



IMPACTO DEL ACCESO A INFORMACIÓN EN LA ADHERENCIA A LA LACTANCIA MATERNA

IMPACT OF ACCESS TO INFORMATION ON ADHERENCE TO BREASTFEEDING

Jaime Josué Suarez Sarvias^{1*}

E-mail: Jaime.suarez.62@est.ucacue.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1143-2958>

Claudio Esteban Bravo Pesántez¹

E-mail: claudio.bravo@ucacue.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5196-2953>

¹Universidad Católica de Cuenca. Cuenca, Ecuador.

*Autor para correspondencia

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Suarez Sarvias, J. J., & Bravo Pesántez, C. E. (2026). Impacto del acceso a información en la adherencia a la lactancia materna. *Universidad y Sociedad* 18(3). e5789.

RESUMEN:

El presente estudio investigó la relación entre el acceso a información y la adherencia a la lactancia materna en mujeres atendidas en el Subcentro de Salud Público de la provincia de Morona Santiago, Ecuador. Se empleó un diseño no experimental, cuantitativo, correlacional y transversal, con una población de 82 madres y recolección de datos mediante cuestionario estructurado adaptado de la BSES-SF. Los resultados evidencian niveles elevados de autoeficacia, inicio de lactancia en la primera hora de vida en 89 % y lactancia exclusiva durante seis meses en 85 %, se destaca la relevancia de la percepción de suficiencia láctea, claridad de información, apoyo familiar y profesional. Se concluye que intervenciones educativas sistemáticas, acompañamiento posparto y respaldo social constituyen determinantes para la adherencia y sostenibilidad de la lactancia materna, contribuyendo a la salud materno-infantil y al desarrollo integral infantil.

Palabras clave: Lactancia materna, Acceso, Apoyo, Desarrollo infantil.

ABSTRACT:

This study investigated the relationship between access to information and adherence to breastfeeding in women treated at the Public Health Subcenter in the province of Morona Santiago, Ecuador. A non-experimental, quantitative, correlational, and cross-sectional design was used, with a population of 82 mothers and data collection using a structured questionnaire adapted from the BSES-SF. The results show high levels of self-efficacy, with 89% of mothers initiating breastfeeding within the first hour of life and 85% exclusively breastfeeding for six months, highlighting the importance of perceived milk sufficiency, clarity of information, and family and professional support. It is concluded that systematic educational interventions, postpartum support, and social backing are determinants for adherence to and sustainability of breastfeeding, contributing to maternal and child health and comprehensive child development.

Keywords: Breastfeeding, Access, Support, Child development.



INTRODUCCIÓN:

La lactancia materna es un proceso biológico y social fundamental para la supervivencia, crecimiento y desarrollo óptimo de los seres humanos, desde tiempos ancestrales, ha constituido la principal fuente de alimentación durante los primeros meses de vida, esto aporta nutrientes esenciales, factores inmunológicos y afectivos que favorecen la salud integral del niño y de la madre.

En Granada, España, la práctica de la lactancia materna presenta limitaciones derivadas de carencias en el acceso a información estructurada y en la capacitación del personal de salud, esto resulta determinante si se considera que este proceso tiene un rol esencial en la supervivencia, el desarrollo y el crecimiento óptimo de los seres humanos, al aportar nutrientes, defensas inmunológicas y fortalecer el vínculo madre-hijo (Quiñoz-Gallardo et al., 2020). La lactancia materna es un aspecto de gran relevancia, pues su realización se ve influida por factores económicos, culturales y sociales, así como por las políticas de salud existentes, lo que resalta su valor en la promoción y prevención en salud a nivel mundial. Este panorama en España se relaciona con la realidad de otros países que presentan limitaciones similares en el abordaje de la lactancia materna. Frente a este escenario, se requiere fortalecer la capacitación clínica del personal en guías de práctica e incorporar protocolos alineados con la iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia (Quiñoz-Gallardo et al., 2020).

En el contexto de la salud materno infantil en Medellín (Colombia), la alimentación durante los primeros meses de vida representa un factor determinante para el bienestar presente y futuro, la ausencia de lactancia materna exclusiva genera consecuencias negativas para el bebé y la madre, se incrementa el riesgo de infecciones, mortalidad y desnutrición, se afecta el desarrollo de órganos, incluido el cerebro, con retraso en el neurodesarrollo, disminuye la maduración del sistema inmune, se debilita el vínculo madre e hijo, surgen complicaciones postparto como hemorragia uterina y mastitis, estas consecuencias reflejan un impacto en la salud pública y en la calidad de vida futura.

Desde 2011, el Ministerio de la Protección Social de Colombia implementa una campaña dirigida a gestantes para estimular la lactancia materna exclusiva durante seis meses, las razones reales para contraindicar la lactancia son pocas: la sensación de baja producción de leche, trastornos anatómicos de los pezones, variantes anatómicas de los pezones, razones culturales transmitidas entre generaciones, la influencia familiar orienta hacia el uso de sucedáneos de la leche materna, esta práctica reduce la

prevalencia de lactancia exclusiva, estas razones se repiten en diferentes contextos socioculturales (Fernández et al., 2023).

La lactancia materna es el método de alimentación infantil recomendado a escala mundial y, en Ecuador, se establece como una estrategia para alcanzar el máximo desarrollo de los individuos y aumentar la productividad de las naciones. Sus beneficios nutricionales e inmunológicos se han comprobado, aunque existen limitaciones que impiden su implementación plena en diferentes países, esta práctica es primordial para el cumplimiento de los derechos a la salud de los lactantes, pues ofrece beneficios para el bienestar físico y emocional que perduran a lo largo de la vida.

Al mismo tiempo, la lactancia materna contribuye a la salud materno-infantil y a la salud pública, ya que reduce el daño al medio ambiente, disminuye la contaminación ambiental, estas ventajas se evidencian tanto en contextos rurales como urbanos, lo que fortalece su justificación como política de salud pública. Además, garantiza alimentación segura sin generar desechos contaminantes, fortalece el vínculo afectivo madre-hijo, incrementa las posibilidades de desarrollo integral en la infancia y genera menor carga económica para las familias y los sistemas de salud.

A nivel nacional, el Ministerio de Salud Pública, como ente rector, asume el compromiso de promover la lactancia materna y garantizar al recién nacido el derecho a ser amamantado por su madre, esta acción favorece la reducción de muertes infantiles y proporciona a la sociedad individuos saludables capaces de desenvolverse con autonomía, proyectándose así un impacto positivo en la productividad del país (Uchuari, 2023).

La lactancia materna es el proceso por donde el lactante recibe la leche producida por su madre, considerada la forma más óptima de alimentación en los primeros meses de vida. Según la Organización Mundial de la Salud (2025), la leche materna contiene la combinación ideal de nutrientes y anticuerpos necesarios para favorecer el crecimiento, el desarrollo neurológico y la protección frente a enfermedades infecciosas. Su inicio precoz y su mantenimiento durante los primeros seis meses contribuyen a disminuir la mortalidad infantil y fortalecer el vínculo madre-hijo (Victoria et al., 2016).

La fuente de información constituye el medio principal a través del cual la madre obtiene conocimientos y orientaciones sobre lactancia materna. En el primer nivel de atención, el personal sanitario, como médicos, enfermeras y obstetras, son reconocidos como referencia prioritaria, puesto que proporcionan contenidos respaldados

por la evidencia científica y adaptados a las necesidades específicas de cada mujer (Fernández et al., 2023). La efectividad de esta interacción aumenta cuando la orientación se ofrece de forma sistemática durante el embarazo y el posparto, se asegura la continuidad del proceso educativo y se refuerzan conductas saludables (Patnode et al., 2025).

Malaver-Parra et al. (2024) señalan, en estudios realizados a nivel internacional, que la credibilidad de la fuente de información influye de manera determinante en la adherencia a la lactancia. Las madres que reciben asesoría directa de personal capacitado tienen un 30% más de probabilidad de mantener la lactancia exclusiva durante seis meses en comparación con aquellas cuya principal orientación proviene de familiares o redes sociales (Rollins et al., 2023). Este resultado confirma que el rigor científico y la actualización continua del personal de salud son factores esenciales para generar confianza y fomentar cambios positivos en la alimentación infantil (Mio et al., 2024).

La influencia de fuentes no profesionales también tiene relevancia en determinados entornos. La transmisión de saberes intergeneracionales, en especial de madres e hijas, conserva un rol destacado. Si bien este medio puede aportar experiencias útiles, en ocasiones difunde creencias que no coinciden con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Por este motivo, el primer nivel de atención debe integrar conocimientos tradicionales con evidencia científica para optimizar las estrategias educativas y garantizar que la información transmitida sea confiable.

Identificar las fuentes de información más empleadas en cada comunidad permite diseñar intervenciones con mayor eficacia. En poblaciones con acceso a internet, la inclusión de contenidos educativos en redes sociales institucionales ha demostrado ser una estrategia útil para complementar la educación presencial. Esto incrementa la accesibilidad y refuerza la credibilidad cuando el contenido cuenta con el respaldo de organismos oficiales (Rollins et al., 2023).

La repetición periódica de mensajes, junto con la actualización constante de los contenidos, favorece la retención de conocimientos y su aplicación en el hogar (Carton-Erlandsson et al., 2024). A su vez el contacto frecuente con profesionales de salud durante controles prenatales, visitas domiciliarias y consultas posteriores permite resolver dudas y prevenir el abandono de la lactancia (González-Castell et al., 2024).

El estudio de Quezada et al. (2025) evidencia que los determinantes sociales, como nivel socioeconómico, edad

materna al retorno al trabajo, escolaridad y condiciones de salud materna, están significativamente asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva y total, lo que implica que el acceso a información adecuada, educación y apoyo social forma parte de las condiciones sociales que favorecen la adherencia a la lactancia exclusiva, ya que las madres con mayor escolaridad y mejores recursos tienen mayor probabilidad de continuar la lactancia materna a los 6, 9 y 12 meses; estos resultados sugieren que mejorar el acceso a información, educación y asesoría especializada puede contrarrestar las barreras sociales y promover prácticas de lactancia más prolongadas y exitosas. Estos resultados concuerdan con investigaciones que resaltan la importancia del seguimiento y la orientación repetida para lograr mayor adherencia (Mio et al., 2024).

En distintas regiones, la frecuencia de acceso a la información está condicionada por la cobertura de los servicios de salud y las facilidades de comunicación (Schnitman et al., 2022). Cuando las limitaciones de infraestructura reducen las interacciones con profesionales, o cuando el tiempo de consulta es breve, se recomienda utilizar medios complementarios como llamadas telefónicas, mensajería instantánea y material impreso validado.

La presentación reiterada y estructurada de información permite contrarrestar las contradicciones difundidas por medios sin especialización (Rollins et al., 2023). Al recibir recordatorios coherentes con las guías oficiales, las madres pueden tomar decisiones más fundamentadas y mantener la lactancia incluso en contextos de presión externa (Patnode et al., 2025; Quezada et al., 2025). Este proceso no depende solo de la frecuencia con la que se transmite el mensaje, sino también del momento y la oportunidad en el que se ofrece (Victoria et al., 2016).

La claridad y comprensión de la información son indispensables para que las madres apliquen de manera correcta las recomendaciones. Un mensaje claro y adaptado al nivel educativo de la receptora previene errores y favorece la adopción de hábitos saludables. Para Fernández et al. (2023) las estrategias como demostraciones guiadas, uso de material audiovisual y sesiones interactivas han mostrado mayor efectividad que la entrega exclusiva de folletos.

De la misma manera Patnode et al. (2025) mencionan que la disposición emocional de la madre influye en la capacidad para asimilar la información. Factores como ansiedad posparto, cansancio o sobrecarga de información pueden reducir el impacto educativo. Por este motivo, se recomienda fraccionar los contenidos y reforzar los

puntos esenciales en momentos estratégicos (González-Castell et al., 2024).

En definitiva, los canales de difusión determinan el alcance de las intervenciones, consultas presenciales, talleres grupales, material impreso y plataformas digitales, son medios de uso habitual. En comunidades con conectividad limitada, los programas radiales y las charlas locales siguen siendo herramientas eficaces (Mio et al., 2024). La combinación de estrategias presenciales y virtuales incrementa la probabilidad de que la información llegue en el momento apropiado (Patnode et al., 2025).

La adherencia a la lactancia materna se entiende como el grado en que la madre sigue las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud (2025), que establecen mantener la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses y complementaria hasta los dos años o más. Según Granda et al. (2023), este proceso está condicionado por factores físicos, emocionales, sociales y de acceso a apoyo especializado, los cuales interactúan de manera simultánea para favorecer o dificultar la continuidad.

Muñoz & Rodríguez (2017) señalan que la confianza materna en su capacidad para amamantar, conocida como autoeficacia, tiene una relación directa con la duración de la lactancia. Cuando la madre recibe orientación adaptada a sus necesidades, acompañamiento frecuente y solución oportuna de dificultades, se incrementa la probabilidad de mantener la lactancia exclusiva hasta el tiempo recomendado. Se ha documentado que las intervenciones personalizadas permiten identificar a corto plazo problemas de técnica y resolverlos antes de que se produzca el abandono (Intriago, 2024). El apoyo familiar y social influye de forma decisiva en la permanencia de la lactancia. Este respaldo aporta ayuda en el cuidado del recién nacido, refuerza la motivación de la madre y disminuye el nivel de tensión emocional.

El estudio de Intriago (2024) destaca que las intervenciones de enfermería que promueven la lactancia materna exclusiva en comunidades urbanas vulnerables incrementan el conocimiento de las madres sobre los beneficios y prácticas adecuadas, y también fortalecen factores conductuales y de apoyo social que favorecen la adherencia a la lactancia materna.

Por otra parte, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la actualización en técnicas de agarre, la prevención de complicaciones como mastitis y la consejería ajustada a cada caso son estrategias que incrementan la permanencia de la lactancia exclusiva. Los programas con visitas domiciliarias posteriores al alta mejoran la tasa

de lactancia exclusiva y reducen el abandono temprano (Granda et al., 2025).

En el plano emocional, la ansiedad y la depresión posparto representan obstáculos significativos. La integración del apoyo psicológico en los planes de intervención es esencial para garantizar que la madre mantenga su compromiso de alimentar al hijo con leche materna. De la misma manera, la detección temprana de signos de estrés y su manejo oportuno previenen interrupciones innecesarias en la lactancia (Miranda et al., 2025).

Según la Organización Mundial de la Salud (2025) disponer de espacios adecuados en los lugares de trabajo para amamantar o extraer leche permite a las mujeres prolongar la lactancia tras el retorno laboral.

Un elemento clave identificado por Miranda et al. (2025) es el acceso constante a información clara y adaptada. La combinación de consultas presenciales con recursos digitales, como videollamadas y grupos de mensajería con supervisión profesional, facilita la resolución de dudas y promueve la continuidad. Este modelo híbrido amplía la cobertura y refuerza el compromiso de las madres con la lactancia exclusiva.

La Organización Mundial de la Salud (2025) indica que cuando las madres perciben que la lactancia protege la salud de sus hijos, se fortalece su decisión de mantenerla. En línea con lo expuesto, la articulación entre familia, comunidad, servicios de salud y políticas públicas constituye la base para cumplir los objetivos de lactancia planteados a nivel internacional (Rojas et al., 2023).

El fortalecimiento de la adherencia y el acceso a información confiable sobre lactancia materna requiere la integración de estrategias educativas, acompañamiento profesional y respaldo familiar, social y laboral. Diversos estudios han demostrado que la combinación de intervenciones presenciales y virtuales, junto con la participación comunitaria, facilita superar barreras y garantiza que las madres dispongan de los recursos necesarios para iniciar y mantener la lactancia exclusiva (Rollins et al., 2023). Este enfoque integral, respaldado por organismos internacionales, se alinea con las metas globales de promoción de la lactancia y contribuye a reducir la morbilidad y mortalidad infantil en los primeros meses de vida (Victoria et al., 2016).

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se realizó en un subcentro de salud público de la provincia de Morona Santiago, Ecuador, considerado como unidad de análisis, y estuvo dirigida a mujeres en etapa de lactancia con hijos menores de 24

meses. La población estuvo conformada por 82 mujeres atendidas en la unidad de salud.

El diseño metodológico fue de carácter no experimental, dado que no se realizó manipulación deliberada de las variables, limitándose al estudio de los fenómenos en su ambiente natural para su posterior análisis. El enfoque aplicado fue cuantitativo, sustentado en la recolección de datos a partir de un cuestionario estructurado, y permitió obtener información objetiva, este tipo de estudios se caracteriza por una validez interna limitada, aunque con mayor capacidad para generalizar los resultados a la población.

El alcance se definió como relacional, puesto que se buscó determinar el grado de asociación existente entre las variables planteadas. La finalidad del estudio fue transversal, puesto que los datos fueron recolectados en un único momento, lo que permitió caracterizar el fenómeno en una oportunidad específica.

Se aplicaron diferentes métodos de análisis. El método analítico-sintético permitió examinar cada componente de la investigación de manera individual para posterior integrarlos y comprender el fenómeno de forma integral. El método inductivo-deductivo se empleó como estrategia lógica de razonamiento, que partió de hechos particulares hacia conclusiones más generales, y se apoyó en el análisis del marco teórico y la problemática estudiada.

Se aplicó un cuestionario sobre Autoeficacia y Prácticas de Lactancia Materna, basado en la adaptación de la *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form* (BSES-SF), un instrumento diseñado para medir la confianza percibida de las madres en su capacidad para mantener la lactancia.

El cuestionario estuvo conformado por dos bloques principales: el primero, con 14 ítems en escala Likert de 1 a 5, evaluó la seguridad, confianza y perseverancia de la madre frente a situaciones comunes relacionadas con la lactancia, tales como la fatiga, el dolor, el estrés, los consejos externos y la conciliación con otras responsabilidades, mientras que el segundo bloque, integrado por 8 ítems, recogió información sobre la orientación recibida, el inicio oportuno de la lactancia, la adherencia a la lactancia exclusiva, la continuidad en el tiempo y el apoyo recibido por parte del personal de salud y la familia. La escala se fundamentó en el principio de que la autoeficacia influye de manera directa en la conducta y persistencia de la madre para mantener la lactancia, lo que permitió identificar posibles barreras y necesidades de apoyo.

De igual forma, la estructura del cuestionario integró tanto variables socio demográficas básicas (edad, estado civil,

nivel de instrucción y número de hijos) como aspectos prácticos y emocionales de la lactancia, la encuesta fue diseñada en la plataforma *Google Forms*, lo que permitió su aplicación en línea. El enlace del cuestionario fue distribuido a las participantes mediante dispositivos móviles y de forma directa por parte del equipo investigador, lo que facilitó el acceso a la encuesta y permitió una recolección de datos ordenada y uniforme.

Previo a su participación, las pacientes recibieron y aceptaron el consentimiento informado, donde se detallaron los objetivos del estudio, la voluntariedad de su participación y el uso confidencial de la información proporcionada. Todos los datos fueron anonimizados y tratados conforme a los principios éticos de confidencialidad, privacidad y respeto a la autonomía de las participantes.

La entrevista semiestructurada también fue levantada a través de un formulario digital en la misma plataforma. Por último, la información recopilada fue organizada y tabulada mediante el software JASP, lo que aseguró un procesamiento estadístico sistemático y confiable.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el siguiente apartado se exponen los principales resultados obtenidos a partir del estudio realizado, estos permiten identificar las características más relevantes de la población participante y aportar evidencias concretas que servirán de base para el análisis y la discusión posterior.

El análisis de las 82 participantes reveló que tanto las variables socio demográficas como las relacionadas con la autoeficacia y la práctica de la lactancia no siguen una distribución normal según la prueba de Shapiro-Wilk ($p < .001$), lo que refleja la heterogeneidad de la muestra y orienta el empleo de pruebas no paramétricas en el análisis posterior. Esta diversidad se manifiesta de igual manera en la caracterización socio demográfica, donde predominan mujeres jóvenes de 25 años, en su mayoría solteras o separadas, con un nivel de instrucción principalmente secundario y que, en gran parte, atraviesan su primera experiencia de maternidad. Estos hallazgos aportan un contexto clave para comprender las condiciones bajo las que se desarrolla la adherencia a la lactancia materna, así como los factores sociales y personales que influyen en ella.

Los resultados muestran una tendencia consistente hacia niveles elevados de autoeficacia y confianza entre las madres en relación con la lactancia materna. Más del 70% de las participantes manifestó acuerdo o total acuerdo con afirmaciones vinculadas a su capacidad para

amamantar, producir leche suficiente y sostener la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida (ver figura 1).

¿Estoy segura de que puedo amamantar a mi bebé cada vez que él/ella lo necesite?
82 respuestas

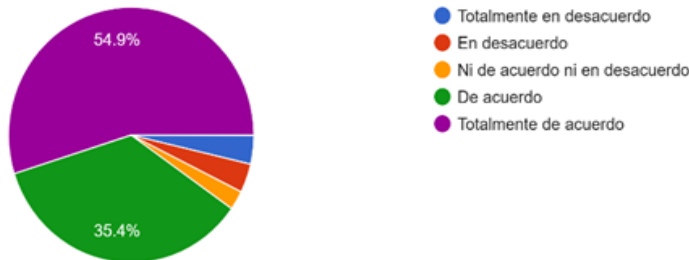


Fig 1. Capacidad para amamantar.

Esta respuesta refleja una percepción fortalecida de competencia personal y un marco valorativo favorable hacia la práctica, elementos esenciales para su mantenimiento.

Esa percepción de seguridad se reduce de manera notoria cuando la lactancia se desarrolla en condiciones adversas como dolor, molestias, estrés, fatiga o irritabilidad del lactante. En tales circunstancias, los porcentajes de acuerdo descienden de forma considerable, lo que confirma que los determinantes físicos y emocionales representan barreras críticas con potencial para incrementar el riesgo de abandono temprano.

Aún frente a estas dificultades, la mayoría de las madres mantiene una visión positiva de la lactancia como estrategia determinante para la salud y nutrición infantil. De igual modo, una proporción elevada reporta respaldo tanto por parte del personal sanitario como de sus familias, configurándose dicho apoyo como un factor protector. Es relevante señalar que el 89% inició la lactancia en la primera hora de vida en concordancia con las recomendaciones internacionales y en relación directa con prácticas hospitalarias adecuadas (ver figura 2).

¿Inicié la lactancia materna durante la primera hora de vida de mi hijo(a)?
82 respuestas

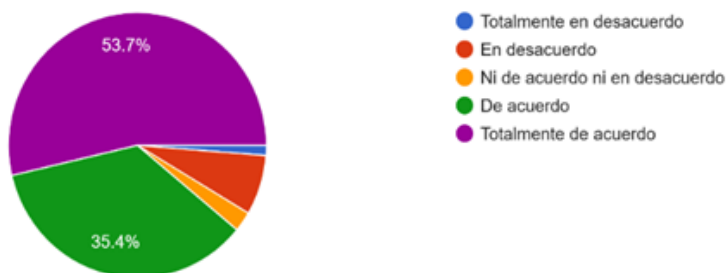


Fig 2. Inició de la lactancia en la primera hora de vida.

Más del 85% de las encuestadas reportó haber mantenido lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses (ver tabla 1), mientras que al momento de la encuesta el 56% continuaba amamantando. No obstante, esta diferencia no puede interpretarse como un abandono progresivo, ya que el diseño transversal solo recoge datos en un momento específico y no permite establecer trayectorias individuales en el tiempo.

Tabla 1: Lactancia exclusiva durante los primeros seis meses.

¿Confío en que puedo mantener la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Totalmente en desacuerdo	1	1.2	1.2	1.2
En desacuerdo	3	3.7	3.7	4.9
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	9	11.0	11.0	15.9
De acuerdo	27	32.9	32.9	48.8
Totalmente de acuerdo	42	51.2	51.2	100.0
Total	82	100.0		

De igual manera, alrededor del 60% reportó problemas como dolor, grietas mamarias o percepción de producción insuficiente, ello pone de relieve la importancia de garantizar un seguimiento clínico constante y consejería especializada. Desde la perspectiva de la salud pública y la gestión sanitaria, estos resultados muestran que las intervenciones prenatales y las acciones iniciales de sensibilización favorecen el inicio de la lactancia, a pesar de que resultan limitadas en la medida en que no se articulan con apoyos posteriores.

El análisis de los datos evidencia que la gran mayoría de las madres, sin importar su grupo etario, reportaron un nivel elevado de autoeficacia para amamantar a sus hijos cada vez que lo requieran, con una concentración predominante en las categorías de acuerdo y totalmente de acuerdo, que en conjunto representan más del 90 por ciento de las respuestas. Si bien se identifican variaciones menores entre los diferentes rangos de edad, se destaca una mayor proporción de respuestas altamente favorables en las madres de 25 a 29 años y algunos casos de desacuerdo en las de 40 años o más, estas diferencias no alcanzan significación estadística según la prueba de Chi-cuadrado ($\chi^2 = 13.07$; gl = 16; $p = .668$).

La edad materna no constituye un factor determinante en la percepción de seguridad para amamantar a demanda, ello sugiere que la autoeficacia en esta práctica se mantiene consistentemente elevada en todos los grupos de edad analizados.

El análisis de los distintos factores que influyen en la autoeficacia y adherencia a la lactancia materna permite construir un panorama integrado sobre las determinantes de esta práctica. Como primer punto, el número de hijos no mostró asociación significativa con la confianza de las madres para compatibilizar la lactancia con otras responsabilidades ($\chi^2 = 15.40$; gl = 12; $p = 0.220$). Aun así, las madres con un solo hijo concentraron el 85,7 % de las respuestas en las categorías de acuerdo y totalmente de acuerdo, mientras que aquellas con dos hijos alcanzaron el 87,5 %. En las madres con tres hijos, el nivel de acuerdo descendió al 75 %, con mayor presencia en categorías intermedias, y en el grupo de más de tres hijos la distribución se dispersó entre todas las opciones, esto refleja una percepción más heterogénea como condicionada por el aumento de responsabilidades familiares.

Por consiguiente, la confianza materna en la capacidad de producir suficiente leche mostró una asociación numérica relevante con la práctica de lactancia exclusiva durante los primeros seis meses ($\chi^2 = 41.77$; gl = 12; $p < 0,001$). Las madres que se declararon de acuerdo o totalmente de acuerdo concentraron la mayor proporción de respuestas positivas, se alcanza el 100 % en el nivel de mayor confianza, mientras que quienes presentaron baja autoeficacia mostraron menor probabilidad de mantener la práctica. Esto evidencia que la percepción de suficiencia láctea constituye un determinante crítico de la adherencia a la lactancia exclusiva.

Como último punto, la claridad de la información recibida sobre lactancia se asoció de manera significativa con la valoración materna de su importancia para la salud y nutrición del hijo ($\chi^2 = 44.12$; gl = 12; $p < 0,001$). El 100 % de las madres que consideraron la información clara valoraron la lactancia como importante o muy importante, mientras que quienes experimentaron dificultades de comprensión presentaron respuestas más dispersas, lo que resalta el papel central de la comunicación efectiva en la internalización de prácticas saludables (ver tabla 2).

En conjunto, estos hallazgos indican que la autoeficacia y adherencia a la lactancia materna no dependen de la experiencia reproductiva, sino que están influenciadas por la percepción de suficiencia láctea y la claridad de la información recibida. Resulta valioso reforzar intervenciones de educación prenatal, consejería posparto y apoyo social con mensajes claros y culturales adecuados para fortalecer la confianza materna, promover la lactancia exclusiva y contribuir al desarrollo integral de la infancia.

Relación entre el acceso a información y la adherencia a la lactancia materna en mujeres en periodo de lactancia

Los resultados muestran dos patrones de correlación relevantes. En el plano socio demográfico, la edad materna se asocia de manera positiva con el estado civil y con el número de hijos, lo que refleja trayectorias familiares esperadas en contextos donde el incremento de la edad conlleva mayor estabilidad conyugal y paridad. A su vez, el nivel de instrucción mantiene una relación inversa con el número de hijos y positiva con el acceso a información suficiente y clara durante el embarazo, lo que pone en evidencia desigualdades educativas que inciden de manera directa en la capacidad de las madres para gestionar información en salud. El hallazgo de que iniciar la lactancia en la primera hora de vida se vincula con mayor edad materna determina que la madurez contribuye a la adopción de prácticas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (2025).

En el plano psicosocial, la autoeficacia surge como un determinante central de la práctica de lactancia. La variable autoeficacia cansada muestra asociaciones fuertes y consistentes con la mayoría de los indicadores de continuidad y resiliencia en lactancia, como amamantar cuando el bebé lo requiere, mantener la práctica a pesar del dolor o el estrés, superar problemas especiales y sostener la lactancia exclusiva durante seis meses. De manera particular, es destacable la correlación entre dudas sobre la técnica y la respuesta a la irritabilidad del bebé, que refleja cómo las percepciones de dificultad se intensifican en situaciones de alta demanda. De la misma manera, la confianza en la producción de leche se vincula con la disposición a amamantar en público, lo que indica que la percepción de suficiencia fisiológica se traduce en seguridad social y en prácticas más sostenidas.

El apoyo familiar y personal muestra una asociación significativa con la autoeficacia materna, lo que confirma que las redes sociales cumplen un rol protector frente al agotamiento físico y emocional asociado al proceso de lactancia. En conjunto, los resultados evidencian que la autoeficacia funciona como un mediador entre determinantes estructurales como el nivel educativo y el acceso a información confiable y la adherencia sostenida a las prácticas recomendadas de lactancia materna.

Tabla 2: Correlaciones significativas de Spearman en lactancia materna.

Variables relacionadas	Rho de Spearman	p valor
Estado civil ↔ Edad de la madre	0.324	.003
Número de hijos ↔ Edad de la madre	0.568	< .001
Número de hijos ↔ Estado civil	0.357	< .001
Número de hijos ↔ Nivel de instrucción	-0.278	.011
Autoeficacia cansada ↔ Amamantar cuando lo necesita	0.646	< .001
Mantener lactancia con dolor ↔ Autoeficacia cansada	0.568	< .001
Lactancia si bebé se irrita ↔ Autoeficacia cansada	0.438	< .001
Confianza producir leche ↔ Autoeficacia cansada	0.501	< .001
Lactancia aunque estresada ↔ Autoeficacia cansada	0.640	< .001
Lactancia en público ↔ Confianza producir leche	0.481	< .001
Superar problemas iniciales ↔ Autoeficacia cansada	0.585	< .001
Dudas sobre técnica ↔ Lactancia si bebé se irrita	0.677	< .001
Mantener exclusiva 6 meses ↔ Autoeficacia cansada	0.314	.004
Combinar lactancia/responsabilidades ↔ Nivel de instrucción	0.239	.030
Rutina lactancia ↔ Autoeficacia cansada	0.450	< .001
Pedir ayuda ↔ Amamantar cuando lo necesita	0.430	< .001
Información suficiente embarazo ↔ Nivel de instrucción	0.261	.018
Info clara y comprensible ↔ Nivel de instrucción	0.226	.041
Inició lactancia primera hora ↔ Edad madre	0.228	.040
Exclusiva 6 meses ↔ Autoeficacia cansada	0.259	.019
Actualmente amamanta ↔ Mantener lactancia con dolor	0.233	.035

Dificultades lactancia ↔ Autoeficacia cansada	0.312	.004
Apoyo personal/familia ↔ Autoeficacia cansada	0.358	< .001
Importancia lactancia ↔ Amamantar cuando lo necesite	0.255	.021
Importancia lactancia ↔ Autoeficacia cansada	0.347	.001

Validación de hipótesis: los resultados confirman de forma preliminar la hipótesis planteada, evidenciando que el acceso a información clara y suficiente se asocia positivamente con la adherencia a la lactancia materna, una relación mediada por la autoeficacia materna y el apoyo familiar. Estas variables muestran correlaciones significativas que respaldan el modelo teórico propuesto y refuerzan la importancia de intervenciones integrales que consideren tanto factores informativos como psicosociales.

DISCUSIÓN

El análisis comparativo de estudios internacionales y nacionales sobre autoeficacia y adherencia a la lactancia materna evidencia patrones consistentes y factores contextuales que condicionan la sostenibilidad de esta práctica. La investigación de Llopis-Rabout-Coudray et al. (2011) en España y el estudio realizado en el Subcentro de Salud Público de la provincia de Morona Santiago, Ecuador, coinciden en la centralidad de la autoeficacia materna como determinante crítico de la lactancia exclusiva y sostenida. Ambos emplean la *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form* (BSES-SF), lo que permite evaluar de manera objetiva la percepción de competencia de las madres, un factor que la Organización Mundial de la Salud (2025) reconoce como clave para promover prácticas de lactancia seguras y continuas.

En cuanto a la metodología, se observan diferencias complementarias, el estudio español se centra en la validación psicométrica del instrumento, esto asegura su fiabilidad y validez mediante análisis factorial y seguimiento a seis semanas postparto. En contraste, el estudio ecuatoriano adopta un diseño correlacional y transversal, se explora cómo el acceso a información, apoyo familiar y nivel educativo influyen en la adherencia a la lactancia, sin permitir inferencias causales. Esta combinación metodológica resulta estratégica: uno garantiza precisión en la medición, mientras que el otro aporta evidencia sobre determinantes sociales y prácticos en atención primaria.

Las características poblacionales también condicionan los resultados, España incluyó 150 madres en postparto inmediato, seleccionadas para homogeneidad clínica, mientras que Ecuador evaluó 82 madres con hijos menores de 24 meses, esto refleja mayor heterogeneidad en edad, experiencia de maternidad y nivel educativo. La diversidad demográfica evidencia la necesidad de

considerar factores contextuales en el diseño de intervenciones de salud pública. A pesar de estas diferencias, ambos estudios reportan niveles elevados de autoeficacia, indicando que la percepción de competencia materna constituye un predictor confiable de la adherencia a la lactancia exclusiva.

De forma paralela, la evidencia proveniente de Chile (Andrade et al., 2022) muestra patrones consistentes en una muestra de 320 madres en periodo de lactancia, con alta confiabilidad interna en los factores relacionados con pensamientos intrapersonales y técnicas de amamantamiento, lo que refuerza la validez del enfoque psicosocial en la promoción de la lactancia. En el caso de Ecuador, los hallazgos confirman que la autoeficacia materna actúa como variable mediadora entre factores estructurales como el nivel educativo y el acceso a información, y la adherencia sostenida a la lactancia, donde se destaca el papel clave del apoyo familiar y del personal sanitario. En todos los estudios revisados, la claridad de la información y el respaldo social surgen como elementos que fortalecen la confianza de las madres, favoreciendo la continuidad de la lactancia incluso frente a barreras comunes como el dolor, el estrés o la fatiga.

CONCLUSIONES

La lactancia materna es fundamental para la salud física, inmunológica y emocional de la madre y del niño, al proporcionar nutrientes, anticuerpos y favorecer el desarrollo integral desde los primeros meses de vida. Su práctica asegura un vínculo afectivo sólido y constituye una estrategia central en salud pública y desarrollo social. Factores socioculturales, educativos y la limitada capacitación del personal sanitario dificultan su implementación, esto evidencia la necesidad de políticas y programas que garanticen educación y acompañamiento efectivos.

Experiencias en España, Colombia y Ecuador muestran que la promoción de la lactancia se fortalece mediante estrategias integrales que combinan orientación profesional, apoyo familiar y comunitario, y acceso a información clara, confiable y oportuna. La combinación de medios presenciales y digitales amplía el alcance educativo y refuerza la confianza materna, mientras que la autoeficacia y la percepción de suficiencia láctea predicen la adherencia y continuidad de la lactancia.

El estudio en el Subcentro de Salud Público de la provincia de Morona Santiago, Ecuador evidencia que la mayoría de las madres inicia la lactancia en la primera hora de vida y mantiene la práctica exclusiva durante seis meses, a pesar de dificultades físicas o emocionales, destacando el papel protector del acompañamiento familiar y profesional. Los resultados confirman que la adherencia depende de intervenciones coordinadas que integren educación prenatal, consejería posparto y redes de apoyo, asegurando la sostenibilidad de la lactancia y contribuyendo a cumplir los objetivos globales de salud materno-infantil y al desarrollo integral de los niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, D., Bustos, C., Brito, H., Adasme, N., López, B., Parra, C., & Vicente, B. (2022). Evaluación psicométrica de la escala de autoeficacia de la lactancia materna, en una muestra chilena. *Andes Pediátrica: Revista Chilena de pediatría*, *93*(4), 470–476. <https://doi.org/10.32641/andespediatr.v93i4.3474>
- Carton-Erlandsson, L., Martín-Duce, A., De los Reyes-Gragera-Martínez, R., Sanz-Guijo, M., Muriel-García, A., Mirón-González, R., & Gigante-Pérez, C. (2024). Uso de redes sociales como fuente de información sobre salud y alfabetización digital en salud en población general española. *Revista Española de Salud Pública*, *98*, e202405034. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272024000100108&lng=es&tlng=es
- Fernández Rodríguez, G. C., D'Amato-Gutiérrez, M., Neira Trujillo, L., Morales, R., Barrientos, L., & Vera Marín, C. (2023). Factores que afectan la práctica de lactancia materna exclusiva en un Centro de Referencia: Una comparación entre casos y controles. *CES Medicina*, *37*(2), 50–58. <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.7080>
- González-Castell, L. D., Unar-Munguía, M., Bonvecchio-Arenas, A., Rivera-Pasquel, M., Lozada-Tequeanes, A. L., Ramírez-Silva, C. I., Álvarez-Peña, I. J., Cobo-Armijo, F., & Rivera-Dommarco, J. (2024). Lactancia materna. *Salud pública de México*, *66*(4, jul-ago), 500–510. <https://doi.org/10.21149/15898>
- Granda Madrid, J. E., Barreuzeta Mendoza, A. S., & Rueda Reyes, E. Y. (2025). Factores que influyen en la lactancia materna exclusiva en el primer nivel de atención. *Latam: Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, *6*(3), 1–23. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/10301328.pdf>
- Intriago Vite, W. J. (2024). Intervención de enfermería en la promoción de la lactancia materna exclusiva en comunidades urbanas vulnerables. *Revista Pulso Científico*, *2*(2), 16–28. <https://doi.org/10.70577/rps.v2i2.21>
- Llopis-Rabout-Coudray, M., López-Osuna, C., Durá-Rayó, M., Richart-Martínez, M., & Oliver-Roig, A. (2011). Fiabilidad y validez de la versión española de una escala de autoeficacia en la lactancia materna. *Matronas Profesión*, *12*(1), 3–8. <https://s3-eu-south-2.amazonaws.com/assetsedmayo/articles/6MhskPKzq9fL5C7tsOOnNYiRtalSNvEGcu7XEPT.pdf>
- Malaver-Parra, D. E., Guerrero-Lozano, R., & Vargas-Malaver, N. E. (2024). Determinantes de la lactancia materna exclusiva en el mundo y en Colombia: revisión sistemática de la literatura. *Iatreia*, *38*(2). <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.282>
- Mio Ferreira, L., Correia de Souza Caproni, V. D., Rezendes Avelar, E., Santos Silva, R., Prado Simão Miranda, T., La-Salette da Costa Godinho, M., & Albino Silva, S. (2024). Estrategias de promoción de la lactancia materna por enfermeras de atención primaria: Un estudio bibliométrico. *Revista de Enfermagem Atenção à Saúde*, *13*(3), e202432. <https://doi.org/10.18554/reas.v13i3.6937>
- Miranda, A. R., Barral, P. E., Scotta, A. V., Cortez, M. V., & Soria, E. A. (2025). An overview of reviews of breastfeeding barriers and facilitators: Analyzing global research trends and hotspots. *Global Epidemiology*, *9*, 100192. <https://doi.org/10.1016/j.gloepi.2025.100192>
- Muñoz Cruz, R., & Rodríguez Mármol, M. (2017). Autoeficacia de la lactancia materna en mujeres primíparas de Madrid. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, *6*(1), 19–24. <https://doi.org/10.22235/ech.v6i1.1366>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). Lactancia materna. OMS. https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
- Patnode, C. D., Henrikson, N. B., Webber, E. M., Blasi, P. R., Senger, C. A., & Guirguis-Blake, J. M. (2025). *Breastfeeding and health outcomes for infants and children* (Report No. 25-EHC014). Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK615261/>
- Quezada Ramírez, C., Weisstaub, G., Corvalán, C., & Leyton, B. (2025). Impacto de los determinantes sociales en la duración de la lactancia materna exclusiva y total, durante el primer año de vida. *Andes Pediatr*, *96*(7). <https://doi.org/10.32641/andespediatr.v96i7.5733>
- 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., & 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*, e202012152. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11582965/>

Rojas Biava, M. C., Bertolotto Cepeda, A. M., Vargas Vaca, Y. A., & Bohórquez-Peñaranda, A. P. (2023). Lactancia materna en los primeros tres meses y asesoría que transforma la experiencia de las madres [Keys to breastfeeding in the first three months and counseling that transforms mothers' experience]. *Universitas Médica*, *64*(4). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed64-4.dclm>

Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Luter, C., Martines, J. C., & Victora, C. G. (2023). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, *387*(10017), 491–504. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)

Schnitman, G., Wang, T., Kundu, S., Turkdogan, S., Gotlieb, R., How, J., & Gotlieb, W. (2022). The role of digital patient education in maternal health: A systematic review. *Patient education and counseling*, *105*(3), 586–593. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.06.019>

Uchuari Maza, M. M. (2023). Factores relacionados al abandono de la lactancia materna en Ecuador: Factors related to breastfeeding abandonment in Ecuador. *LATAM Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales Y Humanidades*, *4*(6), 1374 – 1383. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i6.1558>

Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., & 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)

CONFLICTO DE INTERESES:

“Los autores declaran no tener conflictos de intereses.”.

Contribución de los autores bajo taxonomía CRediT:

Autor	Roles
Autor 1	Encargado de: Investigación, Redacción - revisión y edición.
Autor 2	Encargado de: Escritura – borrador original, Análisis formal

Contribución de los autores

Universidad & Sociedad publica sus artículos bajo una licencia Creative Commons <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

