Otro resultado extraído de ambos trabajos de investigación es la presencia de dolor en el pecho materno durante el amamantamiento. Esta barrera ha sido identificada tanto en el *artículo 1* por las matronas en el nivel individual (dentro de los problemas físicos) como en el *artículo 3* mediante análisis estadístico de información de las madres. Siguiendo con el nivel individual, en el *artículo 1* las matronas identificaron que la falta de autoconfianza e inseguridad materna socava la confianza en la naturaleza mamífera que como mujeres tenemos. Eso conlleva que las madres sientan que no producen suficiente leche para alimentar a su bebé, asociado a la vulnerabilidad propia del posparto. Este resultado también apareció en las encuestas a las madres en el *artículo 3* definido por la variable «percepción de leche insuficiente».

En el *artículo 3* se señaló que el lugar de nacimiento puede determinar el éxito o fracaso de la LME. Se concluyó que dar a luz en un hospital sin acreditación IHAN puede actuar como factor inhibidor. Esto coincide con los comentarios de las matronas en el nivel del sistema sanitario abordado en el *artículo 2*, las cuales identificaron que las prácticas hospitalarias no basadas en evidencia científica pueden suponer una barrera para la LME. Esas prácticas tienen que ver con la separación madre-bebé tras el nacimiento, interrupción o retraso del contacto piel con piel, posponer el inicio precoz de la LM, etc.

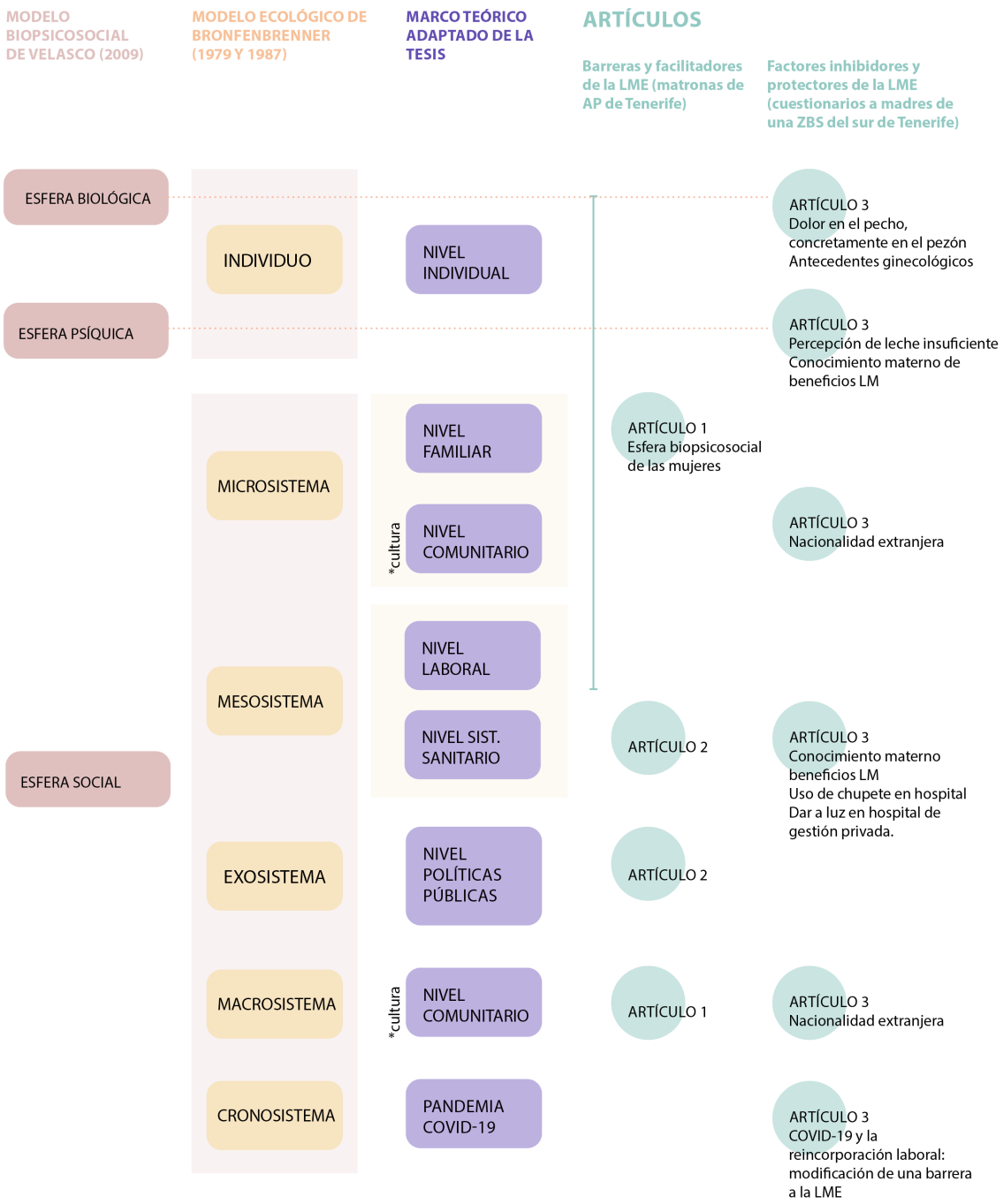
Con respecto a los factores positivos, también encontramos coincidencias entre ambos trabajos. En el *artículo 1*, dentro del nivel individual, se recoge cómo la formación materna y la búsqueda activa de información influye positivamente en la LME. Mientras, en el *artículo 2*, referente al nivel del sistema sanitario relacionado con las actividades comunitarias, las matronas identificaron la asistencia a las clases de educación prenatal donde formarse e informarse en LM como facilitador de la LME. Ambos *artículos* (1 y 2) explican lo obtenido en el *artículo 3*, donde las madres que afirmaron conocer los beneficios que la LM tiene tanto para ellas como para sus bebés es considerado un factor protector de la LME. En la bibliografía se recoge la importancia de ofrecer información sobre los beneficios de la LM para la salud materno-infantil dentro de las clases de educación prenatal.

Por último, las matronas, dentro del nivel comunitario abordado en el *artículo 1*, señalaron como facilitadores las mujeres pertenecientes a culturas en favor de la LM, denominadas culturas pro-LM. Este hallazgo coincide con lo obtenido en el *artículo 3*, donde se aborda y explica que las mujeres extranjeras de nuestro

estudio, cuyos países de origen estaban principalmente en Latinoamérica (75 %), tenían más probabilidades de dar el pecho de forma exclusiva que las mujeres españolas.

Por otro lado, analizamos el contexto en el que tuvieron lugar ambos estudios para comprender otros hallazgos: la recogida de datos del **Trabajo de investigación 1** finalizó en noviembre de 2019, justo antes del inicio de la crisis sanitaria por covid-19, mientras que el **Trabajo de investigación 2** se realizó durante la pandemia, extendiéndose hasta enero de 2021. Esto es importante ya que hubo cambios a nivel de la asistencia sanitaria y cambios que afectaron al ámbito social y laboral que influyeron en la LM. Por ello, las matronas sí identificaron la incorporación laboral como barrera para la LME, coincidiendo con la bibliografía existente, mientras que no se identificó mediante análisis estadístico de la información recogida de las madres porque durante este tiempo no hubo reincorporación al puesto de trabajo tras la finalización del permiso de maternidad, sino que quedaron confinadas en casa (teletrabajo o ERTE).

Figura 14. Integración de los resultados de los *artículos 1, 2 y 3* en base al marco teórico adaptado a partir del modelo biopsicosocial de Velasco (2009) y el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987)



Elaboración propia.

8. LIMITACIONES Y FORTALEZAS



8.1. LIMITACIONES

Esta tesis doctoral presenta algunas limitaciones que es necesario señalar para interpretar y comprender los resultados obtenidos. Dado que se realizaron 2 estudios con diferentes metodologías, a continuación, se detallan las limitaciones específicas de cada uno de ellos:

En el **Trabajo de investigación 1**, el diseño del estudio elegido permitió describir de forma detallada las barreras y facilitadores que rodean la LME según la perspectiva de las matronas, aunque impide establecer una jerarquía en los resultados, de tal forma que no es posible identificar cuáles son los factores más importantes o los que más afectan a la LME.

Por otro lado, el muestreo por conveniencia dificulta la generalización de los resultados de la encuesta a la población en su conjunto, pero consideramos que la técnica elegida de «bola de nieve» aplicada facilitó la saturación del discurso de las matronas de AP de Tenerife.

Además, el uso de métodos cualitativos no permite extrapolar los resultados obtenidos a otras poblaciones, pero proporciona perspectivas detalladas, a diferencia de la metodología cuantitativa. En el caso de las variables «políticas sanitarias, laborales y sociales» y «cultura pro-LM», son heterogéneas y dependen del contexto, lo que limita la generalización de nuestras conclusiones en distintos entornos.

En el **Trabajo de investigación 2**, la principal limitación es el tamaño de la muestra ($n = 83$). Este número se obtuvo tras incluir, durante un año completo (noviembre de 2018-noviembre de 2019), al mayor número posible de mujeres que cumplieran los criterios de inclusión dentro de un contexto clínico real. Es decir, el tamaño final refleja tanto las características de la población atendida como el diseño propuesto, que contemplaba reclutar consecutivamente a todas las mujeres elegibles y realizar su seguimiento durante los 6 meses posteriores al nacimiento. Además, la potencia estadística del estudio se ve reforzada por su diseño longitudinal prospectivo y se aplicaron técnicas de análisis específicas (como el método de Firth) para minimizar el posible sesgo derivado del tamaño muestral limitado.

Otra limitación a considerar es la definición de LME, que no se basó en un registro de la ingesta de alimentos del/la bebé durante las 24 horas previas, como recomiendan la OMS y UNICEF (2021) para estudios poblacionales, sino en una pregunta retrospectiva que abarca el periodo entre visitas. Esta diferencia puede limitar la comparabilidad de los resultados con las estimaciones globales basadas en la

definición de 24 horas; sin embargo, no afecta al análisis interno de los factores asociados con la LME dentro del estudio.

Finalmente, debe señalarse un posible sesgo de respuesta, dado que la recogida de datos fue realizada por la misma profesional que desempeñaba un doble papel: por un lado, el de la matrona que acompañaba a las mujeres durante su proceso de embarazo y puerperio; y, por otro, el de investigadora responsable de cumplimentar los cuestionarios. Esta doble función podría haber influido en las respuestas de las participantes, motivadas en parte por la relación asistencial o el deseo de satisfacer a la encuestadora.

8.2. FORTALEZAS

Esta tesis doctoral aporta las siguientes fortalezas. En primer lugar, el uso de la metodología mixta con resultados complementarios para abordar la LME desde dos perspectivas: las percepciones de las matronas y los resultados extraídos de los cuestionarios realizados a las propias madres. Además, cada uno de los trabajos de investigación cuenta con sus propias fortalezas, que se detallan a continuación.

Para el **Trabajo de investigación 1** se tienen en cuenta los criterios de fiabilidad de Lincoln y Guba (1985), los cuales permiten evaluar la calidad y la credibilidad de la investigación cualitativa. Los resultados de nuestra investigación son de gran interés debido a la escasez de estudios sobre la percepción de las matronas de AP de Tenerife (Canarias, España) respecto a las barreras y facilitadores de la LME, así como a la limitada bibliografía sobre el impacto de las políticas en este ámbito más allá de la esfera biopsicosocial y del sector sanitario en general. Además, el uso de métodos cualitativos proporciona un estudio profundo y detallado de estas perspectivas. Para asegurar la *credibilidad*, una vez transcritas las entrevistas, durante la fase de preanálisis se realizó la codificación y posterior triangulación de los datos para el análisis de contenido.

Con respecto a la *transferibilidad*, en el apartado de metodología de los *artículos 1* y *2* se detalla la información relativa al trabajo de campo teniendo en cuenta el contexto donde tuvo lugar el **Trabajo de investigación 1**, la estrategia de muestreo, cómo se llevó a cabo el reclutamiento y los perfiles de las matronas. Se aseguró que se conseguía la saturación teórica. Esta información permite valorar si este estudio puede extrapolarse a otros contextos de las mismas características.

Para garantizar la *confiabilidad*, en el apartado de metodología se describe cómo se llevó a cabo el preanálisis y análisis de los datos, teniendo en cuenta un enfoque

de análisis inductivo. Para el *artículo 2* se cumplimentó el listado de verificación para investigaciones cualitativas COREQ (Tong *et al.*, 2007) (Anexo 3).

Por último, con respecto a la *confirmabilidad*, se elaboró un cuaderno de campo donde plasmar anotaciones que han ido surgiendo a lo largo de todo el proceso, incluyendo reflexiones sobre el doble papel de la investigadora principal y su interpretación de los datos. Por ello, toda la información obtenida se ha ido discutiendo con las directoras de tesis y se ha contrastado con la bibliografía existente.

Para el **Trabajo de investigación 2**, desde la investigación cuantitativa, los criterios de fiabilidad se centran en la calidad de la investigación, la validación del cuestionario, la estabilidad de las mediciones y la precisión de los resultados. Para asegurar la *calidad* de la investigación, se utilizó la lista de verificación de estudios observacionales en epidemiología STROBE (Anexo 5).

Para la *validación* del cuestionario, se realizaron entrevistas utilizando cuestionarios de diseño propio, los cuales se pilotaron con una pequeña muestra de mujeres ($n = 12$) antes del inicio del estudio para garantizar su claridad, relevancia y validez de contenido. Se realizaron ajustes en base al *feedback* de las participantes y las aportaciones de la investigadora principal para mejorar la comprensión y la pertinencia de los ítems.

Con respecto a la *estabilidad*, el contenido de los cuestionarios se ha adaptado al periodo de estudio que se quería analizar partiendo del cuestionario inicial. Esa adaptación está relacionada con los acontecimientos que van surgiendo según el momento de análisis del puerperio y la LME, basado en la bibliografía estudiada previamente (por ejemplo, variables: llegada a casa tras el parto, incorporación laboral, inicio de alimentación complementaria). Por otro lado, hemos podido explorar la evolución de las respuestas de las mujeres en algunos temas que se repetían a lo largo de los cuestionarios (por ejemplo, variables como tipo de lactancia, si fumadora, si usaba chupete, si realizaba colecho, si había encontrado problemas para dar el pecho).

Por último, la *precisión* viene dada por el hecho de que la investigadora principal es la que ha realizado el trabajo de campo, sin modificar en ningún caso la forma de formular las preguntas: siempre leía a las mujeres las preguntas y posibles respuestas, en las mismas condiciones y espacio físico desde su consulta. Además, se utilizaron técnicas estadísticas específicas para tamaños muestrales pequeños, ya que estas herramientas permiten recopilar, analizar e interpretar datos de manera rigurosa y objetiva, lo que resulta en conclusiones más fiables y decisiones bien fundamentadas.

9. CONCLUSIONES



Los hallazgos obtenidos en esta tesis doctoral han permitido identificar las principales barreras y facilitadores de la LME en la isla de Tenerife (Canarias, España), ofreciendo una comprensión integral del fenómeno desde los niveles individual, familiar, comunitario, sanitario y político. Este conocimiento ofrece una base sólida para orientar estrategias de mejora, políticas públicas, sanitarias y prácticas profesionales que promuevan la protección y sostenibilidad de la LME.

1. La práctica de la LME a los 6 meses en la isla de Tenerife está condicionada por un entramado complejo de factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, laborales, sanitarios y políticos que interactúan de manera dinámica e interdependiente.
2. A nivel individual, los problemas físicos y la percepción de leche insuficiente debida, en parte, a la falta de comprensión o conocimiento de la fisiología de la LM dificultan el mantenimiento de la LME. El acompañamiento y asesoramiento, basado en la evidencia, por parte de las profesionales sanitarias es clave para su sostén en el tiempo.
3. Dentro del ámbito psicológico del nivel individual, la baja motivación y autoconfianza de las madres emergen como factores determinantes en el abandono temprano de la LME. Frente a ello, las clases de educación prenatal representan un espacio idóneo para incrementar los conocimientos sobre sus beneficios y fomentar en las madres actitudes positivas hacia la LM desde el periodo de embarazo.
4. A nivel familiar, la implicación corresponsable del padre en el cuidado de su bebé, el acompañamiento emocional y la participación en las tareas del hogar fortalecen el bienestar de la madre, configurándose como un facilitador esencial para el inicio y continuación de la LME.
5. Asimismo, el apoyo activo de la familia cercana se reconoce como un facilitador relevante para la adherencia a la LME durante los primeros 6 meses. Incluir a las parejas y a la familia en la educación prenatal y en los talleres de LM contribuirá a su mantenimiento.
6. A nivel comunitario, la falta de apoyo social intensifica la soledad y las presiones hacia las madres derivadas de las desigualdades de género y la sexualización del cuerpo femenino, limitando la duración de la LME. Los grupos de apoyo a la LM y las redes comunitarias de madres emergen como espacios de sostén fundamentales para la LME.

7. De igual modo, la falta de valorización de la LME por parte de la sociedad dificulta su adherencia por parte de las madres. Se subraya la importancia de reconocer la LME como un bien colectivo y de salud pública, impulsando políticas públicas que fomenten la LM y campañas de sensibilización que normalicen su ejercicio.
8. A nivel laboral, la reincorporación temprana al trabajo, la rigidez horaria y la falta de espacios adecuados para la extracción de leche materna en los lugares de trabajo suponen un obstáculo para la LME. Pese a los avances en materia de conciliación en España, persisten limitaciones para mantener la LME derivadas de permisos maternos insuficientes y del escaso apoyo en los entornos laborales.
9. A nivel del sistema sanitario, las principales barreras identificadas son las prácticas hospitalarias, así como recomendaciones sanitarias, no basadas en la evidencia científica. El fortalecimiento de la formación y competencias de las profesionales sanitarias en materia de LME, así como el respaldo institucional en AP y atención especializada, son esenciales para su promoción y protección.
10. A nivel de políticas públicas, se evidencia la necesidad de reforzar el compromiso institucional y político en torno a la protección de la LME. El aumento de los permisos maternales, la implementación de la estrategia IHAN en los centros sanitarios y la aplicación legalmente exigible del CICSMLM constituyen medidas clave para promover la instauración y la continuidad de la LME durante los primeros 6 meses.

10. CONCLUSIONS



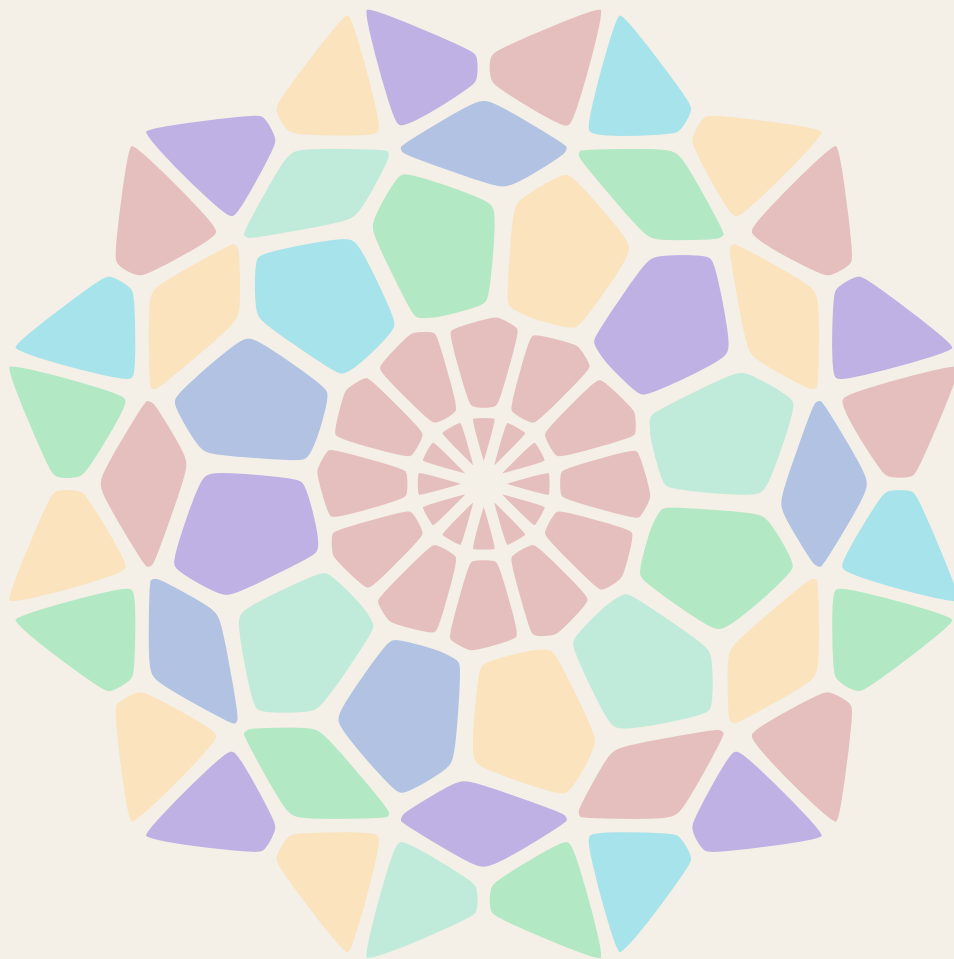
The findings of this doctoral thesis have made it possible to identify the main barriers and facilitators of exclusive breastfeeding (EBF) on the island of Tenerife (Canary Islands, Spain), providing a comprehensive understanding of the phenomenon across individual, family, community, healthcare, and political levels. This knowledge offers a solid foundation for guiding improvements in public policies, healthcare strategies, and professional practices that promote the protection and sustainability of EBF.

1. The practice of EBF at 6 months in Tenerife is shaped by a complex interplay of biological, psychological, social, cultural, occupational, healthcare, and political factors that interact dynamically and interdependently.
2. At the individual level, physical problems and the perception of insufficient milk —partly due to limited understanding or knowledge of breastfeeding physiology— hinder the maintenance of EBF. Evidence-based support and counselling from healthcare professionals are essential for sustaining EBF over time.
3. Within the psychological dimension of the individual level, low motivation and maternal self-confidence emerge as key determinants of early EBF discontinuation. Prenatal education classes provide an ideal space for increasing knowledge about its benefits and fostering positive attitudes toward breastfeeding from pregnancy onwards.
4. At the family level, the father's shared involvement in infant care, emotional support, and participation in household tasks strengthens maternal well-being and serves as an essential facilitator for the initiation and continuation of EBF.
5. Similarly, active support from close family members is recognized as a relevant facilitator of adherence to EBF during the first 6 months. Including partners and family members in prenatal education and breastfeeding workshops can contribute to maintaining EBF.
6. At the community level, lack of social support intensifies mothers' feelings of loneliness and exposes them to pressures stemming from gender inequalities and the sexualization of the female body, which limit the duration of EBF. Breastfeeding support groups and community-based mother networks emerge as fundamental spaces of support for EBF.
7. Likewise, the limited social recognition of EBF hinders mothers' adherence to it. It is essential to acknowledge EBF as a collective and public health

good, promoting public policies and awareness campaigns that normalize and protect breastfeeding.

8. At the workplace level, early return to work, rigid schedules, and the lack of adequate facilities for expressing breast milk constitute significant barriers to EBF. Despite progress in work-family balance policies in Spain, significant limitations persist due to insufficient maternity leave and the limited support available in work environments.
9. Within the healthcare system, the main barriers identified include hospital practices and health recommendations that are not based on scientific evidence. Strengthening the training and competencies of healthcare professionals in EBF, together with institutional support in primary and specialized care, is essential for its promotion and protection.
10. At the level of public policy, there is a clear need to reinforce institutional and political commitment to the protection of EBF. Extending maternity leave, implementing the BFHI strategy in healthcare centers, and enforcing the legally binding application of the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes are key measures to promote the initiation and continuity of EBF during the first 6 months of life.

11. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN



El desarrollo de esta tesis doctoral abre diversas líneas de investigación futuras orientadas a profundizar en la comprensión de los factores que condicionan la LME.

En primer lugar, resultaría de gran interés realizar estudios que exploren la percepción de las madres acerca de las barreras y facilitadores que influyen en su decisión de amamantar. Asimismo, sería pertinente incorporar la perspectiva de los padres y de las abuelas (tanto la madre de las madres como la madre de la pareja), cuya influencia se reconoce como un elemento determinante en los procesos de crianza y en la toma de decisiones relacionadas con la LM. En esta misma línea, se hace necesario profundizar en la visión de otros/as profesionales sanitarios/as de AP y atención especializada (servicio de paritorio y planta de maternidad), además de las matronas, implicados/as en el seguimiento del embarazo, el posparto y la atención al/la recién nacido/a.

En segundo lugar, el análisis de los resultados pone de manifiesto la existencia de áreas en las que la evidencia científica continúa siendo limitada o poco concluyente, como ocurre con la relación entre el uso del chupete y la interrupción de la LME. Los ensayos clínicos aleatorizados disponibles hasta la fecha no han demostrado una asociación estadísticamente significativa; no obstante, su número es escaso, dado que desde 1997 únicamente se han publicado 5 estudios de este tipo. Por su parte, los estudios observacionales sí apuntan a una posible relación entre el uso del chupete y el abandono de la LME. Sin embargo, sus limitaciones metodológicas y menor validez interna impiden establecer conclusiones firmes y generalizables.

Finalmente, tanto la revisión bibliográfica como los hallazgos de esta tesis doctoral confirman la necesidad de desarrollar políticas públicas que protejan a los/las lactantes, las madres y la LM. Resulta de especial interés evaluar el impacto de las medidas actuales de conciliación, como la equiparación de los permisos de maternidad y paternidad (permiso parental) y la ampliación de su duración, en las tasas de LME. Asimismo, es fundamental analizar las implicaciones derivadas de la transferibilidad de dichos permisos, así como explorar cómo madres y padres gestionarían su uso en diferentes contextos familiares y laborales.

BIBLIOGRAFÍA



- Aguayo Maldonado, J., Cañedo Argüelles, A. C., Arena Ansótegui, J., Canduela Martínez, V., Flores Antón, B., Gómez Papí, A., Aguilar Hernández, M. T., Lasarte Velillas, J. J., Lozano de la Torre, M. J., Calama, J. M. y Navas Lucena, V. (2011). *IHAN. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia*. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/24590_calidad_en_la_asistencia_profesional_al_nacimiento_y_la_lactancia.pdf
- Aguilar Cordero, M. J., Sánchez López, A. M., Madrid Baños, N., Mur Villar, N., Expósito Ruiz, M. y Hermoso Rodríguez, E. (2015). Lactancia materna como prevención del sobrepeso y la obesidad en el niño y el adolescente; revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 606-620.
- Aguilar Cordero, M. J., Baena García, L., Sánchez López, A. M., Guisado Barrilao, R., Hermoso Rodríguez, E. y Mur Villar, N. (2016). Beneficios inmunológicos de la leche humana para la madre y el niño. Revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 33, 482-493.
- Andrade Rebolledo, D. y Vicente Parada, B. (2018). Fatiga postparto: revisión de la literatura. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 83(2), 161-169.
- Anstey, E. H., Shoemaker, M. L., Barrera, C. M., O'Neil, M. E., Verma, A. B. y Holman, D. M. (2017). Breastfeeding and breast cancer risk reduction: implications for black mothers. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(3S1), S40-S46. <https://doi.org/dr62>
- Asamblea Mundial de la Salud. (2016). *La salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* [Informe del Director General] (A78/7 Rev.1). https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_7Rev1-sp.pdf
- Asociación Española de Pediatría (AEP). (2016). Código de comercialización de sucedáneos de leche materna. *Comité de Lactancia Materna de La AEP*, 1-7. https://static.aeped.es/201601_codigo_comercializacion_lm_f716106504.pdf
- Asociación Española de Pediatría, Comité de Lactancia Materna y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (s. f.). *Lactancia y trabajo* [tríptico]. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Triptico_Lactancia_y_Trabajo.pdf
- Báez León, C., Blasco Contreras, R., Martín Sequeros, E., del Pozo Ayuso, M. L., Sánchez Conde, A. I. y Vargas Hormigos, C. (2008). Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. Análisis de fiabilidad. *Índice de Enfermería*, 17(3), 205-209.
- Baker, P., Smith, J. P., Garde, A., Grummer-Strawn, L. M., Wood, B., Sen, G., Hastings, G., Pérez-Escamilla, R., Ling, C. Y., Rollins, N. y McCoy, D. (2023). Breastfeeding 3. The political economy of infant and young child feeding: confronting corporate power, overcoming structural barriers, and accelerating progress. *The Lancet*, 401(10375), 503-524. <https://doi.org/gsgzpf>
- Bandim Mariano, L. M., dos Santos Monteiro, J. C., Stefanello, J., Azevedo Gomes-Sponholz, F., Oliveira Batista Oriá, M. y Spanó Nakano, A. M.

- (2016). Exclusive breastfeeding and maternal self-efficacy among women of intimate partner violence situations. Aleitamento materno exclusivo e autoeficácia materna entre mulheres em situação de violência por parceiro íntimo. *Texto & Contexto: Enfermagem*, 25(4), artículo 2910015. <https://doi.org/g66pc3>
- Batalla Martínez, C., Gené Badia, J. y Mascort Roca, J. (2020). What about primary care during the pandemic? *Atención Primaria*, 52(9), 598-599. <https://doi.org/p93k>
- Bergman, N. J. (2019). Birth practices: maternal-neonate separation as a source of toxic stress. *Birth Defects Research*, 111(15), 1087-1109. <https://doi.org/gjhsmd>
- Blanco, E. y Otero García, L. (2022). Perceived facilitating and hindering factors to exclusive breastfeeding among Latin American immigrant women living in Colmenar Viejo (Community of Madrid, Spain). *Health and Social Care in the Community*, 30(4), e994-e1006. <https://doi.org/p93n>
- Blasco Hernández, T. y Otero García, L. (2008a). Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: la entrevista (I). *Nure Investigación*, 33.
- Blasco Hernández, T. y Otero García, L. (2008b). Técnicas cualitativas para la recogida de datos en investigación cualitativa: la entrevista (II). *Nure Investigación*, 34.
- Blázquez García, M. J. (2004). Ecofeminismo y lactancia materna [ponencia]. En *III Congreso de Lactancia Materna*, celebrado en Santander.
- Blázquez García, M. J. (2006). Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños. *Medicina Naturista*, 10(1), 550-560.
- Bode, L., Raman, A. S., Murch, S. H., Rollins, N. C. y Gordon, J. I. (2020). Understanding the mother-breastmilk-infant 'triad'. *Science*, 367(6482), 1070-1072. <https://doi.org/grkr7k>
- Bodolec, M., Eniafe-Eveillard, M. B., Loddé, B., Ouedraogo, S., Pougnet, L., Moal, A. y Pougnet, R. (2024). Breastfeeding and return to work at a teaching hospital. *Archives de Pédiatrie*, 31(7), 467-469. <https://doi.org/qjkr>
- Botero Cadavid, H. (2012). Relación madre-hijo. El amor en el desarrollo del cerebro del bebé: separación temprana, patrón de relaciones y salud mental. *Psicoanálisis*, 24(2), 133-175.
- Bourdillon, K., McCausland, T. y Jones, S. (2020). Latch-related nipple pain in breastfeeding women: the impact on breastfeeding outcomes. *British Journal of Midwifery*, 28(7), 397-450. <https://doi.org/d9k8>
- Brahm, P. y Valdés, V. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(1), 15-21. <https://doi.org/ct8p>

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano. Cognición y desarrollo humano* (A. Devoto, trad.). Paidós.
- Bronfenbrenner, U. y Ceci, S. J. (1993). Heredity, environment, and the question 'How?': A first approximation. En R. Plomin y G. E. McClearn (eds.), *Nature, nurture & psychology* (pp. 313-324). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10131-015>
- Bronfenbrenner, U. y Morris, P. A. (1998). Ecología de los procesos de desarrollo. En W. Damon y R. M. Lerner (eds.), *Manual de Psicología Infantil. Modelos teóricos del desarrollo humano* (pp. 993-1028). John Wiley.
- Brounéas, K. (2011). In depth interviewing: the process, skills and ethics of interviews in peace research. En K. Höglundand y M. Öberg, M. (eds.), *Understanding peace research: methods and challenges* (pp. 130-145). Routledge.
- Brown, A., Rance, J. y Bennett, P. (2016). Understanding the relationship between breastfeeding and postnatal depression: The role of pain and physical difficulties. *Journal of Advanced Nursing*, 72(2), 273-282. <https://doi.org/gjd7rf>
- Bruckmaier, R. y Zinn, S. (2023). From the editors: Mammalian milk: The elixir of life from maternal care to modern dairy production. *Animal Frontiers*, 13(3), 7-13. <https://doi.org/qjk7>
- Brugaillères, P., Deguen, S., Lioret, S., Haidar, S., Delamaire, C., Counil, E. y Vandentorren, S. (2024). Maternal employment characteristics as a structural social determinant of breastfeeding after return to work in the European Region: a scoping review. *International Breastfeeding Journal*, 19(1), artículo 38. <https://doi.org/qjk8>
- Buccini, G., Pérez-Escamilla, R., d'Aquino Benicio, M. H., Justo Giugliani, E. R. y Isoyama Venancio, S. (2018). Exclusive breastfeeding changes in Brazil attributable to pacifier use. *PLoS ONE*, 13(12), artículo e0208261. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208261>
- Buccini, G., Pérez-Escamilla, R., Munari Paulino, L., Lopes Araújo, C. e Isoyama Venancio, S. (2016). Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: systematic review and meta-analysis. *Maternal and Child Nutrition*, 13(3), artículo 38. <https://doi.org/gfgw66>
- Bustos, P. y Vásquez, X. (2022). Monitoring the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes in Santiago, Chile. *Andes Pediatrica*, 93(3), 327-335.
- Cabildo de Tenerife. (2018). *Plan territorial insular de emergencias de protección civil de la Isla de Tenerife*. Dirección Insular de Seguridad. Área de Sostenibilidad, Medio Ambiente y Seguridad. <https://bit.ly/3XSNHsP>

- Cabo Córdoba, E., D'Acosta Castillo, L., Delfino Sosa, M., Hermida Caleras, N. y Moggi Graña, A. (2024). *Manual de lactancia materna para profesionales de la salud*. Bibliomédica Ediciones.
- Caes, L., Abbott, K. y Currie, S. (2021). Exploring women's perceptions of pain when breastfeeding using online forums. *International Breastfeeding Journal*, 16(1), artículo 84. <https://doi.org/qjns>
- Campiño Valderrama, S. M. y Duque, P. A. (2019). Lactancia materna: factores que propician su abandono. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 19(2), 331-341. <https://doi.org/p93w>
- Cañero Ruiz, J. y Marinova, D. (2025). Equal and non-transferable entitlement? Preferences regarding the parental leave system in Spain. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 190, 63-88. <https://doi.org/qjnz>
- Carrasco López, M. J., Antón Solanas, I., Benito Ruiz, E., Barrio Forné, N., Navas Ferrer, C., Ramón Arbúes, E. y Subirón Valera, A. B. (2025). Underpinnings of breastfeeding motivation: a systematic review. *Midwifery*, 148, artículo 104475. <https://doi.org/qjn2>
- Castellanos Serrano, C. (2022). Reformar y evaluar el permiso de nacimiento y cuidado de menor para asegurar el objetivo de corresponsabilidad. *IgualdadES*, 7, 579-609. <https://doi.org/qjn3>
- Chisholm, C. A., Bullock, L. y Ferguson, J. E. (2017a). Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(2), 141-144. <https://doi.org/gbr5d8>
- Chisholm, C. A., Bullock, L. y Ferguson, J. E. (2017b). Intimate partner violence and pregnancy: screening and intervention. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(2), 145-149. <https://doi.org/gbr5dc>
- Christian, P., Smith, E. R., Lee, S. E., Vargas, A. J., Bremer, A. A. y Raiten, D. J. (2021). The need to study human milk as a biological system. *American Journal of Clinical Nutrition*, 113(5), 1063-1072. <https://doi.org/gnxmp5>
- Colombo, L., Crippa, B. L., Consonni, D., Bettinelli, M. E., Agosti, V., Mangino, G., Bezze, E. N., Mauri, P. A., Zanotta, L., Roggero, P., Plevani, L., Bertoli, D., Giannì, M. L. y Mosca, F. (2018). Breastfeeding determinants in healthy term newborns. *Nutrients*, 10(1), 5-8. <https://doi.org/gnxts5>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2016). *Agenda 2030 y los objetivos de desarrollo sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Naciones Unidas. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40155-la-agenda-2030-objetivos-desarrollo-sostenible-oportunidad-america-latina-caribe>
- Conde Puertas, E., Hernández Herrerías, I. y Alonso Escalante, I. (2014). Creencias, actitudes y barreras percibidas por las madres adolescentes respecto a la lactancia materna. *Revista Paraninfo Digital*, 8(20). <http://www.index-f.com/para/n20/353.php>

- Cooijmans, K. H. M., Beijers, R. y de Weerth, C. (2022). Daily skin-to-skin contact and crying and sleeping in healthy full-term infants: a randomized controlled trial. *Developmental Psychology*, 58(9), 1629-1638. <https://doi.org/p93z>
- Cortés Rúa, L. y Díaz Grávalos, G. J. (2019). Early interruption of breastfeeding. A qualitative study. *Enfermería Clínica*, 29(4), 207-215. <https://doi.org/qjn5>
- Costa Unfried, A. G., do Nascimento Paixão, G. P., Sena Fraga, C. D., Damascena Oliveira, J. y Cavalcante Neto, J. L. (2024). Neonatal factors associated with early weaning in a municipality in Bahia, Brazil: a cross-sectional study. *Revista da Escola de Enfermagem*, 58, artículo e20240091. <https://doi.org/qjn6>
- Cruz Chávez, E. N., Hernández Martínez, N. y Cárdenas Villarreal, M. V. (2020). Conocimiento de la madre sobre los signos de hambre del recién nacido y técnica de agarre al seno materno correcta. *Jóvenes en la Ciencia*, 7(1). <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3205>
- De Brito Angelo, B. H., Pontes, C. M., Schechtman Sette, G. C. y Pedrosa Leal, L. (2020). Knowledge, attitudes and practices of grandmothers related to breastfeeding: A meta-synthesis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, artículo e3214. <https://doi.org/qjn7>
- De Oliveira Pastro Togneri, D., Andrade Martins, F., Alves Ramalho, A., Moreira de Andrade, A., Perufo Opitz, S., Jorge Koifman, R. y Ferreira da Silva, I. (2024). Continued breastfeeding in a birth cohort in the Western Amazon of Brazil: risk of interruption and associated factors. *Nutrients*, 16(19), artículo 3408. <https://doi.org/qjn8>
- Del Carmen Sara, J. C. (2019). Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(2), 288-295. <https://doi.org/qjn9>
- Del Olmo, C. (2016). *¿Dónde está mi tribu?: maternidad y crianza en una sociedad individualista*. Clave Intelectual.
- Dellapiana, G., Tu, Q. y Mariam, N. (2024). Navigating postpartum weight loss: evidence and interventions. *Current Obstetrics and Gynecology Reports*, 13, 207-212. <https://doi.org/qg2h>
- Díaz Gómez, M. N., Ruzafa Martínez, M., Ares, S., Espiga, I. y de Alba, C. (2016). Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Revista Española de Salud Pública*, 90, artículo e40016.
- Douglas, P. (2022). Re-thinking lactation-related nipple pain and damage. *Women's Health*, 18. <https://doi.org/qjpc>
- Durán Vila, N. I. (2020). El teletrabajo y la conciliación con el entorno de convivencia familiar durante la pandemia COVID-19. *Revista de Investigación Psicológica*, (0), 68-72.

- Eidelman, A. (2024). Breastfeeding versus bottle feeding: is it the mode or the milk? *Breastfeeding Medicine*, 19(5), 311-393. <https://doi.org/qjpd>
- Escarpeniter Suárez, B. (2023). Estudio del permiso de maternidad en la historia. *Revista Crítica de la Historia de las Relaciones Laborales y de la Política Social*, (15), 40-69.
- Espuny, M. (2006). Los antecedentes históricos al permiso de lactancia. *IusLabor*, 2, 1-4.
- Farrow, A. (2014). Lactation support and the LGBTQI community. *Journal of Human Lactation*, 31(1), 26-28. <https://doi.org/ggjmvt>
- Fernández Martínez, E., Gómez del Pulgar, M. M., Pérez Martín, A., Onieva Zafra, M. D., Parra Fernández, M. L. y Beneit Montesinos, J. V. (2018). Análisis de la definición de la matrona, acceso a la formación y programa formativo de este profesional de la salud a nivel internacional, europeo y español. *Educación Médica*, 19, 360-365. <https://doi.org/qg2j>
- Fernández Medina, I. M. y González Fernández, C. T. (2013). Lactancia materna: prevención de problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz. *Enfermería Global*, 12(3), 443-451. <https://doi.org/qjpf>
- Fernández Olmos, M. (2018). Mujer y salud: el sesgo androcéntrico en la práctica clínica. *Revista Española de Salud Pública*, 92, 1-10.
- Fernández Pulido, E. (2020). Lactancia materna: cómo valorar su inicio Alimentación del niño preescolar, escolar y del adolescente. *Pediatría Integral*, 24(2), 71-80.
- Flaquer, L. y Escobedo, A. (2014). Licencias parentales y política social de la paternidad en España. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 32(1), 69-99. <https://doi.org/qjpg>
- Florido Alba, F., García-Agua Soler, N., Martín Reyes, Á. y García Ruiz, A. J. (2019). Crisis, gasto público sanitario y política. *Revista Española de Salud Pública*, 93, artículo e201902007.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2025). *Porcentaje de lactantes de 0 a 5 meses alimentados exclusivamente con leche materna, por país y región de UNICEF (2023)*. <https://data.unicef.org/topic/nutrition/breastfeeding>
- Franzoi, I. G., Sauta, M. D., de Luca, A. y Granieri, A. (2024). Returning to work after maternity leave: a systematic literature review. *Archives of Women's Mental Health*, 27(5), 737-749. <https://doi.org/qjpi>
- Froń, A. y Orczyk-Pawłowicz, M. (2024). Breastfeeding beyond six months: evidence of child health benefits. *Nutrients*, 16(22), artículo 3891. <https://doi.org/p935>

- Furnieles-Paterna, E., Hoyuelos-Cámara, H., Montiano-Ruiz, I. y Peñalver-Julve, N. (2011). Estudio comparativo y aleatorizado de la visita puerperal en el domicilio de la madre y en el centro de salud. *Matronas Profesión*, 12(3), 65-73.
- Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229. <https://doi.org/ghqk6>
- García Esteve, L., Ascaso, C., Ojuel, J. y Navarro, P. (2003). Validación de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) en madres españolas. *Revista de Trastornos Afectivos*, 75(1), 71-76. <https://doi.org/ckktx2>
- García Flores, E. P., Herrera Maldonado, N., Martínez Peñafiel, L. y Pesqueira Villegas, E. (2017). Violations of the international code of marketing of breastmilk substitutes in México. *Acta Pediátrica de México*, 38(4), 288-290. <https://doi.org/qjph>
- García-Pintor, S., Barba Jiménez, I., Agea Cano, I., Hachero Rodríguez, C., Mejías Paneque, C., Caparrós González y R. A., Barbosa Chaves, M. J. (2024). Cuidados de las matronas: impacto en la salud materna, neonatal y costes económicos. Una revisión paraguas. *Matronas Hoy*, 12(3), 25-38.
- García, D. S. y García, K. W. (2025). Pacifiers: common questions and answers. *American Family Physician*, 111(3), 230-235.
- Gartner, L. M., Morton, J., Lawrence, R. A., Naylor, A. J., O'Hare, D., Schanler, R. J. y Eidelman, A. I. (2005). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 115(2), 496-506. <https://doi.org/b9xdv8s>
- Gialeli, G., Panagopoulou, O., Liosis, G. y Siahianidou, T. (2023). Potential epigenetic effects of human milk on infants' neurodevelopment. *Nutrients*, 15(16), artículo 3614. <https://doi.org/p937>
- Gil Estevan, M. D. y Solano Ruiz, M. C. (2017). Diversidad cultural y lactancia materna: prestación de cuidados culturalmente competentes en Atención Primaria. *Index de Enfermería*, 26(3), 162-165.
- Gitz, E. y Uces, F. (2020). Lactancia: ¿una responsabilidad materna? *Bordes*, (agosto), 15-23.
- Goberna Tricas, J., Biurrun Garrido, A., Perelló Iñiguez, C. y Rodríguez Garrido, P. (2021). The COVID-19 pandemic in Spain: Experiences of midwives on the healthcare frontline. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), artículo 6516. <https://doi.org/gpws3j>
- Goldstein, R. D., Kinney, H. C. y Willinger, M. (2016). Sudden unexpected death in fetal life through early childhood. *Pediatrics*, 137(6), artículo e20154661. <https://doi.org/qjpp>
- Gómez López, D. y Mendoza Berjano, R. (2025). La eficacia de los programas de intervención con padres para la promoción de la lactancia materna: una

- revisión sistemática. *Análisis y Modificación de Conducta*, 51(186). <https://doi.org/p938>
- González Darias, A., Díaz Gomez, N. M., Rodríguez Martín, S., Hernández Pérez, C. y Aguirre Jaime, A. (2020). 'Supporting a first-time mother': assessment of success of a breastfeeding promotion programme. *Midwifery*, 85, artículo 102687. <https://doi.org/qjppq>
- Gonzalez García, A., Llada Suárez, R. y del Fresno Marqués, L. (2023). Factores psicosociales, mitos y creencias asociados al abandono precoz de la lactancia materna. Percepción de los profesionales de enfermería. *Quantitative and Qualitative Community Research*, 11(2), 35-49.
- González Timoneda, A., Hernández Hernández, V., Pardo Moya, S. y Alfaro Blázquez, R. (2021). Experiences and attitudes of midwives during the birth of a pregnant woman with COVID-19 infection: A qualitative study. *Women and Birth*, 34(5), 465-472. <https://doi.org/gh4h95>
- González Vereda, J., Luque, R. B., Dorado Díaz, A., Martín Pérez, P., Maté Enríquez, T. y Martín, V. N. (2019). ¿Cuánto saben de lactancia los sanitarios del área materno-infantil? Estudio de los 14 hospitales públicos de Castilla y León. *Pediatría Atención Primaria*, 21(84), 133-146.
- Grande, M. C. y Román, M. D. (2024). Espacios amigos de la lactancia humana en entornos laborales. *Revista de Salud Pública*, 30(1). <https://doi.org/p94b>
- Graneheim, U. H. y Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. <https://doi.org/b7nhcz>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. (2010). *Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. (2017). *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA. https://www.aeped.es/sites/default/files/guia_de_lactancia_materna.pdf
- Guido Campuzano, M. A., Ibarra Reyes, M. P., Mateos Ortiz, C. y Mendoza Vásquez, N. (2012). Eficacia de la succión no nutritiva en recién nacidos pretérmino. *Instituto Nacional de Perinatología*, 26(3), 198-207.
- Gutiérrez Martínez, M. M., Gonzalez Carrión, P., Quiñoz Gallardo, D., Rivas Campos, A., Expósito Ruiz, M. y Zurita Muñoz, A. J. (2019). Evaluación de buenas prácticas en lactancia materna en un hospital materno infantil. *Revista Española de Salud Pública*, 93, artículo e201911088.

- Guzmán Baquedano, D., Granatto Maris, S. y Vázquez Fernández, P. (2025). Impacto de la lactancia materna en el crecimiento y desarrollo orofacial: una revisión sistematizada. *Revista Científica Signos Fónicos*, 10(2), 26-37. <https://doi.org/p94q>
- Hamnøy, I. L., Kjelsvik, M., Baerug, A. B. y Dahl, B. M. (2025). Fatherhood and breastfeeding: a qualitative exploration of counselling experiences. *International Breastfeeding Journal*, 20(1), artículo 36. <https://doi.org/p94s>
- Harriott, R. M., Haile, Z. T., Chertok, I. R. A. y Haider, M. R. (2022). Association between place of birth and timely breastfeeding initiation among Cambodian women: a population-based study. *International Breastfeeding Journal*, 17(1), artículo 54. <https://doi.org/qjpr>
- Hermanson, Å. y Åstrand, L. L. (2020). The effects of early pacifier use on breastfeeding: A randomised controlled trial. *Women and Birth*, 33(5), e473-e482. <https://doi.org/gjbmxs>
- Hernández Magdariaga, A., Hierrezuelo Rojas, N., González Brizuela, C. M. y Gómez Soler, U. (2023). Conocimientos de madres y padres sobre lactancia materna exclusiva Knowledge level of parents on exclusive breast feeding. *Medisan*, 27(2), artículo e4336.
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza Torres, C. P. (2019). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill.
- Herrero Martínez, H. (2017). Políticas de promoción de lactancia materna en España y Europa un análisis desde el género. *Dilemata*, 25, 201-215.
- Hetherington, M. y McNally, J. (2019). Reading appetite cues in infancy: a role for nutrition education. *Nestlé Nutrition Institute Workshop Series*, 92, 41-51.
- Hossain, S. y Miharshahi, S. (2022). Exclusive breastfeeding and childhood morbidity: a narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), artículo 14804. <https://doi.org/p945>
- Howard, C. R., Howard, F. M., Lanphear, B., Eberly, S., DeBlieck, E. A., Oakes, D. y Lawrence, R. A. (2003). Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics*, 111(3), 511-518. <https://doi.org/bts3rt>
- Huang, Y., Liu, Y., Yu, X. y Zeng, T. (2022). The rates and factors of perceived insufficient milk supply: A systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 18(1), artículo e13255. <https://doi.org/p946>
- International Baby Food Action Network (IBFAN). (s. f.). *Health and environmental impacts*. <https://www.ibfan.org/health-environmental-impacts>
- International Baby Food Action Network (IBFAN). (2025). *Mira lo que siguen haciendo: Informe resumido del monitoreo digital internacional de la comercialización de productos que interfieren en la lactancia materna 2025*. IBFAN.

- Iglesias Rosado, B. y León Larios, F. (2021). Breastfeeding experiences of Latina migrants living in Spain: a qualitative descriptive study. *International Breastfeeding Journal*, 16(1), artículo 76. <https://doi.org/qkcf>
- Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN). (s. f.a). *Home*. <https://www.ihan.es>
- Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN). (s. f.b). *Centros IHAN*. https://www.ihan.es/centros-ihan/?_inst__categoria=hospital
- Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN). (2001). *Metodología de talleres de lactancia*. https://www.ihan.es/wp-content/uploads/2023/12/Metodologia_talleres_de_lactancia.pdf
- Instituto Canario de Estadística (ISTAC). (2021). *Población menor de 1 año según periodos de lactancia y tipos de lactancia. Canarias. 2004-2009-2015-2021*. <https://bit.ly/48uOWDn>
- Instituto Canario de Estadística (ISTAC). (2024). *Cifras oficiales de población Canarias*. <https://bit.ly/4ja4LEs>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2021, 7 de abril). *Encuesta Continua de Hogares (ECH), año 2020* [nota de prensa]. https://www.ine.es/prensa/ech_2020.pdf
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2023a). *Indicadores Urbanos Edición 2023 Madrid* [nota de prensa]. https://www.ine.es/prensa/ua_2023.pdf
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2023b). *Inmigración exterior Resultados por islas Inmigraciones procedentes del extranjero por isla, año y nacionalidad (agrupación de países)*. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=69700&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2024a). *Censo anual de población 2021-2024 Resultados por islas y municipios Población por sexo, edad (grupos quinquenales) y nacionalidad (española/extranjera)*. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=68529&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2024b). *Cifras oficiales de población de los municipios españoles en aplicación de la Ley de Bases del Régimen Local (Art. 17) Detalle municipal Santa Cruz de Tenerife: Población por municipios y sexo*. <https://ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=2892>
- International Confederation of Midwives. (s. f.). *Definición Internacional y ámbito de práctica de la matrona. Competencias esenciales. Filosofía de práctica*. <https://internationalmidwives.org/es/resources/definicion-internacional-de-matrona>
- Jaafar, S. H., Ho, J. J., Jahanfar, S. y Angolkar, M. (2016). Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), artículo CD007202. <https://doi.org/f9dsk8>

- Jenik, A. G. (2019). Pacifiers: counseling instead of prohibiting. The new Baby-friendly Hospital Initiative. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 117(2), 70-72. <https://doi.org/qjpw>
- Jenik, A. G., Vain, N. E., Gorestein, A. N. y Jacobi, N. E. (2009). Does the recommendation to use a pacifier influence the prevalence of breastfeeding? *The Journal of Pediatrics*, 155(3), 350-354. <https://doi.org/cc9h68>
- Jiang, H., Gallier, S., Feng, L., Han, J. y Liu, W. (2022). Development of the digestive system in early infancy and nutritional management of digestive problems in breastfed and formula-fed infants. *Food & Function*, 13(3), 1062-1077. <https://doi.org/qjpx>
- Juengst, S. B., Royston, A., Huang, I. y Wright, B. (2019). Family leave and return-to-work experiences of physician mothers. *JAMA Network Open*, 2(10), artículo e1913054. <https://doi.org/qj pz>
- Juntereal, N. A. y Spatz, D. L. (2019). Breastfeeding experiences of same-sex mothers. *Birth*, 47(1), 64-70. <https://doi.org/gqf3wv>
- Kana, M. A., Rodrigues, C., Fonseca, M. J., Santos, A. C. y Barros, H. (2018). Effect of maternal country of birth on breastfeeding practices: Results from Portuguese GXXI birth cohort. *International Breastfeeding Journal*, 13(1), artículo 15. <https://doi.org/qjp2>
- Kebede, T., Woldemichael, K., Jarso, H. y Bekele, B. B. (2020). Exclusive breastfeeding cessation and associated factors among employed mothers in Dukem town, Central Ethiopia. *International Breastfeeding Journal*, 15(1), artículo 6. <https://doi.org/qjp3>
- Khasawneh, W., Kheirallah, K., Mazin, M. y Abdulnabi, S. (2020). Knowledge, attitude, motivation and planning of breastfeeding: a cross-sectional study among Jordanian women. *International Breastfeeding Journal*, 15(1), artículo 60. <https://doi.org/qjp4>
- Kramer, M. S., Barr, R. G., Dagenais, S., Yang, H., Jones, P., Ciofani, L. y Jané, F. (2001). Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior. A randomized controlled trial. *JAMA*, 286(3), 322-326. <https://doi.org/dnw3vs>
- Kramer, M. S. y Kakuma, R. (2004). The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 554, 63-77. <https://doi.org/gg3zvs>
- Kramer, M. S. y Kakuma, R. (2012). Optimal duration of exclusive breastfeeding (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, artículo CD003517. <https://doi.org/bfgc>
- Kuitunen, I. (2023). Why do we fear bottles and pacifiers? *Acta Paediatrica*, 112, 1392-1394. <https://doi.org/qjp5>
- Labani, S. y Asthana, S. (2013). Essential basics on sampling of subjects in medical studies. *Current Medicine Research and Practice*, 3(5), 253-259.

- LactApp. (2022). *Informe lactancia 2021. Especial trabajo y lactancia*.
<https://lactapp.es/informe-lactancia-2021>
- Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, 7(18).
- Lasheras Lozano, L. y Pires Alcaide, M. (coords.). (2019). *Violencia de pareja hacia las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio guía breve de actuación*. Dirección General de Salud Pública.
- Leite, T. H., Souza Marques, E., Arndt Mesenburg, M., Freitas da Silveira, M. y do Carmo Leal, M. (2023). The effect of obstetric violence during childbirth on breastfeeding: findings from a perinatal cohort 'Birth in Brazil'. *The Lancet Regional Health - Americas*, 19, artículo 100438. <https://doi.org/qbcz>
- Lessa Horta, B., Rollins, N., Dias, M. S., Garcez, V. y Pérez-Escamilla, R. (2023). La revisión sistemática y el metanálisis sobre la lactancia materna y el sobrepeso u obesidad posteriores amplían un estudio previo para la Organización Mundial de la Salud. *Acta Paediatrica*, 112(1), 34-41. <https://doi.org/p944>
- Liga de La Leche Argentina y UNICEF Argentina. (2023). *Lactancia y trabajo. Facilitar la lactancia para madres y padres en los espacios de trabajo*. UNICEF. <https://bit.ly/3MnZtc1>
- Lima França, E. C., Aragão Albuquerque, L. C., Lopes de Castro Martinelli, R., Fiuza Gonçalves, I. M., Baiocchi Souza, C. y Alves Barbosa, M. (2020). Surface electromyographic analysis of the suprahyoid muscles in infants based on lingual frenulum attachment during breastfeeding. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), artículo 859. <https://doi.org/g7jxpd>
- Lincoln, Y. S. y Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Little, E. E., Legare, C. H. y Carver, L. J. (2018). Mother-infant physical contact predicts responsive feeding among U.S. breastfeeding mothers. *Nutrients*, 10(9), artículo 1251. <https://doi.org/gfb4f8>
- Llodrá Grimalt, F. (2014). La protección mínima que, en el ordenamiento jurídico, debe tener la lactancia materna, por ser la mejor alimentación. *Revista de Derecho Agrario y Alimentario*, 30(65), 35-66.
- Llorente-Pulido, S., Custodio, E., López-Giménez, M. R. y Otero-García, L. (2021a). Barriers and facilitators for exclusive breastfeeding within the health system and public policies from in-depth interviews to primary care midwives in Tenerife (Canary Islands, Spain). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), artículo 128. <https://doi.org/qk5b>
- Llorente-Pulido, S., Custodio, E., López-Giménez, M. R., Sanz-Barbero, B. y Otero-García, L. (2021b). Barriers and facilitators for exclusive breastfeeding in women's biopsychosocial spheres according to primary care midwives in

- Tenerife (Canary Islands, Spain). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), artículo 3819. <https://doi.org/qk5c>
- Llorente-Pulido, S., Custodio, E. y Otero-García, L. (2025). Inhibiting and protective factors of exclusive breastfeeding in an island population in Spain: A longitudinal study. *International Breastfeeding Journal*. <https://doi.org/qk5d>
- Lobatón Gallardo, I. y Castillo Lozano, M. (2025). Estrategias para mantener la lactancia materna en madres trabajadoras. *Revista Sanitaria de Investigación*, 6(1).
- Loezar-Hernández, M., Briones Vozmediano, E., Gea Sánchez, M., Robledo Martín, J. y Otero García, L. (2023a). Percepciones de matronas de Atención Primaria sobre el uso de la telemedicina durante la pandemia COVID-19 en España. *Enfermería Clínica*, 33(6), 380-390. <https://doi.org/gt3cj7>
- Loezar-Hernández, M., Pastor Bravo, M. M., González Perea, S. y Briones Vozmediano, E. (2023b). Factores promotores, dificultades y estrategias para emprender y continuar la lactancia materna en España: la voz de las mujeres. *Horizonte de Enfermería*, 34(3), 561-576. <https://doi.org/p963>
- Lombardo, E. y León, M. (2014). Políticas de igualdad de género y sociales en España: origen, desarrollo y desmantelamiento en un contexto de crisis económica. *Investigaciones Feministas*, 5, 13-35. <https://doi.org/qjp6>
- López de Aberasturi de Garayo, A., Santos Ibáñez, N., Ramos Castro, Y., García Franco, M., Artola Gutiérrez, C. y Arara Vidal, I. (2021). Prevalence and determinants of breastfeeding: the zorrotzaurre study. *Nutrición Hospitalaria*, 38(1), 50-59. <https://doi.org/g585cm>
- López Rodríguez, Y. N. (2016). Función motora oral del lactante como estímulo de crecimiento craneofacial. *Universitas Odontológica*, 33(74), 127-139. <https://doi.org/p964>
- Lucchini Raies, C., Márquez Doren, F. y Rivera Martínez, M. S. (2017). «Yo quiero amamantar a mi hijo»: desvelando la experiencia de mujeres que enfrentaron dificultades en su proceso de lactancia. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(5), 622-628. <https://doi.org/ht74>
- Lumbiganon, P., Martis, R., Laopaiboon, M., Festin, M. R., Ho, J. J. y Hakimi, M. (2016). Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), artículo CD006425. <https://doi.org/f9j39c>
- MacMillan, K. D. L. (2019). Neonatal abstinence syndrome: review of epidemiology, care models, and current understanding of outcomes. *Clinics in Perinatology*, 46(4), 817-832. <https://doi.org/qjp7>
- Maintz, M., Nalabothu, P., Thieringer, F. M. y Verna, C. (2025). Influence of pacifier design on pacifier-palate contact: a finite element analysis. *Head and Face Medicine*, 21(1). <https://doi.org/qjp8>

- Make Mothers Matter. (2024). *State of motherhood in Europe 2024. Overlooked challenges, unmet needs. Results of the 2024 survey* [presentación]. <https://bit.ly/4s9h1sJ>
- Mardiyaningsih, E., Widyawati, W. y Hapsari, E. D. (2024). Mothers' perception of husband support during breastfeeding: A qualitative study in Indonesia. *Narra J*, 4(3). <https://doi.org/qjp9>
- Marí Klose, P., Moreno Fuentes, F. J. y Gentile, A. (2022). El perfil etario de las políticas de austeridad en la Gran Recesión: el caso de España. *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, 30, 130-145. <https://doi.org/p965>
- Marinelli, A., del Prete, V., Finale, E., Guala, A., Pelullo, C. P. y Attena, F. (2019). Breastfeeding with and without the WHO/UNICEF baby-friendly hospital initiative: A cross-sectional survey. *Medicine*, 98(44), artículo e17737. <https://doi.org/ggcjs7>
- Martin, L., Bainier, A., Darviot, E., Forgeron, A., Sarthou, L., Wagner, A. C., Blanchais, T., Brigly, T., Troussier, F. y Branger, B. (2024). Interaction of the protective effect of breastfeeding and the aggravating effect of pacifier use in the occurrence of bronchiolitis in children. *Archives de Pediatrie*, 31(7), 426-432. <https://doi.org/qjqc>
- Martín de las Heras, S., Velasco, C., Luna del Castillo, J. D. y Khan, K. S. (2019). Breastfeeding avoidance following psychological intimate partner violence during pregnancy: a cohort study and multivariate analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 126, 778-783. <https://doi.org/qjqb>
- Martín Iglesias, S., del Cura González, I., Sanz Cuesta, T., Arana Cãedo Argüelles, C., Rumayor Zarzuelo, M., Álvarez de la Riva, M., Lloret Sáez Bravo, A. M., Fernández Arroyo, R. M., Aréjula Torres, J. L., Aguado Arroyo, S., Gángora Maldonado, F., García Corraliza, M., Sandoval Encinas, N., Tomico Delrío, M. y Cornejo Gutiérrez, A. M. (2011). Effectiveness of an implementation strategy for a breastfeeding guideline in Primary Care: cluster randomised trial. *BMC Family Practice*, 12(28902), artículo 144. <https://doi.org/fzjp2j>
- Martín Ramos, S., Domínguez Aurrecoechea, B., García Vera, C., Lorente García Mauriño, A. M., Sánchez Almeida, E. y Solís Sánchez, G. (2024). Lactancia materna en España y factores relacionados con su instauración y mantenimiento: estudio LAYDI (PAPenRed). *Atención Primaria*, 56(1), artículo 102772. <https://doi.org/p966>
- Martínez Casares, J. Á., Massó Guijarro, E. y Cid Expósito, M. G. (2025). Análisis cualitativo de la publicidad institucional en la promoción de lactancia materna: sesgos de género y entornos lactantes corresponsables. Por un Modelo de Lactancia Humana Integral. *Revista Española de Salud Pública*, 99, artículo e202506034.
- Martínez Galán, P., Martín Gallardo, E., Macarro Ruiz, D., Martínez Martín, E. y Manrique Tejedor, J. (2017). Educación prenatal e inicio de la lactancia

- materna: Revisión de la literatura. *Enfermería Universitaria*, 14(1), 54-66.
<https://doi.org/ht7w>
- Martínez Galiano, J. M. y Delgado Rodríguez, M. (2013). El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. *Revista da Associacao Medica Brasileira*, 59(3), 254-257.
<https://doi.org/f2j56b>
- Martínez Hernández, A. y García Sánchez, B. (2022). Impacto de la práctica de lactancia materna exclusiva en la reducción del IMC en el primer trimestre posparto. *Salud Jalisco*, 9, 8-16.
- Martínez Hortelano, J. A., Saz Lara, A., González, J. L. G., Cristóbal Aguado, S., Iglesias Rus, L., Martínez Vizcaíno, V. y Garrido Miguel, M. (2025). Skin-to-skin contact and breastfeeding after caesarean section: a systematic review and meta-analysis of intervention studies. *International Journal of Nursing Studies*, 166, artículo 105038. <https://doi.org/qjqd>
- Martínez Locio, L. y Hermosilla, M. (2017). Reasons for breastfeeding abandonment in mothers with children under 2 years of age. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 15(2), 73-78.
<https://doi.org/qjqf>
- Massó Guijarro, E. (2013). Lactancia materna y revolución, o la teta como insumisión biocultural: calostro, cuerpo y cuidado. *Dilemata*, 11, 169-206.
- Massó Guijarro, E. (2024). Lactancia materna y violencia obstétrica: en el camino de una soberanía lactante. *Medica Review*, 12(1), 10-23.
- Maviso, M. K., Kaforau, L. M. y Hastie, C. (2023). Influence of grandmothers on breastfeeding practices in a rural community in Papua New Guinea: a critical discourse analysis of first-time mothers' perspectives. *Women and Birth*, 36(2), e263-e269. <https://doi.org/qjqg>
- Mayring, P. (2000). Qualitative content analysis. *Forum Qualitative Social Research*, 1(2). <https://doi.org/ggfn74>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. <https://bit.ly/4p6mBJS>
- Ministerio de Sanidad. (s. f.). *Estadísticas e información sanitaria: Catálogo Nacional de Hospitales 2024*. Gobierno de España.
<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/ofertaRecursos/hospitales/home.htm>
- Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística. (2025). *Nota técnica. Encuesta de Salud de España 2023 (ESdE2023)*.
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaSaludEspana/ESdE2023/ESdE2023_notatecnica.pdf Ministerio de Sanidad
- Ministerio de Sanidad y Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación. (2025). *Estrategia Española de Salud Global 2025-2030* [documento ejecutivo]. <https://bit.ly/4rwBaZs>

- Mohebati, L. M., Hilpert, P., Bath, S., Rayman, M. P., Raats, M. M., Martínez, H. y Caulfield, L. E. (2021). Perceived insufficient milk among primiparous, fully breastfeeding women: is infant crying important? *Maternal and Child Nutrition*, 17(3), artículo e13133. <https://doi.org/10.1111/mcn.13133>
- Moon, R. Y., Darnall, R. A., Feldman-Winter, L., Goodstein, M. H. y Hauck, F. R. (2016). SIDS and other sleep-related infant deaths: evidence base for 2016 updated recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*, 138(5), artículo e20162940. <https://doi.org/ggkbkr>
- Mora Rubio, R., Mallén Escobedo, V., Cano Talavera, I., Gutiérrez Barragán, N., Sualves Blesa, A. y Roy del Ruste, I. B. (2025). Beneficios del contacto piel con piel en el recién nacido. *Revista Sanitaria de Investigación*, 6(2), artículo 85.
- Morales Tipan, G. D. y Cusme Torres, N. A. (2024). Tetanalgesia en la prevención de técnicas dolorosas del recién nacido. *Reincisol*, 3(6), 506-526. <https://doi.org/qjs9>
- Moreno Ávila, I. M., Martínez Linares, J. M., García Pintor, Rubia Ortega, S. M., Ortiz Paneque, J., El Messaoudi Ouardani, S. y Cortés Martín, J. (2025). Perceptions on the reasons influencing the choice and abandonment of exclusive breastfeeding in Muslim and Christian women: a phenomenological study. *Nursing & Health Sciences*, 27(3), artículo e70195. <https://doi.org/qjtc>
- Moreno Rubio, M., Martí Tortosa, A., Ruiz Cáceres, C., Clemente Hermosilla, E., Pérez Rubicos, A. y Rabanaque Mallen, G. (2021). Prevalencia y duración de la lactancia materna en el área rural. Factores sanitarios y socioculturales asociados. *Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria*, 26(2).
- National Institutes of Health (NIH). (2019). *Sueño Seguro Para Su Bebé*. 2. https://www.nichd.nih.gov/sites/default/files/2019-07/Safe_Sleep_Spanish_Brochure2.pdf
- Nesbitt, S. A., Campbell, K. A., Jack, S. M., Robinson, H., Piehl, K. y Bogdan, J. C. (2012). Canadian adolescent mothers' perceptions of influences on breastfeeding decisions: a qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, artículo 149. <https://doi.org/2j3>
- Nove, A., Friberg, I. K., de Bernis, L., McConville, F., Moran, A. C., Najjemba, M., ten Hoope-Bender, P., Tracy, S. y Homer, C. S. E. (2021). Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a lives saved tool modelling study. *The Lancet Global Health*, 9(1), e24-e32. <https://doi.org/gk5w5x>
- Novillo Luzuriaga, N., Robles Amaya, J. y Calderón Cisneros, J. (2019). Beneficios de la lactancia materna y factores asociados a la interrupción de esta práctica. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 4(5), 29-35. <https://doi.org/p967>
- Nuampa, S., Ratinthorn, A., Patil, C. L., Kuesakul, K., Prasong, S. y Sudphet, M. (2022). Impact of personal and environmental factors affecting exclusive breastfeeding practices in the first six months during the COVID-19 pandemic

- in Thailand: a mixed-methods approach. *International Breastfeeding Journal*, 17(1), artículo 73. <https://doi.org/p968>
- Nunes Almeida, L. M., Lemos Goulart, M. C., Becerrema Góes, F. G., Vieira Pereira Ávila, F. M., Bulçao Pinto, C. y García Naslausky, S. (2022). The influence of returning to work on maternal breastfeeding in nursing workers. *Escola Anna Nery*, 26, artículo e20210183. <https://doi.org/qjkgp>
- Nussbaum, C. y Kim-hellmuth, S. (2024). Unlocking the genetic influence on milk variation and its potential implication for infant health. *Cell Genomics*, 4(10), artículo 100676. <https://doi.org/qg2s>
- OECD. (2021). *PF2. 1. Parental leave systems Definitions and methodology*. OECD Family Database. <https://bit.ly/4pfwMvz>
- Ogbo, F. A., Akombi, B. J., Ahmed, K. Y., Rwabilimbo, A. G., Ogbo, A. O., Uwaibi, N. E., Ezech, O. K. y Agho, K. E. (2020). Breastfeeding in the community—how can partners/fathers help? A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), artículo 413. <https://doi.org/gpbz6f>
- Oggero, M. K., Rozmus, C. L. y LoBiondo-Wood, G. (2024). Effects of prenatal breastfeeding education on breastfeeding duration beyond 12 weeks: a systematic review. *Health Education and Behavior*, 51(5), 665-676. <https://doi.org/p969>
- Okinarum, G. Y. y Rochdiat, W. (2022). Breastfeeding experience during COVID-19 pandemic in Indonesia: strengthening and weakening elements. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 29(3), 110-121. <https://doi.org/qjtd>
- Oliva Pérez, J. y Oliver Roig, A. (2022). Relación del retraso de la lactogénesis II con la percepción materna de leche insuficiente: un estudio longitudinal. *Enfermería Clínica*, 32(6), 413-422. <https://doi.org/qjtf>
- Olza Fernández, I., Fernández Lorenzo, P., González Uriarte, A., Herrero Azorín, F., Carmona Cañabate, S., Gil Sánchez, A., Amado Gómez, E. y Dip, M. E. (2021). Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(139), 23-35.
- Olza Fernández, I., Ruiz Berdún, D. y Villarme Requejo, S. (2017). La culpa de las madres. Promover la lactancia materna sin presionar a las mujeres. *Dilemata*, 0(25), 217-225.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2001). *Protección de la Protección de la Maternidad*. Convenio OIT No. 183. https://albalactanciamaterna.org/wp-content/uploads/OIT-183-Protecci%C3%B3n_de_la_maternidad.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: parte 1: definiciones: conclusiones de una reunión de consenso celebrada del 6 al 8 de*

noviembre de 2007 en Washington D. C., Estados Unidos.
<https://iris.who.int/handle/10665/44156>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014a). *Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre lactancia materna* (WHO/NMH/NHD/14.7).
<https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.7>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014b). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *Comisión de las Naciones Unidas: invertir en el cuerpo mundial de profesionales sanitarios permitirá la creación de empleo e impulsará el crecimiento económico* [Nota de prensa].
<https://www.who.int/es/news/item/20-09-2016-un-commission-new-investments-in-global-health-workforce-will-create-jobs-and-drive-economic-growth>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna: preguntas frecuentes*.
https://e-lactancia.org/media/papers/Codigo_Actualizacion-WHO2017_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Lactancia materna*.
<https://www.who.int/health-topics/breastfeeding>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Comercialización de sucedáneos de la leche materna: aplicación nacional del Código Internacional*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240006010>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *Lactancia materna exclusiva para un crecimiento, desarrollo y salud óptimos de los lactantes*.
<https://www.who.int/tools/elena/interventions/exclusive-breastfeeding>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024). *Transición hacia modelos de atención basados en la partería*. <https://bit.ly/3KhcALD>

Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2012). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: violencia de pareja*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-12.3>

Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (1990). *Declaración de Innocenti sobre la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna*. https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/DECLARACION_DE_INNOCENTI.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2018). *Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la Iniciativa «Hospital Amigo del Niño»*. Organización Mundial

- de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326162/9789243513805-spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2020). *Comercialización de sucedáneos de la leche materna: aplicación nacional del Código Internacional. Informe de situación 2020*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2021). *Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-Friendly Hospital Initiative*. IHAN España.
https://www.ihan.es/wp-content/uploads/2023/12/Criterios-Globales_IHAN-Espan83a-2021.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2025). *Metas mundiales de nutrición 2030: informe breve sobre lactancia materna*. <https://bit.ly/48CDzte>
- Oribe, M., Lertxundi, A., Basterrechea, M., Begiristain, H., Santa Marina, L., Villar, M., Dorronsoro, M., Amiano, P. y Ibarluzea, J. (2015). Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 4-9. <https://doi.org/f2vb4w>
- Ortega Moreno, M. C., Castillo Saavedra, E. F. y Reyes Alfaro, C. E. (2020). Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una ciudad de Perú. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(2).
- Ortiz Félix, R. E., Ramírez Uribe, M. A. y Mirada Félix, P. E. (2020). Revisión teórica de lactancia materna, desde las representaciones sociales y perspectiva de género. *Salud y Género*, 16(3), 33-54.
- Osorio González, R. y Castro Ricalde, D. (2021). Aproximaciones a una metodología mixta. *Nova Rua*, 13(22), 65-84.
- Otero, I. (2023). Mercantilización de los cuerpos de las mujeres en los medios de comunicación para jóvenes rebeldes: el «capital de la transgresión». *Investigaciones Feministas*, 14(1), 143-153. <https://doi.org/p97x>
- Panahi, F., Rashidi Fakari, F., Nazarpour, S., Lotfi, R., Rahimizadeh, M., Nasiri, M. y Simbar, M. (2022). Educating fathers to improve exclusive breastfeeding practices: a randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 22, artículo 554. <https://doi.org/p97z>
- Pascual, C. P., Artieta Pinedo, I., Grandes, G., Espinosa Cifuentes, M., Gaminde Inda, I. y Payo Gordon, J. (2016). Necesidades percibidas por las mujeres respecto a su maternidad. Estudio cualitativo para el rediseño de la educación maternal. *Atención Primaria*, 48(10), 657-664. <https://doi.org/qjtg>
- Pérez-Escamilla, R., Tomori, C., Hernández Cordero, S., Baker, P., Barros, A. J. D., Bégin, F., Chapman, D. J., Grummer Strawn, L. M., McCoy, D., Menon,

- P., Ribeiro Neves, P. A., Piwoz, E., Rollins, N., Victora, C. G. y Richter, L. (2023). Lactancia materna 1. Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *The Lancet*, 401(10375), 472-485. <https://doi.org/nrb8>
- Peris, M. E., Tremoleda, M. y Ariza, C. (2022). Lactancia materna. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 29(2), 84-89.
- Phillips, R., VanNatta, D., Chu, J., Best, A., Ruiz, P., Oswalt, T., Wooldridge, D. y Fayard, E. (2024). Breastfeeding practice before bottle-feeding: an initiative to increase the rate of breastfeeding for preterm infants at the time of neonatal intensive care unit discharge. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 36(2), 251-260. <https://doi.org/qjth>
- Pico Fonseca, P. F. y Betancurth Loaiza, D. P. (2021). El abordaje de la lactancia materna desde el enfoque ecológico. *Entramado*, 17(1), 240-248. <https://doi.org/qjtj>
- Pineda Gea, F., Vilar Zaldívar, G. y Cerda Martínez, E. J. (2021). Limitaciones para la implementación de la lactancia maternal exclusiva y su efecto en el estado nutricional de los niños menores de 1 año. *Revista Torreón Universitario*, 10(27), 59-65. <https://doi.org/qj2z>
- Pochet Solano, M. (2020). Lactancia materna: iniciación, beneficios, problemas y apoyo. *Ciencia Salud*, 4(5), 105-117.
- Pol Pons, A., Aubanell Serra, M., Vidal, M., Martí Lluch, R. y Ponjoan, A. (2019). Lactancia materna: competencia básica de los profesionales sanitarios de atención primaria. *Atención Primaria*, 51(1), 47-49. <https://doi.org/p973>
- Pol Pons, A., Aubanell Serra, M., Vidal, M., Ojeda-Ciurana, I., Martí Lluch, R. y Ponjoan, A. (2016). Breast feeding basic competence in primary care: Development and validation of the CAPA questionnaire. *Midwifery*, 42, 87-92. <https://doi.org/f9h9zt>
- Pritz, H., Henkes, Z., Graham, V. M. y Romo Palafox, M. J. (2024). Breastfeeding during COVID-19 stay-at-home orders: implications for future maternal work policies and health equity. *Maternal and Child Health Journal*, 28(11), 1961-1973. <https://doi.org/qj22>
- Pujól von Seehausen, M., Couto de Oliveira, M. I., do Carmo Leal, M., Madeira Domingues, R. M. S. y Siqueira Boccolini, C. (2023). Baby-Friendly Hospital Initiative and exclusive breastfeeding during hospital stay. *Revista de Saude Publica*, 57(1), artículo 28. <https://doi.org/qkb7>
- Quevedo Navarro, B., Bernal Leal, S., Paños Villaescusa, R. y Ballesta Castillejos, A. (2014). Influencia de la fatiga posparto sobre el tipo de alimentación en el primer mes de vida. *Nure Investigación*, 75(12).
- Quiñoz Gallardo, M. D., Rodríguez Soberado, P., González María, E., Albornos Muñoz, L., Gutiérrez Martínez, M. M., Harillo Acevedo, D., Cutanda Carrión, B., del Río Martínez, P., Lozano Díaz, D., Maestre García, M. Á.,

- Cabrera Cabrera, M. Á., Gómez Martín, I. y Pino Morales, E. (2020). Satisfacción de madres lactantes con la promoción de la lactancia materna y adherencia de los profesionales a las recomendaciones. Estudio multicéntrico. *Revista Española de Salud Pública*, 94, artículo e202012152.
- Raman, S., Napier Raman, S. y Pinzón Segura, M. C. (2024). Exploring cultural influences in perinatal and early childhood nutrition. *Revista de Salud Pública*, 26(3). <https://doi.org/qj25>
- Ramírez Carmona, W., Padrón González, J., Valero Carmona, M. y Díaz Fabrega, B. (2019). Factores de riesgo modificables en pacientes con cáncer de mama. *Revista Finlay*, 9(2), 108-117.
- Ramiro González, M. D., Ortiz Marrón, H., Arana Cañedo-Argüelles, C., Esparza Olcina, M. J., Cortés Rico, O., Terol Claramonte, M. y Ordobás Gavín, M. (2018). 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. *Anales de Pediatría*, 89(1), 32-43. <https://doi.org/qj26>
- Ramos, C. A. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. *Avances en Psicología*, 23(1), 9-17. <https://doi.org/fnv5>
- Ramos Morcillo, A. J., Harillo Acevedo, D., Armero Barranco, D., Leal Costa, C., Moral García, J. E. y Ruzafa Martínez, M. (2020). Barriers perceived by managers and clinical professionals related to the implementation of clinical practice guidelines for breastfeeding through the best practice spotlight organization program. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), artículo 6248. <https://doi.org/qj27>
- Rea, M., Sánchez, C., Couto Oliveira, M. I., Erbert, C., Guerreiro dos Reis, M. C., Fernández, L., Acosta Faranda, M. A., Barrios Skrok, P. (2025). *Mira lo que siguen haciendo. Informe resumido del monitoreo digital internacional de la comercialización de productos que interfieren en la lactancia materna 2025*. International Baby Food Action Network.
- Renz-Polster, H., Blair, P. S., Ball, H. L., Jenni, O. G. y de Bock, F. (2024). Death from failed protection? An evolutionary-developmental theory of sudden infant death syndrome. *Human Nature*, 35(2), 153-196. <https://doi.org/p975>
- Reyes Vázquez, H. L. y Espejel Huerta, D. (2021). Lactancia materna y su impacto en el medio ambiente. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 38(1), 22-27.
- Ríos González, C. M. (2024). Investigación cualitativa en el contexto de la salud pública: actualización de conceptos. *Revista de Salud Pública del Paraguay*, 14(1), 51-58. <https://doi.org/p976>
- Rius, J. M., Ortuño, J., Rivas, C., Maravall, M., Calzado, M. A., López, A., Aguar, M. y Vento, M. (2014). Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. *Anales de Pediatría*, 80(1), 6-15. <https://doi.org/f2f4fd>

- Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, 18(52), 39-49.
- Rodríguez Blas, M. C. (2022). *Sistema de cuentas de salud 2023: Principales resultados*. Ministerio de Sanidad.
- Rodríguez García, R. (2015). Aproximación antropológica a la lactancia materna. *Antropología Experimental*, 15, 407-429. <https://doi.org/qj28>
- Rodríguez Mir, J. y Martínez Gandolfi, A. (2021). Obstetric violence. A hidden practice in medical care in Spain. *Gaceta Sanitaria*, 35(3), 211-212. <https://doi.org/fs4x>
- Rojas Gutiérrez, W. J. (2023). La fenomenología hermenéutica en la investigación cualitativa. *Studium Veritatis*, 21(27), 327-363. <https://doi.org/p977>
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeerhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., Piwoz, E. G., Richter, L. M. y Victora, C. G. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, 387(10017), 491-504. <https://doi.org/gfgrzp>
- Rollins, N. C., Piwoz, E., Baker, P., Kingston, G., Matlwa, K., McCoy, D., Ribeiro, P., Pérez, R., Richter, L., Russ, K., Sen, G., Tomori, C., Victora, C., Zambrano, P. y Hastings, G. (2023). Lactancia materna 2. Marketing de fórmulas comerciales infantiles: un sistema para capturar a las madres y padres, las comunidades, la ciencia y las políticas. *The Lancet*, 401(10375), 486-502. <https://doi.org/qj29>
- Romero Balsas, P. (2022). Incremento en la duración del permiso exclusivo para padres y sus consecuencias en el cuidado infantil desde la perspectiva de las madres. *Revista Española de Sociología*, 31(1), artículo 85. <https://doi.org/qj3b>
- Rosada Navarro, Y., Delgado Medina, W., Meireles Ochoa, M. Y., Figueredo González, L. I. y Barrios García, A. (2019). Factores de riesgo que influyen en el abandono de la lactancia materna. 2017-2018. *Multimed*, 23(6), 1278-1293.
- Ross-Cowdery, M., Lewis, C. A., Papic, M., Corbelli, J. y Schwarz, E. B. (2017). Counseling about the maternal health benefits of breastfeeding and mothers' intentions to breastfeed. *Maternal and Child Health Journal*, 21(2), 234-241. <https://doi.org/f9tqfv>
- Ryan, R. y Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. <https://doi.org/bgvcpf>
- Ryan, R., Hepworth, A., Bihuniak, J. D. y Lyndon, A. (2024). A qualitative study of breastfeeding experiences among mothers who used galactagogues to increase their milk supply. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 56(3), 122-132. <https://doi.org/qj3c>

- Sadoun, C., Templier, L., Alloul, L., Rossi, C., Díaz Renovales, I., Nieto Sanchez, I. y Martín-Palomino Sahagún, P. (2024). Effects of non-nutritive sucking habits on malocclusions: a systematic review. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 48(2), 4-18. <https://doi.org/p979>
- Safari, K., Saeed, A. A., Hasan, S. S. y Moghaddam-Banaem, L. (2018). The effect of mother and newborn early skin-to-skin contact on initiation of breastfeeding, newborn temperature and duration of third stage of labor. *International Breastfeeding Journal*, 13, artículo 32. <https://doi.org/gfb4d8>
- Sánchez, J., Lesmes, M., González-Soltero, R., R-Learte, A. I., García Barbero, M. y Gal, B. (2021). Iniciación a la investigación en educación médica: guía práctica metodológica. Initiation to medical education research: Practical methodological guide. *Educación Médica*, 22, 198-207. <https://doi.org/gj5p5p>
- Sánchez-Aragón, A., Belzunegui-Eraso, Á., Erro-Garcés, A. y Pastor-Gosálbez, I. (2022). Teletrabajo y conciliación: ¿una trampa para las mujeres? *Oikonomics*, 19. <https://doi.org/p98k>
- Santacruz Salas, E., Segura Fragoso, A., Cobo Cuenca, A. I., Carmona Torres, J. M., Pozuelo Carrascosa, D. P. y Laredo Aguilera, J. A. (2020). Factors associated with the abandonment of exclusive breastfeeding before three months. *Children*, 7(12), artículo 298. <https://doi.org/p98m>
- Santamaría Martín, M. J., Martín Iglesias, S., Schwarz, C., Rico Blázquez, M., Portocarrero Nuñez, J. A., Díez Izquierdo, L., Llamosas Falcón, L., Rodríguez Barrientos, R., del Cura González, I. (2022). Effectiveness of a group educational intervention – prolact - in primary care to promote exclusive breastfeeding: a cluster randomized clinical trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), artículo 132. <https://doi.org/g8nhf3>
- Sanz Durán, L., Mora Urda, A. I. y Pérez Bravo, M. D. (2024). El movimiento feminista y la lactancia materna desde la revisión bibliográfica. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, (16), 70-81. <https://doi.org/qj9w>
- Sartorio Camargo, B. T., Sañudo, A., Miyuki Kusahara, D. y Pereira Coca, K. (2024). Initial nipple damages in breastfeeding women: analysis of photographic images and clinical associations. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77(1), artículo e20220773. <https://doi.org/qjnt>
- Schorn, M., Mendes, M. S. y Giuliani, E. R. J. (2023). Factors associated with breastfeeding abandonment in the first month after the mother's return to work. *Ciencia e Saude Coletiva*, 28(9), 2733-2742. <https://doi.org/qj9x>
- Schubiger, G., Schwarz, U. y Tonz, O. (1997). UNICEF/WHO baby-friendly hospital initiative: does the use of bottles and pacifiers in the neonatal nursery prevent successful breastfeeding? *European Journal of Pediatrics*, 156(11), 874-877. <https://doi.org/bf2jjp>
- Schwarz, E. B., Hoyt-Austin, A., Fix, M., Kair, L. R., Iwuagwu, C. y Chen, M. J. (2024). Prenatal counseling on the maternal health benefits of lactation: a randomized trial. *Breastfeeding Medicine*, 19(1), 52-58. <https://doi.org/qj9z>

- Sebastián, R. A., Coronado, E., Otero, M. D., McKinney, C. R. y Ramos, M. M. (2019). Las asociaciones entre las prácticas de atención materna y la duración de la lactancia materna de dos meses varían según la raza, la etnia y la aculturación. *Maternal and Child Health Journal*, 23, 858-867. <https://doi.org/gpnmng7>
- Sebastián Vicente, M. P. (2017). Los grupos de apoyo a la lactancia materna como iniciativas de participación y promoción de la salud en la comunidad. *Dilemata*, 25, 227-238.
- Seckler, E., Regauer, V., Rotter, T., Bauer, P. y Müller, M. (2020). Barriers to and facilitators of the implementation of multi-disciplinary care pathways in primary care: a systematic review. *BMC Family Practice*, 21(1), artículo 113. <https://doi.org/gmx536>
- Servicio Canario de la Salud. (s. f.). *Mapa sanitario Canarias*. Gobierno de Canarias. <https://bit.ly/44QEepV>
- Servicio Canario de la Salud. (2022). *Memoria actividad Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria*. Gobierno de Canarias. <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/organica.jsp?idCarpeta=10b3ea46-541b-11de-9665-998e1388f7ed>
- Servicio Canario de la Salud. (2023). *Memoria del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias*. Gobierno de Canarias. <https://bit.ly/48R2SsQ>
- Servicios de TIC y desarrollo de sistemas y División de Epidemiología y Salud Global; Código abierto 4.02; Universidad de Umeå: Umeå, Suecia, 2013.
- Sihota, H., Oliffe, J., Kelly, M. T. y McCuaig, F. (2019). Fathers' experiences and perspectives of breastfeeding: a scoping review. *American Journal of Men's Health*, 13(3). <https://doi.org/p98q>
- Sistema Nacional de Salud (SNS). (2007). *Atención a la mujer: Indicadores de calidad del Sistema Nacional de Salud*. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/inidCaliFormVGaprobCISNS12Dic2007.pdf>
- Slater, C. N., Juntereal, N. A., Kral, T. V. E., Spatz, D. L. y Chao, A. M. (2024). Comparison of the effect of direct breastfeeding, expressed human milk, and infant formula feeding on infant weight trajectories: a systematic review. *Breastfeeding Medicine*, 19(4), 235-247. <https://doi.org/qj92>
- Smith, J. P., Baker, P., Mathisen, R., Long, A., Rollins, N. y Waring, M. (2024). A proposal to recognize investment in breastfeeding as a carbon offset. *Bulletin of the World Health Organization*, 102(5), 336-343. <https://doi.org/p98t>
- Snyder, K., Hulse, E., Dingman, H., Cantrell, A., Hanson, C. y Dinkel, D. (2021). Examining supports and barriers to breastfeeding through a socio-ecological lens: a qualitative study. *International Breastfeeding Journal*, 16(1), artículo 52. <https://doi.org/gqf3ww>

- Spijker, J. (2020). Los efectos de la Gran Recesión y las políticas de austeridad en la salud de la población española. *Gaceta Sanitaria*, 34(3), 220-222. <https://doi.org/p98x>
- Suglo, M., Kpekura, S. y Yiryuo, L. (2024). Breastfeeding challenges among adolescent mothers: A phenomenological study at the Korle Bu Teaching Hospital in Ghana. *BMJ Open*, 14(6), artículo e077504. <https://doi.org/qj93>
- Swert, S. M., Westhof, E., Lemiengre, B. y Bogaerts, S. A. (2019). The supporting role of the midwife during the first 14 days of breastfeeding: a descriptive qualitative study in maternity wards and primary healthcare. *Midwifery*, 78, 50-57. <https://doi.org/gnm28k>
- Tarraga Marcos, M., Romero de Ávila Montoya, J., Tarraga Marcos, A. y Tarraga López, P. J. (2022). Síndrome de muerte súbita del lactante. *Journal of Negative & Positive Results*, 7(3), 282-297.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados* (J. Piatigorsky, trad.). Paidós.
- Tello, B., Hernández, H., Dueñas Espín, I. y Tejera, E. (2025). The effect of prenatal education on exclusive breastfeeding among women in Quito: prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), artículo 525. <https://doi.org/qj94>
- Tiedje, L. B., Schiffman, R., Omar, M., Wright, J., Buzzitta, C., McCann, A. y Metzger, S. (2002). An ecological approach to breastfeeding. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 27(3), 154-162. <https://doi.org/b39ppc>
- Tigka, M., Metallinou, D., Nanou, C., Iliodromiti, Z. y Lykeridou, K. (2022). Frequency and determinants of breastfeeding in Greece: a prospective cohort study during the COVID-19 Pandemic. *Children*, 9(1), artículo 43. <https://doi.org/qbcr>
- Tirano Bernate, D. C., Pinzón Espitia, O. L. y González Rodríguez, J. L. (2018). Risk factors and barriers to implementation of breastfeeding: review. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 22(4), 263-271. <https://doi.org/qjkk>
- Tolppola, O., Renko, M., Sankilampi, U., Kiviranta, P., Hintikka, L. y Kuitunen, I. (2022). Pacifier use and breastfeeding in term and preterm newborns—a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Pediatrics*, 181(9), 3421-3428. <https://doi.org/g7g9gb>
- Tong, A., Sainsbury, P. y Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

- Toro, M. C., Obando, A. y Alarcón, M. (2022). [Social valuation of the maternal lactation and difficulties that entails the precocious weaning in smaller infants]. *Andes Pediátrica*, 93(3), 371-382. <https://doi.org/qj96>
- Valdovín Guerrero, G., Navarro Calvo, R., Rivera de la Torre, S., Álvarez Pérez, P., Gajón Flores, J. y Morte Cabistany, C. M. (2021). El método kassing como elección para la suplementación oral mediante biberón en el recién nacido. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(10).
- Van der Wijden, C. y Manion, C. (2015). Lactational amenorrhoea method for family planning (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), artículo CD001329. <https://doi.org/f73hbw>
- Vandyousefi, S., Messito, M. J., Katzow, M. W., Scott, M. A. y Gross, R. S. (2022). Infant appetite traits, feeding practices and child obesity in low-income Hispanic families. *Pediatric Obesity*, 17(8), artículo e12913. <https://doi.org/qbct>
- Vargas Zarate, M., Becerra Bulla, F., Balsero Oyuela, S. y Meneses Burbano, Y. (2020). Lactancia materna: mitos y verdades. Artículo de revisión. *Revista de la Facultad de Medicina*, 68(4), 608-616. <https://doi.org/hpqw>
- Vázquez Cancela, L., Estany Gestal, A., Anido Rodríguez, M. C., Conde Vidal, M. J., Folgosa Rodríguez, M. S., González Varela, M. P., Lodeiro Díaz, M. E., Ouro Núñez, C. y Varela Castiñeira, M. C. (2018). Efectividad de un taller formativo en lactancia materna exclusiva. *Metas de Enfermería*, 21(4).
- Vázquez Herrero, M. J. y Anta Rodríguez, L. (2020). Lactancia materna y feminismos: una revisión desde la perspectiva de género. *Matronas Profesión*, 21(2), 47-53.
- Vázquez-Vázquez, A. P., Fewtrell, M. S., Chan-García, H., Batún-Marrufo, C., Dickinson, F. y Wells, J. C. K. (2022). Do maternal grandmothers influence breastfeeding duration and infant nutrition? Evidence from Mérida, México. *American Journal of Biological Anthropology*, 179(3), 444-459. <https://doi.org/gsdhrn>
- Velasco Arias, S. (2009). *Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género*. Observatorio de Salud de la Mujer; Ministerio de Sanidad y Política Social. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2009.pdf>
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N. y Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475-490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Vila Candel, R., Soriano Vidal, F. J., Murillo Llorente, M., Pérez Bermejo, M. y Castro Sánchez, E. (2019). Mantenimiento de la lactancia materna exclusiva

- a los 3 meses posparto: experiencia en un departamento de salud de la Comunidad Valenciana. *Atención Primaria*, 51(2), 91-98. <https://doi.org/qbcv>
- Vilar Compte, M., Hernández Cordero, S., Ancira Moreno, M., Burrola Méndez, S., Ferre Eguiluz, I., Omaña, I. y Pérez Navarro, C. (2021). Breastfeeding at the workplace: a systematic review of interventions to improve workplace environments to facilitate breastfeeding among working women. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), artículo 110. <https://doi.org/grbdbj>
- Von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C. y Vandenbroucke, J. P. (2007). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *PLoS Medicine*, 4(10), artículo e296. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040296>
- Wallenborn, J. T., Valera, C. B., Kounnavong, S., Sayasone, S., Odermatt, P. y Fink, G. (2021). Urban-rural gaps in breastfeeding practices: evidence from Lao People's Democratic Republic. *International Journal of Public Health*, 66, artículo 1604062. <https://doi.org/qkb8>
- Walters, D. D., Phan, L. T. H. y Mathisen, R. (2019). The cost of not breastfeeding: global results from a new tool. *Health Policy and Planning*, 34(6), 407-417. <https://doi.org/gm5dhg>
- Wang, W., Huang, L., Zhang, X., Lin, L., Chen, X., Zhong, C., Chen, R., Wu, M., Yang, S., Tu, M., Cao, X., Tan, T., Zhu, W., Liu, J., Zhang, H., Yang, S., Li, N., Yang, X., Hao, L., ... Yang, N. (2023). Association of breastfeeding practices during the first 3 months with infant sleep trajectories: a prospective cohort study. *Journal of Nutrition*, 153(2), 562-568. <https://doi.org/qkb9>
- Whyte, I., Morelli, A., Burns, E. y Rowe, R. (2024). Postnatal care provided by UK midwifery units and the impact of the COVID-19 pandemic: A survey using the UK Midwifery Study System (UKMidSS). *Heliyon*, 10(9), artículo e29878. <https://doi.org/qkcc>
- Wieczorek, C. C., Marent, B., Dorner, T. E. y Dür, W. (2016). The struggle for inter-professional teamwork and collaboration in maternity care: Austrian health professionals' perspectives on the implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative. *BMC Health Services Research*, 16(1), artículo 91. <https://doi.org/f8d8m2>
- Wolde, F. B., Ali, J. H. y Mengistu, Y. G. (2021). Employed mothers' breastfeeding: exploring breastfeeding experience of employed mothers in different work environments in Ethiopia. *PLoS ONE*, 16, artículo e0259831. <https://doi.org/qkcb>
- Wu, X., Jackson, R. T., Khan, S. A., Ahuja, J. y Pehrsson, P. R. (2018). Human milk nutrient composition in the United States: Current knowledge, challenges, and research needs. *Current Developments in Nutrition*, 2(7), artículo nzy025. <https://doi.org/gh7ntt>

Yonemoto, N., Nagai, S. y Mori, R. (2021). Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(7). <https://doi.org/gp65kv>

Legislación española

Ley de 13 de marzo de 1900, fijando las condiciones del trabajo de las mujeres y de los niños, y Reglamento de 13 de noviembre de 1900 para su aplicación. Gaceta de Madrid. Reproducción facsimilar del Instituto de Reformas Sociales.

https://repositoriodocumental.mites.gob.es/jspui/bitstream/123456789/431/1/1_069617_1.pdf

Ley 3/1989, de 3 de marzo, por la que se amplía a dieciséis semanas el permiso por maternidad y se establecen medidas para favorecer la igualdad de trato de la mujer en el trabajo. *Boletín Oficial del Estado* núm. 57, de 8 de marzo de 1989.

Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. *Boletín Oficial del Estado* núm. 266, de 06 de noviembre de 1999.

Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación. *Boletín Oficial del Estado* núm. 167, de 13 de julio de 2022.

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. *Boletín Oficial del Estado* núm. 71, de 23 de marzo de 2007.

Ley Orgánica 2/2024, de 1 de agosto, de representación paritaria y presencia equilibrada de mujeres y hombres. *Boletín Oficial del Estado* núm. 186, de 2 de agosto de 2024.

Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, del Ministerio de Sanidad y Política Social, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). *Boletín Oficial del Estado* núm. 129, de 28 de mayo de 2009.

Real Decreto 72/1998, de 23 de enero, por el que se aprueba la Reglamentación técnico-sanitaria específica de los preparados para lactantes y preparados de continuación. *Boletín Oficial del Estado* núm. 30, de 4 de febrero de 1998.

Real Decreto 867/2008, de 23 de mayo, por el que se aprueba la reglamentación técnico-sanitaria específica de los preparados para lactantes y de los preparados de continuación. *Boletín Oficial del Estado* núm. 131, de 30 de mayo de 2008.

Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación. *Boletín Oficial del Estado* núm. 57, de 7 de marzo de 2019.

- Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. *Boletín Oficial del Estado* núm. 67, de 14 de marzo de 2020.
- Real Decreto 901/2020, de 13 de octubre, por el que se regulan los planes de igualdad y su registro y se modifica el Real Decreto 713/2010, de 28 de mayo, sobre registro y depósito de convenios y acuerdos colectivos de trabajo. *Boletín Oficial del Estado* núm. 272, de 14 de octubre de 2020.
- Real Decreto 902/2020, de 13 de octubre, de igualdad retributiva entre mujeres y hombres. *Boletín Oficial del Estado* núm. 272, de 14 de octubre de 2020.
- Real Decreto-ley 5/2023, de 28 de junio, por el que se adoptan y prorrogan determinadas medidas de respuesta a las consecuencias económicas y sociales de la Guerra de Ucrania, de apoyo a la reconstrucción de la isla de La Palma y a otras situaciones de vulnerabilidad; de transposición de Directivas de la Unión Europea en materia de modificaciones estructurales de sociedades mercantiles y conciliación de la vida familiar y la vida profesional de los progenitores y los cuidadores; y de ejecución y cumplimiento del Derecho de la Unión Europea. *Boletín Oficial del Estado* núm. 154, de 29 de junio de 2023.
- Real Decreto-ley 2/2024, de 21 de mayo, por el que se adoptan medidas urgentes para la simplificación y mejora del nivel asistencial de la protección por desempleo, y para completar la transposición de la Directiva (UE) 2019/1158 del Parlamento Europeo y del Consejo relativa a la conciliación de la vida familiar y la vida profesional de los progenitores y los cuidadores, y por la que se deroga la Directiva 2010/18/UE del Consejo. *Boletín Oficial del Estado* núm. 124, de 22 de mayo de 2024.
- Real Decreto-ley 9/2025, de 29 de julio, por el que se amplía el permiso de nacimiento y cuidado, mediante la modificación del texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, del texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público y de la Ley General de la Seguridad Social (Publicado en *Boletín Oficial del Estado* núm. 182, de 30 de julio de 2025).
- Resolución de 12 de septiembre de 2024, del Ministerio de Sanidad, por la que se publica el Convenio con la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia, para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna y la potenciación de la humanización de la asistencia al nacimiento. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 224, de 16 de septiembre de 2024.

Legislación europea

- Comisión Europea. (2015). Reglamento Delegado 2016/127/UE de la Comisión, de 25 de septiembre de 2015, que complementa el Reglamento (UE) 609/2013 del Parlamento Europeo y del Consejo en lo que respecta a los requisitos específicos de composición e información aplicables a los preparados para lactantes y preparados de continuación, así como a los requisitos de

información sobre los alimentos destinados a los lactantes y niños de corta edad. *DOUE L*, núm. 4, de 2 de febrero de 2016.

Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2005). Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales [consolidado 10 de julio de 2025]. *DOUE L*, núm. 255, de 30 de septiembre de 2005.

Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2019). Directiva 2019/1158/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de junio de 2019, relativa a la conciliación de la vida familiar y la vida profesional de los progenitores y los cuidadores, y por la que se deroga la Directiva 2010/18/UE del Consejo. *DOUE L*, núm. 188, de 12 de julio de 2019.

ANEXOS



ANEXO 1. GUION DE LA ENTREVISTA A LAS MATRONAS

1. Facilidades para que las mujeres den el pecho.

Según tu experiencia en consulta, ¿qué aspectos facilitadores verbalizan las mujeres para dar el pecho?

¿Tienen apoyo a nivel familiar? ¿Apoyo por parte de la pareja? ¿Facilidad en el trabajo para seguir lactando?

2. Barreras o impedimentos que tienen las mujeres para dar el pecho.

Según tu experiencia en consulta, ¿cuáles son las barreras que verbalizan las mujeres para dar el pecho?

¿Cuáles son los problemas más frecuentes con los que se encuentran las mujeres para dar el pecho durante los primeros días?

¿Cuáles son los problemas más frecuentes con los que se encuentran las mujeres para dar el pecho una vez que la lactancia está establecida?

¿En qué momento presentan más dificultades: al principio o en los meses posteriores?

¿Encuentran problemas para lactar tras comenzar a trabajar? ¿Qué hacen las mujeres para conciliar lactancia y trabajo?

¿Dónde expresan con mayor facilidad los problemas: en consulta o en los talleres de lactancia?

3. Percepciones sobre las causas del abandono de la lactancia.

Según tu experiencia, ¿qué factores consideras responsables del abandono de la lactancia materna durante los 6 primeros meses?

4. Percepciones sobre las causas de adherencia de la lactancia.

Según tu experiencia, ¿qué factores consideras responsables de la adherencia de la lactancia materna durante los 6 primeros meses?

5. Proposición de mejoras para favorecer y fomentar la adherencia de la lactancia materna.

Actualmente, ¿qué haces tú en consulta para fomentar la adherencia de la lactancia materna? Y, ¿qué podrías hacer y qué recursos necesitarías para mejorar tu atención en este sentido?

¿Qué medidas propondrías a nivel social para favorecer y fomentar la lactancia materna?

¿Qué medidas propondrías al sistema sanitario para favorecer y fomentar la adherencia de la lactancia materna?

ANEXO 2. SOFTWARE INFORMÁTICO OPENCODE 3.6

OpenCode 3.6. Herramienta informática desarrollada por el Departamento de Salud Pública de la Universidad de Umea (Suecia).

Este *software* permite codificar datos cualitativos generados a partir de entrevistas, pudiendo añadir información relativa a observaciones y notas de campo. Se caracteriza por ser de acceso gratuito y autoinstructivo debido a su fácil manejo. Dentro de sus funciones principales se encuentran:

- Importar textos desde otros programas (Word en este caso).
- Escribir memos.
- Búsqueda de palabras dentro del propio texto.
- Atribuir un código a una parte del texto y recuperar información por códigos y categorías.
- Impresión de los resultados.

Servicios de TIC y desarrollo de sistemas y División de Epidemiología y Salud Global; Código abierto 4.02; Universidad de Umeå: Umeå, Suecia, 2013

Disponible en: <https://www.umu.se/en/departament-of-epidemiology-and-global-health/research/open-code2/>

ANEXO 3. COREQ (CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH) CHECKLIST

COREQ (Consolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
Personal characteristics			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	
Gender	4	Was the researcher male or female?	
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	
Relationship with participants			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the inter viewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	
Domain 2: Study design			
Theoretical framework			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	
Participant selection			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	
Sample size	12	How many participants were in the study?	
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	
Setting			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	
Data collection			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	
Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

ANEXO 4. CUESTIONARIOS ELABORACIÓN PROPIA ESTUDIO CUANTITATIVO

Cuestionario inicial

Número de protocolo

Fecha

(Toda la información recogida en este formulario únicamente será tratada con fines estadísticos, garantizando la confidencialidad de los datos)

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad (años):

Estado civil:

☐ Madre soltera, sin pareja

☐ Soltera pero pareja estable

☐ Casada

☐ Separada o divorciada

☐ Viuda

Nivel de formación:

☐ Sin estudios

☐ Estudios primarios, ESO

☐ Bachillerato

☐ Titulación grado medio FP

☐ Titulación grado superior.

☐ Titulación universitaria

País de origen:

☐ España

☐ Otros países de Europa

☐ Latinoamérica

☐ Marruecos

☐ Otro: ...

Vive actualmente en Tenerife:

☐ Si

☐ No

Indique años:

Nacionalidad

☐ España

☐ Otra: ...

En qué municipio vive:

☐ Adeje

☐ San Isidro

☐ Otro: ...

Situación laboral:

☐ Trabajo fijo

☐ Trabajo temporal, eventual

☐ En paro

☐ Ama de casa

☐ Autónoma

Situación legal en España (sólo si extranjeras)

☐ Sin documentación legal

☐ Con documentación legal

☐ En trámite o renovación

Ingresos unidad familiar

☐ más de 1000€

☐ 1000-2000€

☐ 2000-3000€

☐ más de 3000€

Baja maternal:

☐ Si

☐ No

ASPECTOS DE SALUD

Tiene alguna enfermedad crónica:

☐ **Si**

☐ **No**

Ha sido diagnosticada de alguna enfermedad importante en los últimos 5 años

☐ **Si** → Especificar:

☐ **No**

Consume habitualmente algún fármaco:

☐ **Si** → Especificar:

☐ **No**

Peso 1ª visita:Talla 1ª visita:.....IMC 1º visita:

Consumo de tabaco antes de la gestación:

☐ **Nunca ha fumado**

☐ **Exfumadora** → Tiempo sin fumar:.....meses oaños

☐ **Fumadora** → Número de cig/día:

Si fumadora, consumo de tabaco durante la gestación:

☐ **Si** → Número cig/día:

☐ **No**

Consumo de alcohol durante la gestación:

☐ **Si** → Tipo de consumo:

☐ **No** ☐ Diario.....(nº vasos de vino, cerveza.....al mes)

☐ Esporádico:

DATOS OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICOS

AP de problemas ginecológicos:

PARIDAD (número): Gestaciones:.....Abortos:.....Partos:-----

Cuestionario

Estancia hospitalaria

Número de protocolo

Fecha

(Toda la información recogida en este formulario únicamente será tratada con fines estadísticos, garantizando la confidencialidad de los datos)

DATOS NACIMIENTO ACTUAL

Edad gestacional en el momento del parto (en semanas):

Tipo de parto:

- ☐ Normal/eutócico
- ☐ Instrumental 
- ☐ Cesárea por:.....
- ☐ Fórceps
- ☐ Ventosa
- ☐ Espátulas

Inicio del parto:

- ☐ Espontáneo
- ☐ Inducido 
- ☐ Cesárea programada
- ☐ RPM
- ☐ GCP
- ☐ SPBF
- ☐ Otro:

Uso de anestesia epidural/raquídea:

- ☐ Si
- ☐ No

Lugar de parto:

- ☐ Hospital público
- ☐ Hospiten
- ☐ Domicilio

Peso del bebé al nacer (g):

Sexo del bebé:varón /..... mujer

El bebé ha sido ingresado en la unidad Neonatal:

- ☐ Si
- ☐ No

Realización de contacto piel con piel:

- ☐ Si 
- ☐ No
- ☐ Madre
- ☐ Padre
- ☐ Otro

DATOS LACTANCIA HOSPITAL

Tipo de lactancia durante estancia hospitalaria

- ☐ **LME**
☐ **Lactancia mixta**
☐ **Lactancia artificial**

Tenía tomada la decisión de lactar previo al parto:

- ☐ **Sí, estaba segura.**
☐ **No, no lo tenía claro.**
☐ **Tenía claro que No deseaba lactar.**

Recibió ayuda para la lactancia:

- ☐ **Sí**  **Por parte de:** ☐ Servicio de paritorio
☐ **Escaso** ☐ Planta de maternidad
☐ **No**

Uso de chupetes durante la estancia hospitalaria (frecuencia):

- ☐ **Constantemente.**
☐ **A veces.**
☐ **Nunca**

Uso de pezoneras durante la estancia hospitalaria (frecuencia):

- ☐ **Constantemente.**
☐ **A veces.**
☐ **Nunca**

Uso de biberón durante la estancia hospitalaria (frecuencia):

- ☐ **Constantemente.**
☐ **A veces.**
☐ **Nunca**

Cuestionario de seguimiento a los 15 días

Número de protocolo

Fecha

(Toda la información recogida en este formulario únicamente será tratada con fines estadísticos, garantizando la confidencialidad de los datos)

DATOS NACIMIENTO ACTUAL

Edad gestacional en el momento del parto (en semanas):
Ganancia de peso durante el embarazo(kilos).....
Peso posparto..... IMC posparto:.....

Tipo de parto:

- ☐ Normal/eutócico
- ☐ Instrumental → ☐ Fórceps
- ☐ Cesárea por:..... ☐ Ventosa
- ☐ Espátulas

Inicio del parto:

- ☐ Espontáneo
- ☐ Inducido → ☐ RPM
- ☐ Cesárea programada ☐ GCP
- ☐ Otro: ☐ SPBF

Uso de anestesia epidural/raquídea:

- ☐ Si
- ☐ No

Lugar de parto:

- ☐ Hospital público
- ☐ Hospiten
- ☐ Domicilio

Peso del bebé al nacer (g):
Sexo del bebé:varón /..... mujer

El bebé ha sido ingresado en la unidad Neonatal:

- ☐ Si
- ☐ No

Realización de contacto piel con piel:

- ☐ Si → ☐ Madre
- ☐ No ☐ Padre
- ☐ Otro

DATOS SEGUIMIENTO DE EMBARAZO

Si fumadora pregestacional o durante el embarazo, hábito tabáquico actual tras parto:

- ☐ **Sigo fumando tras el parto/cesárea. N° cig/día.....**
☐ **Exfumadora durante el embarazo, pero he vuelto a fumar tras parto/cesárea: n°cig/día.....**
☐ **Exfumadora durante el embarazo y parto/cesárea.**

Asistencia a las citas de seguimiento de embarazo

- ☐ **Sí, a todas.**
☐ **Seguimiento incompleto.**
☐ **No, a ninguna.**

Asistencia a clases de Educación Maternal/Paternal:

- ☐ **Completa, acude a todas.**
☐ **Incompleta, ha faltado alguna de las clases.**
☐ **Nunca ha acudido**

Asistencia a clase de lactancia materna:

- ☐ **Si**
☐ **No**

Actualmente, le da el pecho a su hijo/a:

- ☐ **Si**
☐ **Lo he intentado, pero he decidido no dar el pecho.**
☐ **No, causa:.....**

Tenía tomada la decisión de lactar previo al parto:

- ☐ **Sí, estaba segura.**
☐ **No, no lo tenía claro.**
☐ **Tenía claro que No deseaba lactar.**

Si tiene más hijos/as, le dio el pecho a su/sus hijo/a/s:

- ☐ **Si**  **Tiempo en meses:**
☐ **No**

Conoce los beneficios de la lactancia materna para el bebé:

- ☐ **Si**
☐ **No**

Conoce los beneficios de la lactancia materna para la madre:

- ☐ **Si**
☐ **No**

Conoce las diferencias entre lactancia materna y la leche de fórmula:

- ☐ **Si**
☐ **No**

Lo que sabe de lactancia materna, la/las fuentes de información son:

- | | |
|--|--|
| ☐ Familia | ☐ Libros |
| ☐ Amigos | ☐ Profesionales sanitarios |
| ☐ Internet | |

Durante cuánto tiempo está el bebé en el pecho cuando come:

- ☐ El tiempo que necesite, no utilizo reloj.
- ☐ 10 minutos en cada pecho.
- ☐ 30 minutos en cada pecho.
- ☐ Otro:

Tiene dolor en el pecho

- ☐ Sí  Intensidad del 0-10
- ☐ No

Problemas asociados a la lactancia materna (puede marcar más de una casilla):

- ☐ No he tenido problemas.
- ☐ Problemas físicos en el pecho: dolor, grietas, ingurgitación, mastitis.
- ☐ Bebé no coge suficiente peso.
- ☐ Sensación de no tener suficiente leche.
- ☐ Falta de apoyo, información.
- ☐ Vergüenza para lactar en público.
- ☐ Otro:

En caso de abandono, identificar las causas (puede marcar más de una casilla):

- ☐ Problemas físicos en el pecho: dolor, grietas, ingurgitación, mastitis.
- ☐ Bebé no coge suficiente peso.
- ☐ Sensación de no tener suficiente leche.
- ☐ Falta de apoyo, información
- ☐ Enfermedad o ingreso del bebé.
- ☐ Enfermedad o ingreso o tratamiento materno.
- ☐ Otro:

Final:

Se finaliza seguimiento por abandono de lactancia: Sí / No

ASPECTOS PSICOEMOCIONALES

Dónde duerme el bebé:

- ☐ Junto a los padres, en la misma cama.
☐ En la cuna, en la habitación de los padres.
☐ En la cuna situada en otra habitación.

Qué utiliza para llevar al bebé normalmente:

- ☐ Cochecito, masicosi, similar.
☐ Fular, bandolera, mochila, similar.
☐ Otro: ...

Se pregunta si es buena madre:

- ☐ Mucho.
☐ Poco.
☐ Nada

Dónde duerme el bebé:

- ☐ Mucho.
☐ Poco.
☐ Nada

Le preocupan los cambios que ha sufrido su cuerpo tras el embarazo y el parto/cesárea?

- ☐ Mucho.
☐ Poco.
☐ Nada

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS).

Taken from the British Journal of Psychiatry June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas:

- ☐ Tanto como siempre
☐ No tanto ahora
☐ Mucho menos e podido
☐ No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer:

- ☐ Tanto como siempre
☐ Algo menos de lo que solía hacer
☐ Definitivamente menos
☐ No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien:

- ☐ Sí, la mayoría de las veces
☐ Sí, algunas veces
☐ No muy a menudo
☐ No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

- ☐ No, para nada
☐ Casi nada
☐ Sí, a veces
☐ Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:

- ☐ **Sí, bastante**
- ☐ **Sí, a veces**
- ☐ **No, no mucho**
- ☐ **No, nada**

6. Las cosas me oprimen o agobian:

- ☐ **Sí, la mayor parte de las veces**
- ☐ **Sí, a veces**
- ☐ **No, casi nunca**
- ☐ **No, nada**

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir:

- ☐ **Sí, la mayoría de las veces**
- ☐ **Sí, a veces**
- ☐ **No muy a menudo**
- ☐ **No, nada**

8. Me he sentido triste y desgraciada:

- ☐ **Sí, casi siempre**
- ☐ **Sí, bastante a menudo**
- ☐ **No muy a menudo**
- ☐ **No, nada**

9. He sido tan infeliz que he estado llorando:

- ☐ **Sí, casi siempre**
- ☐ **Sí, bastante a menudo**
- ☐ **Sólo en ocasiones**
- ☐ **No, nunca**

10. He pensado en hacerme daño a mí misma:

- ☐ **Sí, bastante a menudo**
- ☐ **A veces**
- ☐ **Casi nunca**
- ☐ **No, nunca**

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LA LACTANCIA MATERNA

Escala LATCH

LATCH (Jensen, Wallace y Kelsay, 1994): adaptación al castellano

	0	1	2
L. LATCH COGER	DEMASIADO DORMIDO, NO COGE EL PECHO	REPETIDOS INTENTOS DE COGERSE. MANTIENE PEZÓN EN LA BOCA, LLEGA A SUCCIONAR	AGARRA AL PECHO LENGUA DEBAJO LABIOS QUE AJUSTAN SUCCIÓN RÍTMICA
A AUDIBLE SWALLOWING DEGLUCIÓN AUDIBLE	NINGUNA	UN POCO SI SE LE ESTIMULA	ESPONTÁNEO E INTERMITENTE SI MENOR A 24H DE VIDA ESPONTÁNEO Y FRECUENTE SI MÁS DE 24H DE VIDA
T. TYPE OF NIPPLE TIPO DE PEZÓN	INVERTIDOS	PLANOS	EVERTIDOS TRAS LA ESTIMULACIÓN
C. COMFORT COMODIDAD, CONFORT (PECHO, PEZÓN)	INGURGITADAS GRIETAS CON SANGRADO, AMPOLLAS O MAGULLADURAS IMPORTANTES DISCONFORT, DOLOR SEVERO	MAMAS LLENAS (CARGADAS) PEZÓN ENROJECIDO, PEQUEÑAS AMPOLLAS O ROZADURASDISCONF ORM, DOLOR MEDIO O MODERADO	MAMAS BLANDAS NO DOLOR
H. HOLD (POSITIONING) MANTENER COLOCADO AL PECHO	AYUDA TOTAL (EL PERSONAL MANTIENE AL NIÑO COLOCADO AL PECHO)	MINIMA AYUDA (COLOCAR UNA ALMOHADA) SI SE LE ENSEÑA DE UN LADO, LA MADRE LO COLOCA DEL OTRO) EL PERSONAL LO COLOCA Y LUEGO LA MADRE SIGUE	NO ES NECESARIO AYUDA DEL PERSONAL LA MADRE ES CAPAZ DE MANTENER AL NIÑO COLOCADO AL PECHO.

Cuestionario seguimiento al mes

Número de protocolo

Fecha

(Toda la información recogida en este formulario únicamente será tratada con fines estadísticos, garantizando la confidencialidad de los datos)

Tipo de lactancia actualmente:

- ☐ LME
- ☐ Lactancia mixta
- ☐ Lactancia artificial

En caso de abandono, identificar las causas (puede marcar más de una casilla):

- ☐ Problemas físicos en el pecho: dolor, grietas, ingurgitación, mastitis.
- ☐ Bebé no coge suficiente peso.
- ☐ Sensación de no tener suficiente leche.
- ☐ Falta de apoyo, información
- ☐ Enfermedad o ingreso del bebé.
- ☐ Enfermedad o ingreso o tratamiento materno.
- ☐ Otro:

Problemas asociado a la lactancia materna (puede marcar más de una casilla):

- ☐ No he tenido problemas.
- ☐ Problemas físicos en el pecho: dolor, grietas, ingurgitación, mastitis.
- ☐ Bebé no coge suficiente peso.
- ☐ Sensación de no tener suficiente leche.
- ☐ Falta de apoyo, información.
- ☐ Vergüenza para lactar en público.
- ☐ Otro:

Tiene dolor en el pecho

- ☐ Sí  Intensidad del 0-10
- ☐ No

Cada cuánto da el pecho a su bebé:

Durante cuánto tiempo está el bebé en el pecho cuando come:

- | | |
|---|--|
| ☐ A demanda, cada vez que lo pide. | ☐ El tiempo que necesite, no utilizo reloj. |
| ☐ Sigo un estricto horario, cada 3 hora. | ☐ 10 minutos en cada pecho. |
| ☐ Otro: | ☐ 30 minutos en cada pecho. |
| | ☐ Otro: |

Uso de chupetes durante este mes (frecuencia):

- ☐ **Constantemente.**
☐ **A veces.**
☐ **Nunca**

Uso de pezonera durante este mes (frecuencia):

- ☐ **Constantemente.**
☐ **A veces.**
☐ **Nunca**

Uso de biberón durante este mes (frecuencia):

- ☐ **Constantemente.**
☐ **A veces.**
☐ **Nunca**

Consumo de tabaco tras el parto:

- ☐ **si**
☐ **No**

Tipo de consumo

- ☐ **Diario**
☐ **Esporádico**

Satisfacción materna sobre su lactancia:

- ☐ **Muy satisfecha.**
☐ **Satisfecha**
☐ **Poco satisfecha.**
☐ **No satisfecha.**

Final:

Se finaliza seguimiento por abandono de lactancia: Sí / No

ASPECTOS PSICOEMOCIONALES

Dónde duerme el bebé:

- ☐ **Junto a los padres, en la misma cama.**
☐ **En la cuna, en la habitación de los padres.**
☐ **En la cuna situada en otra habitación.**

Qué utiliza para llevar al bebé normalmente:

- ☐ **Cochecito, masicosi, similar.**
☐ **Fular, bandolera, mochila, similar.**
☐ **Otro: ...**

Se pregunta si es buena madre:

- ☐ **Mucho.**
☐ **Poco.**
☐ **Nada**

Siente ansiedad o miedo por sus nuevas responsabilidades:

- ☐ **Mucho.**
☐ **Poco.**
☐ **Nada**

Le preocupan los cambios que ha sufrido su cuerpo tras el embarazo y el parto/cesárea?

- ☐ **Mucho.**
☐ **Poco.**
☐ **Nada**

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS).

Taken from the British Journal of Psychiatry June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas:

- ☐ Tanto como siempre
- ☐ No tanto ahora
- ☐ Mucho menos e podido
- ☐ No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer:

- ☐ Tanto como siempre
- ☐ Algo menos de lo que solía hacer
- ☐ Definitivamente menos
- ☐ No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien:

- ☐ Sí, la mayoría de las veces
- ☐ Sí, algunas veces
- ☐ No muy a menudo
- ☐ No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

- ☐ No, para nada
- ☐ Casi nada
- ☐ Sí, a veces
- ☐ Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:

- ☐ Sí, bastante
- ☐ Sí, a veces
- ☐ No, no mucho
- ☐ No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian:

- ☐ Sí, la mayor parte de las veces
- ☐ Sí, a veces
- ☐ No, casi nunca
- ☐ No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir:

- ☐ Sí, la mayoría de las veces
- ☐ Sí, a veces
- ☐ No muy a menudo
- ☐ No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada:

- ☐ **Sí, casi siempre**
- ☐ **Sí, bastante a menudo**
- ☐ **No muy a menudo**
- ☐ **No, nada**

9. He sido tan infeliz que he estado llorando:

- ☐ **Sí, casi siempre**
- ☐ **Sí, bastante a menudo**
- ☐ **Sólo en ocasiones**
- ☐ **No, nunca**

10. He pensado en hacerme daño a mí misma:

- ☐ **Sí, bastante a menudo**
- ☐ **A veces**
- ☐ **Casi nunca**
- ☐ **No, nunca**

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LA LACTANCIA MATERNA

Escala LATCH

LATCH (Jensen, Wallace y Kelsay, 1994): adaptación al castellano

	0	1	2
L. LATCH COGER	DEMASIADO DORMIDO, NO COGE EL PECHO	REPETIDOS INTENTOS DE COGERSE. MANTIENE PEZÓN EN LA BOCA, LLEGA A SUCCIONAR	AGARRA AL PECHO LENGUA DEBAJO LABIOS QUE AJUSTAN SUCCIÓN RÍTMICA
A AUDIBLE SWALLOWING DEGLUCIÓN AUDIBLE	NINGUNA	UN POCO SI SE LE ESTIMULA	ESPONTÁNEO E INTERMITENTE SI MENOR A 24H DE VIDA ESPONTÁNEO Y FRECUENTE SI MÁS DE 24H DE VIDA
T. TYPE OF NIPPLE TIPO DE PEZÓN	INVERTIDOS	PLANOS	EVERTIDOS TRAS LA ESTIMULACIÓN
C. COMFORT COMODIDAD, CONFORT (PECHO, PEZÓN)	INGURGITADAS GRIETAS CON SANGRADO, AMPOLLAS O MAGULLADURAS IMPORTANTES DISCONFORT, DOLOR SEVERO	MAMAS LLENAS (CARGADAS) PEZÓN ENROJECIDO, PEQUEÑAS AMPOLLAS O ROZADURASDISCONF ORM, DOLOR MEDIO O MODERADO	MAMAS BLANDAS NO DOLOR
H. HOLD (POSITIONING) MANTENER COLOCADO AL PECHO	AYUDA TOTAL (EL PERSONAL MANTIENE AL NIÑO COLOCADO AL PECHO)	MINIMA AYUDA (COLOCAR UNA ALMOHADA) SI SE LE ENSEÑA DE UN LADO, LA MADRE LO COLOCA DEL OTRO) EL PERSONAL LO COLOCA Y LUEGO LA MADRE SIGUE	NO ES NECESARIO AYUDA DEL PERSONAL LA MADRE ES CAPAZ DE MANTENER AL NIÑO COLOCADO AL PECHO.

Cuestionario seguimiento a los 4 meses

Número de protocolo

Fecha

(Toda la información recogida en este formulario únicamente será tratada con fines estadísticos, garantizando la confidencialidad de los datos)

Tipo de lactancia actualmente:

- ☐ LME
- ☐ Lactancia mixta
- ☐ Lactancia artificial

En caso de abandono, identificar las causas (puede marcar más de una casilla):

- ☐ Problemas físicos en el pecho: dolor, grietas, ingurgitación, mastitis.
- ☐ Bebé no coge suficiente peso.
- ☐ Sensación de no tener suficiente leche.
- ☐ Falta de apoyo, información
- ☐ Enfermedad o ingreso del bebé o la mamá.
- ☐ Vuelta al trabajo.
- ☐ Nuevo embarazo.
- ☐ Otro:

Problemas asociado a la lactancia materna (puede marcar más de una casilla):

- ☐ No he tenido problemas.
- ☐ Problemas físicos en el pecho: dolor, grietas, ingurgitación, mastitis.
- ☐ Bebé no coge suficiente peso.
- ☐ Sensación de no tener suficiente leche.
- ☐ Falta de apoyo, información.
- ☐ Vergüenza para lactar en público.
- ☐ Otro:

Tiene dolor en el pecho

- ☐ Sí → Intensidad del 0-10
- ☐ No

Satisfacción materna sobre su lactancia:

- ☐ Muy satisfecha.
- ☐ Satisfecha
- ☐ Poco satisfecha.
- ☐ No satisfecha.

Vuelta al trabajo:

- ☐ **si**
☐ **No**
☐ **otro:**

Si ha vuelto al trabajo, ¿quién cuida al bebé en su ausencia?

- ☐ **Pareja: madre/padre**
☐ **Abuelo/a**
☐ **Otro:**

En caso de haber vuelto al trabajo:

- ☐ **Reducción de jornada**
☐ **Jornada completa.**

En caso de haber vuelto al trabajo, ¿sigue con lactancia materna exclusiva?:

- ☐ **Sí**
☐ **No**

Si está trabajando y sigue con LME, ¿cómo lo hace

- ☐ **Extracción manual durante el trabajo.**
☐ **Extracción con saca-leches durante el trabajo.**
☐ **Sólo le das las tomas cuando llegas a casa, sin extraer durante el trabajo.**

Si se extrae la leche, ¿cómo toma el bebé la leche extraída?

- ☐ **Bibéron.**
☐ **Vasito, cuchara, jeringuilla.**

Si está trabajando y sigue con lactancia materna exclusiva, ¿se siente apoyada dentro del trabajo para mantener la lactancia materna?

- ☐ **Sí**
☐ **No** → **Por parte de quién:**

Uso de chupetes durante este momento (frecuencia):

- ☐ **Constantemente.**
☐ **A veces.**
☐ **Nunca**

Dónde duerme el bebé:

- ☐ **Junto a los padres, en la misma cama.**
☐ **En la cuna, en la habitación de los padres.**
☐ **En la cuna situada en otra habitación.**

Qué utiliza para llevar al bebé normalmente:

- ☐ **Cochecito, masicosi, similar.**
☐ **Fular, bandolera, mochila, similar.**
☐ **Otro: ...**

Consumo de tabaco tras el parto:

- ☐ **si**
☐ **No**

Tipo de consumo

- ☐ **Diario**
☐ **Esporádico**

Ha iniciado la alimentación complementaria:

- ☐ **si**
☐ **No**

Final:

Se finaliza seguimiento por abandono de lactancia: Sí / No

Cuestionario seguimiento a los 6 meses

Número de protocolo

Fecha

(Toda la información recogida en este formulario únicamente será tratada con fines estadísticos, garantizando la confidencialidad de los datos)

Tipo de lactancia actualmente:

- ☐ LME
- ☐ Lactancia mixta
- ☐ Lactancia artificial

En caso de abandono, identificar las causas (puede marcar más de una casilla):

- ☐ Problemas físicos en el pecho: dolor, grietas, ingurgitación, mastitis.
- ☐ Bebé no coge suficiente peso.
- ☐ Sensación de no tener suficiente leche.
- ☐ Falta de apoyo, información
- ☐ Enfermedad o ingreso del bebé o la mamá.
- ☐ Vuelta al trabajo.
- ☐ Nuevo embarazo.
- ☐ Otro:

Problemas asociado a la lactancia materna (puede marcar más de una casilla):

- ☐ No he tenido problemas.
- ☐ Problemas físicos en el pecho: dolor, grietas, ingurgitación, mastitis.
- ☐ Bebé no coge suficiente peso.
- ☐ Sensación de no tener suficiente leche.
- ☐ Falta de apoyo, información.
- ☐ Vergüenza para lactar en público.
- ☐ Otro:

Tiene dolor en el pecho

- ☐ Sí  Intensidad del 0-10
- ☐ No

Satisfacción materna sobre su lactancia:

- ☐ Muy satisfecha.
- ☐ Satisfecha
- ☐ Poco satisfecha.
- ☐ No satisfecha.

Vuelta al trabajo:

- ☐ **si**
☐ **No**
☐ **otro:**

Si ha vuelto al trabajo, ¿quién cuida al bebé en su ausencia?

- ☐ **Pareja: madre/padre**
☐ **Abuelo/a**
☐ **Otro:**

En caso de haber vuelto al trabajo:

- ☐ **Reducción de jornada**
☐ **Jornada completa.**

En caso de haber vuelto al trabajo, ¿sigue con lactancia materna exclusiva?:

- ☐ **Sí**
☐ **No**

Si está trabajando y sigue con LME, ¿cómo lo hace

- ☐ **Extracción manual durante el trabajo.**
☐ **Extracción con saca-leches durante el trabajo.**
☐ **Sólo le das las tomas cuando llegas a casa, sin extraer durante el trabajo.**

Si se extrae la leche, ¿cómo toma el bebé la leche extraída?

- ☐ **Bibéron.**
☐ **Vasito, cuchara, jeringuilla.**

Si está trabajando y sigue con lactancia materna exclusiva, ¿se siente apoyada dentro del trabajo para mantener la lactancia materna?

- ☐ **Sí**
☐ **No** → **Por parte de quién:**

Ha iniciado la alimentación complementaria:

- ☐ **si**
☐ **No**

Uso de chupetes durante este momento (frecuencia):

- ☐ **Constantemente.**
☐ **A veces.**
☐ **Nunca**

Dónde duerme el bebé:

- ☐ **Junto a los padres, en la misma cama.**
☐ **En la cuna, en la habitación de los padres.**
☐ **En la cuna situada en otra habitación.**

Qué utiliza para llevar al bebé normalmente:

- ☐ **Cochecito, masicosi, similar.**
☐ **Fular, bandolera, mochila, similar.**
☐ **Otro: ...**

Consumo de tabaco tras el parto:

- ☐ **si**
☐ **No**

Tipo de consumo

- ☐ **Diario**
☐ **Esporádico**

ANEXO 5. STROBE STATEMENT—CHECKLIST OF ITEMS THAT SHOULD BE INCLUDED IN REPORTS OF OBSERVATIONAL STUDIES

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *observational studies*

	Item No	Recommendation	Page No
Title and abstract	1	(a) Indicate the study’s design with a commonly used term in the title or the abstract	Title page
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	1
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	2,3
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	3
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	3
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	3,4
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants	4
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	5,6
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	5,6,7
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	8
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	8,9
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	4
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	7,8
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	7-8
		(c) Explain how missing data were addressed	7-8
		(d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy	7-8
		(e) Describe any sensitivity analyses	7-8
Results			
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed	8
		(b) Give reasons for non-participation at each stage	8
		(c) Consider use of a flow diagram	9
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	9-11
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	8
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures	8-17

Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included	14-17
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized	14-17
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	14-17
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	14-17
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	18
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	23-24
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	18-23
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	18-23
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	26

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

ANEXO 6. COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

CEI-90- 1679



COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

El Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid, en su reunión del día 25 de junio de 2018, ha considerado las circunstancias que concurren en el proyecto de Plan de Investigación de Tesis "Factores relacionados con la adherencia o abandono de la lactancia materna entre las mujeres de Tenerife (Islas Canarias)", que tiene como Directora a la Dra. **María Rosario López Giménez**, como Co-Directora a la Dra. **Laura Otero García**, y como doctorando a D. ^a **Seila Llorente Pulido**.

A la vista de la documentación presentada este Comité ha considerado informar favorablemente el proyecto de investigación, ya que cumple los requisitos éticos requeridos para su ejecución.

Madrid, 13 de julio de 2018

A blue ink signature, appearing to be 'Isabel Martínez Cabañas', is written over a circular stamp.

Isabel Martínez Cabañas

Secretaria CEI-UAM



José Manuel González Sancho

Presidente CEI-UAM

ANEXO 7. COMITÉ CIENTÍFICO DE LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE TENERIFE (CANARIAS)



Servicio
Canario de la Salud



REGISTRO AUXILIAR

Fecha: 26.06.2018

SALIDA

Número: 319405

SCS: 68288 Hora:



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

C.S. Guía Isora
A/A Seila Llorente Pulido

N/Ref.:JMAF/ megv
ASUNTO: Comunicación

Santa Cruz de Tenerife a 26 de junio de 2018

La presente es para comunicarle , que el estudio titulado "***Factores relacionados con la adherencia o abandono de la lactancia materna entre las mujeres de Tenerife (Islas Canarias)***" , tras haber sido evaluado por parte de los técnicos responsables del área de investigación de esta Gerencia, ha sido considerado pertinente y de interés. En consecuencia la Gerencia es conforme con que Seila Llorente Pulido matrona vinculada a esta Gerencia, puede desarrollar su trabajo de Tesis, sin embargo, su autorización queda supeditada al dictamen favorable del CEI correspondiente.

Adjuntamos valoración de los técnicos responsables.

Atte.,

José Miguel de Armas Felipe
Director Enfermería





Santa Cruz de Tenerife a 12 de Junio de 2018

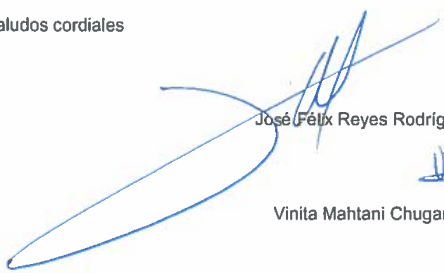
A/A Directora Médica de la Gerencia Atención Primaria
Dña. Elena Pérez Cánovas
Director de Enfermería de la Gerencia Atención Primaria
Don José de Armas Felipe

En relación a su solicitud de evaluación para la autorización del estudio "**Factores relacionados con la adherencia o abandono de la lactancia materna entre las mujeres de Tenerife (Islas Canarias)**", liderado por la Investigadora Principal: Seila Llorente Pulido, matrona vinculada a esta gerencia, en el ámbito de su trabajo de Tesis en la Universidad Autónoma de Madrid

De acuerdo con la información remitida y después de revisar la solicitud de autorización y protocolo del estudio, consideramos que se trata de un estudio pertinente y de interés. En consecuencia manifestamos la conformidad para que este trabajo pueda desarrollarse en los términos reflejados en el plan de investigación presentado, sin embargo, la autorización por la gerencia debe quedar supeditada a la posterior presentación del dictamen favorable del CEI correspondiente, y en todo caso los investigadores se comprometen a actuar conforme a la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre sobre de Protección de datos de Carácter personal, la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y la Orden SSI/81/2017 de 19 de enero, por la que se publica el acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del SNS, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud.

Así mismo, deben comprometerse a citar a la GAP de Tenerife como marco institucional donde se autoriza, contextualiza la investigación

Saludos cordiales


José Félix Reyes Rodríguez


Vinita Mahtani Chugani

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA
ÁREA DE SALUD DE TENERIFE

C/ Carmen Monteverde, 45
38003 – Sta. Cruz de Tfe

ANEXO 8. HOJA INFORMATIVA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ESTUDIO CUALITATIVO

HOJA DE INFORMACIÓN PARA LAS PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN

Título de la investigación: «Factores relacionados con la adherencia o abandono de la lactancia materna entre las mujeres de Tenerife (Canarias)»

Datos de las investigadoras responsables:

María Rosario López Giménez. Profesora del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública y Microbiología. Facultad de Medicina de la UAM. *email:* mrosario.lopez@uam.es

Laura Otero García. Profesora ayudante doctora de la Sección Departamental de Enfermería. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina de la UAM. *email:* laura.otero@uam.es

Datos de la doctoranda:

Seila Llorente Pulido. Matrona de Atención Primaria de Tenerife (zona sur)

Contacto: teléfono: 675313890, o correo electrónico: seila.llorente@hotmail.com

Datos de la investigación:

El objetivo del presente trabajo es identificar los factores relacionados con la adherencia o el abandono de la lactancia materna entre las mujeres que residen en Tenerife (Canarias) durante los primeros 6 meses. Esta investigación forma parte de la tesis doctoral de Dña. Seila Llorente Pulido inscrita en el Programa de Doctorado en Epidemiología y Salud Pública de la UAM.

En el estudio participarán de forma voluntaria matronas de Atención Primaria de Tenerife (Canarias). Se realizará un muestreo previo, para recoger información sobre todas las matronas y sus centros de trabajo, para hacer una selección en base a perfiles. Se solicitará su participación en el estudio a través de contacto telefónico en su centro de trabajo. Para la recogida de datos se realizarán entrevistas individuales, las cuales, en función de la disponibilidad, se harán de forma presencial o telefónica. Se realizará un registro de dichas entrevistas a través de una grabación previo consentimiento por parte de las participantes, aunque también se recurrirá a la toma de notas durante la misma, siempre garantizando el anonimato y la confidencialidad de sus comentarios. La duración estimada de las entrevistas será de una hora, aunque será variable en función de cómo se vaya desarrollando la misma.

Gracias a su colaboración pretendemos conocer con mayor precisión la situación de la lactancia materna en Tenerife y cuáles son los motivos por los cuales se abandona, con el objetivo de implementar mejoras. Su participación es completamente voluntaria. Puede dejar de contestar en cualquier momento y puede rechazar responder a cualquiera de las preguntas si así lo desea, sin necesidad de dar ninguna explicación.

Las personas participantes en el estudio nos comprometemos a guardar la más estricta confidencialidad. Los resultados del estudio serán comunicados a la comunidad científica siempre guardando el anonimato y la confidencialidad. También debe saber que tiene derecho al acceso, cancelación, modificación u oposición de los datos personales comunicándoselo a la investigadora.

Si tiene alguna duda o pregunta sobre sus derechos como participante, o en referencia al estudio en general, puede contactar con la investigadora responsable o la doctoranda a través de *email* o teléfono.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: «Factores relacionados con la adherencia o abandono de la lactancia materna entre las mujeres de Tenerife (Canarias)»

Investigadoras responsables: María Rosario López Giménez y Laura Otero García

Doctoranda: Seila Llorente Pulido

Yo (nombre y apellidos)

.....
.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con:

.....
.....

(Nombre y apellidos de la investigadora)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

Cuando quiera.

Sin tener que dar explicaciones.

Sin que esto repercuta en mis cuidados.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

FIRMA DEL/LA PARTICIPANTE: FIRMA DE LA
DOCTORANDA:

FECHA: FECHA:

ANEXO 9. HOJA INFORMATIVA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ESTUDIO CUANTITATIVO

HOJA DE INFORMACIÓN PARA LAS PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN

Título de la investigación: «Factores relacionados con la adherencia o abandono de la lactancia materna entre las mujeres de Tenerife (Canarias)»

Datos de las investigadoras responsables:

María Rosario López Giménez. Profesora del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública y Microbiología. Facultad de Medicina de la UAM. *email:* mrosario.lopez@uam.es

Laura Otero García. Profesora ayudante doctora de la Sección Departamental de Enfermería. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina de la UAM. *email:* laura.otero@uam.es

Datos de la doctoranda:

Seila Llorente Pulido. Matrona de Atención Primaria de Tenerife (zona sur)

Contacto: teléfono: 675313890, o correo electrónico: seila.llorente@hotmail.com

Datos de la investigación:

El objetivo del presente trabajo es identificar los factores relacionados con la adherencia o el abandono de la lactancia materna entre las mujeres que residen en Tenerife (Canarias) durante los primeros 6 meses. Esta investigación forma parte de la tesis doctoral de Dña. Seila Llorente Pulido inscrita en el Programa de Doctorado en Epidemiología y Salud Pública de la UAM.

En el estudio participarán de forma voluntaria mujeres embarazadas que acudan a su primera visita de embarazo a la consulta de la matrona en el Centro de Salud de San Isidro en el primer trimestre y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión. La solicitud para participar en el estudio se propondrá en dicha consulta. El estudio permite un seguimiento durante el embarazo y posparto. Se realizará una encuesta inicial a los 15 días de dar a luz recogiendo datos de su vivencia del embarazo y del posparto (aspectos de salud y de la relación con su bebé). Después se realizará un seguimiento telefónico tras el primer mes, a los 4 meses y a los 6 meses. La duración de la llamada no superará los 20 minutos.

Gracias a su colaboración pretendemos conocer con mayor precisión la situación de la lactancia materna en Tenerife y cuáles son los motivos por los cuales se abandona, con el objetivo de implementar mejoras. Su participación es completamente

voluntaria. Puede dejar de contestar en cualquier momento y puede rechazar responder a cualquiera de las preguntas si así lo desea, sin necesidad de dar ninguna explicación. Para la recogida de datos obtenidos en los cuestionarios se le asignará un número para su posterior codificación. Se mantendrá seudónimo, el número de teléfono para contactar y la fecha del parto. Las personas participantes en el estudio nos comprometemos a guardar la más estricta confidencialidad. Los resultados del estudio serán comunicados a la comunidad científica siempre guardando el anonimato y la confidencialidad. También debe saber que tiene derecho al acceso, cancelación, modificación u oposición de los datos personales comunicándoselo a la investigadora.

Si tiene alguna duda o pregunta sobre sus derechos como participante, o en referencia al estudio en general, puede contactar con la investigadora responsable o la doctoranda a través de *email* o teléfono.

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO

Título de la investigación: «Factores relacionados con la adherencia o abandono de la lactancia materna entre las mujeres de Tenerife (Canarias)»

Investigadoras responsables: María Rosario López Giménez y Laura Otero García

Doctoranda: Seila Llorente Pulido

Yo (nombre y apellidos)

.....
.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con:

.....
.....

(Nombre y apellidos de la investigadora)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

Cuando quiera.

Sin tener que dar explicaciones.

Sin que esto repercuta en mis cuidados.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

FIRMA DE LA PARTICIPANTE:

FIRMA DE LA DOCTORANDA:

FECHA:

FECHA: