



REVISIÓN

Creencias y prácticas culturales sobre comportamientos de lactancia materna en mujeres: una Revisión Sistemática Exploratoria

Cultural beliefs and practices about women's breastfeeding behaviors: a Scoping Review

Bárbara Badanta^{1,2}

Paola Suarez-Reina^{1,2}

Isabel Álvarez-Pérez^{1,2}

Giancarlo Lucchetti³

María Dolores Guerra-Martín^{1,2*}

Juan Vega-Escaño¹

Rocío De Diego-Cordero^{1,2}

¹ Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla. España.

² Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS). Sevilla. España.

³ Facultad de Medicina, Universidad Federal de Juiz de Fora. Brasil.

* Autora de correspondencia: guema@us.es

<https://doi.org/10.6018/eglobal.648551>

elocation-id: e648551

Received: 06/02/2025

Accepted: 02/07/2025

RESUMEN:

Introducción. Las cuestiones culturales están fuertemente relacionadas con los hábitos de vida de las mujeres. Se recomienda la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida y la lactancia materna complementaria hasta los 2 años. Según la Organización Mundial de la Salud solo 4 de cada 10 lactantes menores de 6 meses de edad han recibido lactancia materna exclusiva en el mundo.

Objetivo. Explorar el papel de las creencias y prácticas culturales en las conductas de lactancia materna de las mujeres.

Método. Se realizó una revisión sistemática exploratoria en seis bases de datos: PubMed, Scopus, CINAHL, PsycINFO, Web of Science y Cochrane Database of Systematic Reviews.

Resultados. Se localizaron 3.078 estudios, de los cuales 37 fueron finalmente seleccionados. Se propusieron dos categorías temáticas: 1. Percepciones y creencias sobre la lactancia materna en las mujeres. 2. Influencia de las normas sociales en la lactancia materna en las mujeres.

Discusión: Los resultados destacan las creencias de que el calostro se considera "leche sucia" y que la leche materna tiene un bajo valor nutricional, lo que se asocia a algunas prácticas religiosas, imposiciones familiares, barreras sociales, noticias sensacionalistas y falsas y el retorno temprano al trabajo, lo que resulta en bajas tasas de lactancia materna en todo el mundo.

Conclusión. Esta revisión ha avanzado en la comprensión de que las cuestiones culturales están fuertemente asociadas con la lactancia materna entre las mujeres. Se deben ofrecer programas educativos, asesoramiento y capacitación de profesionales de la salud para aumentar la lactancia materna.

Palabras clave: Madres Lactantes; Comparación Transcultural; Cuidado del Lactante; Revisión Sistemática.

ABSTRACT:

Introduction. Cultural issues are strongly related to women's life habits. The World Alliance for Breastfeeding Action, led by the United Nations Children's Fund and the World Health Organization, recommends exclusive breastfeeding in the first six months of life and supplementary breastfeeding up to 2 years. There are different cultural beliefs and practices about breastfeeding that can negatively influence it. According to the World Health Organization, only 4 out of 10 infants under 6 months of age have received exclusive breastfeeding in the world.

Objective. To explore the role of cultural beliefs and practices on women's breastfeeding behaviors.

Method. A scoping review following the PRISMA-ScR checklist was conducted using six electronic databases: PubMed, Scopus, CINAHL, PsycINFO, Web of Science and Cochrane Database of Systematic Reviews. Adherence to reporting guidelines in observational studies were assessed.

Results. 3078 studies were located, of which 37 were finally selected. Two thematic categories were proposed: 1. Perceptions and beliefs concerning women's breastfeeding. 2. The influence of social norms on women's breastfeeding.

Discussion: The results highlight the beliefs that colostrum is considered "dirty milk" and that mother's milk has a low nutritional value, which is associated with some religious practices, family impositions, social barriers, sensational and false news stories, and the early return to work, resulting in low breastfeeding rates worldwide.

Conclusion. This review has advanced the understanding that cultural issues are strongly associated with breastfeeding among women. Educational programs, counseling and health professionals' training should be offered to increase breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding Women; Cross-Cultural Comparison; Infant Care; Systematic Review.

INTRODUCCIÓN

La Alianza Mundial pro-Lactancia Materna, liderada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), hizo un llamado a los gobiernos en 2020 para "Apoyar la lactancia materna por un planeta más saludable". ^(1,2) Sin embargo, solo 4 de cada 10 lactantes menores de 6 meses han recibido lactancia materna exclusiva en el mundo ⁽³⁾.

Varios estudios respaldan los beneficios de la lactancia materna tanto para las madres como para los niños, lo que ha llevado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a establecer como objetivo global aumentar las tasas de lactancia materna en al menos un 50% durante los primeros 6 meses de vida para el año 2025 ⁽⁴⁾. La evidencia actual ha demostrado que la leche materna ofrece múltiples beneficios a los recién nacidos ⁽⁵⁾. A corto plazo, reduce la morbilidad y la mortalidad infantil asociadas a otitis media aguda, infecciones gastrointestinales y respiratorias. A largo plazo, protege contra enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la obesidad, la hipertensión arterial, la enfermedad celíaca y las enfermedades inflamatorias intestinales ⁽⁶⁻¹⁰⁾.

También se observaron otros beneficios tanto para la madre como para la salud pública, tales como la reducción de la probabilidad de sufrir hemorragias posparto, anemia y la aparición de cánceres mamarios y ginecológicos ^(11,12), el fortalecimiento del vínculo emocional madre-hijo y la promoción del bienestar materno, generando satisfacción personal y disminuyendo las tasas de depresión posparto ^(11,13), así como la reducción del abandono infantil ^(14,15) y de los conflictos familiares ⁽¹⁶⁾. Los costes para el sistema de salud también se reducen gracias a los beneficios de la lactancia materna, ya que disminuye el número de consultas en atención primaria, urgencias y reingresos hospitalarios ^(17,18).

Aunque la lactancia es un acto instintivo para el recién nacido, tiene un componente cultural y requiere un proceso de aprendizaje por parte de las madres. En este contexto, se espera que las experiencias propias de las mujeres y los aspectos culturales tengan una influencia importante en las prácticas y comportamientos relacionados con la lactancia ^(19,20).

Por un lado, en los países de altos ingresos, la “normalización” social del uso de fórmulas lácteas, biberones y tetinas artificiales son razones que alejan a muchas mujeres de la lactancia materna ^(21,22). En estos países, existe una dificultad para conciliar la vida familiar y profesional tras la incorporación de la mujer al mercado laboral, lo que se traduce en bajas tasas de lactancia materna ^(23,24).

Por otro lado, en los países de bajos ingresos ^(25,26), las creencias culturales pueden influir en el destete precoz del bebé, como la creencia de que la leche es “débil”, que la producción es escasa o preocupaciones relacionadas con la estética del pecho. En algunos países de África, por ejemplo, se cree que el consumo de alimentos fríos (como pepino, sandía, frijoles o guayaba) puede dificultar la recuperación de la mujer en el puerperio ⁽²⁰⁾. Otras creencias también se difunden en distintos países ⁽²⁷⁾.

Algunos autores reconocen la existencia de una brecha entre diferentes culturas y zonas demográficas a nivel mundial, así como una formación y atención obstétrica no unificadas, lo que da lugar a una disparidad significativa en las prácticas de lactancia materna y en el apoyo recibido, favoreciendo a aquellas comunidades de países desarrollados ⁽²⁸⁾. Por ello, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la OMS están trabajando para priorizar políticas públicas que permitan a los profesionales de la salud implementar proyectos e intervenciones centradas en la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna ⁽²⁹⁾, fomentando la expresión verbal de las expectativas y dificultades de las madres lactantes y adaptándose a las necesidades individuales de cada mujer ⁽³⁰⁾.

Desde 2016, el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna compromete a los Estados miembros a regular la comercialización de dichos productos y a aumentar en un 50 % las tasas de lactancia materna exclusiva a nivel mundial ⁽³¹⁻³⁴⁾. La consideración de este Código representa un impulso para la promoción de la lactancia materna, y pone de manifiesto su gran repercusión a nivel sanitario, económico y social. En este contexto, una revisión de exploratoria podría aportar información útil a los profesionales implicados en el cuidado materno-infantil, considerando el origen y contexto cultural de las mujeres, y promoviendo el desarrollo y mejora de su práctica, así como el bienestar de las madres.

Por tanto, el objetivo de esta revisión es explorar el papel de las creencias y prácticas culturales en los comportamientos de lactancia materna en las mujeres, a través de la siguiente pregunta de investigación orientadora: ¿Cuál es la evidencia actual sobre el papel de las creencias, prácticas, tabúes o mitos culturales en el inicio, mantenimiento o cese de la lactancia materna en mujeres de diferentes culturas?

MÉTODO

Diseño y estrategia de búsqueda

Se realizó una revisión exploratoria siguiendo la lista de verificación PRISMA-ScR (Elementos de Reporte Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Meta-análisis,

extensión para Revisiones Exploratorias) ⁽³⁵⁾. La búsqueda se llevó a cabo utilizando las bases de datos PubMed, Scopus, CINAHL, PsycINFO, Web of Science y Cochrane Database of Systematic Reviews. Las búsquedas fueron realizadas de forma independiente por dos investigadores, utilizando la siguiente expresión booleana, ligeramente adaptada para cada base de datos: (cultur OR customs OR taboo OR myths) AND (breastfed OR breastfeeding OR “breast fed” OR “milk sharing” OR “breast feeding”)*. No se realizaron búsquedas manuales.

Criterios de inclusión y exclusión

Estudios incluidos: 1. Estudios que investigaron cómo las creencias culturales pueden influir en los patrones de lactancia materna. 2. Artículos revisados por pares con datos originales publicados entre 2017 y 2023. 3. Estudios cuantitativos, cualitativos o de diseño mixto. No se aplicaron restricciones de idioma.

Estudios excluidos: 1. Editoriales, ensayos de opinión, revisiones de la literatura y libros, o aquellos que no abordaran cuestiones culturales o patrones de lactancia materna. 2. Estudios centrados en la alimentación infantil o en enfoques nutricionales relacionados con patologías durante la lactancia.

Selección de estudios y extracción de datos

Después de la búsqueda, todas las referencias fueron incorporadas al software Mendeley. El procedimiento de selección fue realizado de forma independiente por dos investigadores. En primer lugar, se eliminaron las publicaciones duplicadas y, posteriormente, los revisores realizaron una selección por título y resumen. Los artículos en texto completo fueron revisados por dos investigadores, y en caso de desacuerdo, se consultó a un tercer revisor. Finalmente, se extrajeron los datos de cada estudio. La tabla resumen fue revisada minuciosamente por tres revisores de forma independiente, con discusiones críticas sobre los datos extraídos (Tabla 1 y Tabla 2).

Evaluación de la Calidad metodológica

Los estudios que cumplieron con los criterios de inclusión fueron evaluados en cuanto a su validez metodológica antes de ser incluidos en la revisión. Se evaluó la adherencia a las directrices de reporte (EQUATOR) en estudios observacionales utilizando la lista de verificación STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) ⁽³⁶⁾. En cuanto a los estudios cualitativos, se utilizaron las directrices Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) ⁽³⁷⁾. Aunque el SRQR no califica los ítems numéricamente, se utilizó la siguiente categorización basada en el porcentaje de ítems que cumplían con los criterios de evaluación: Excelente (80-100% de los ítems), Bueno (50-80%), Regular (30-50%) y Deficiente (<30%).

Desarrollo de las categorías

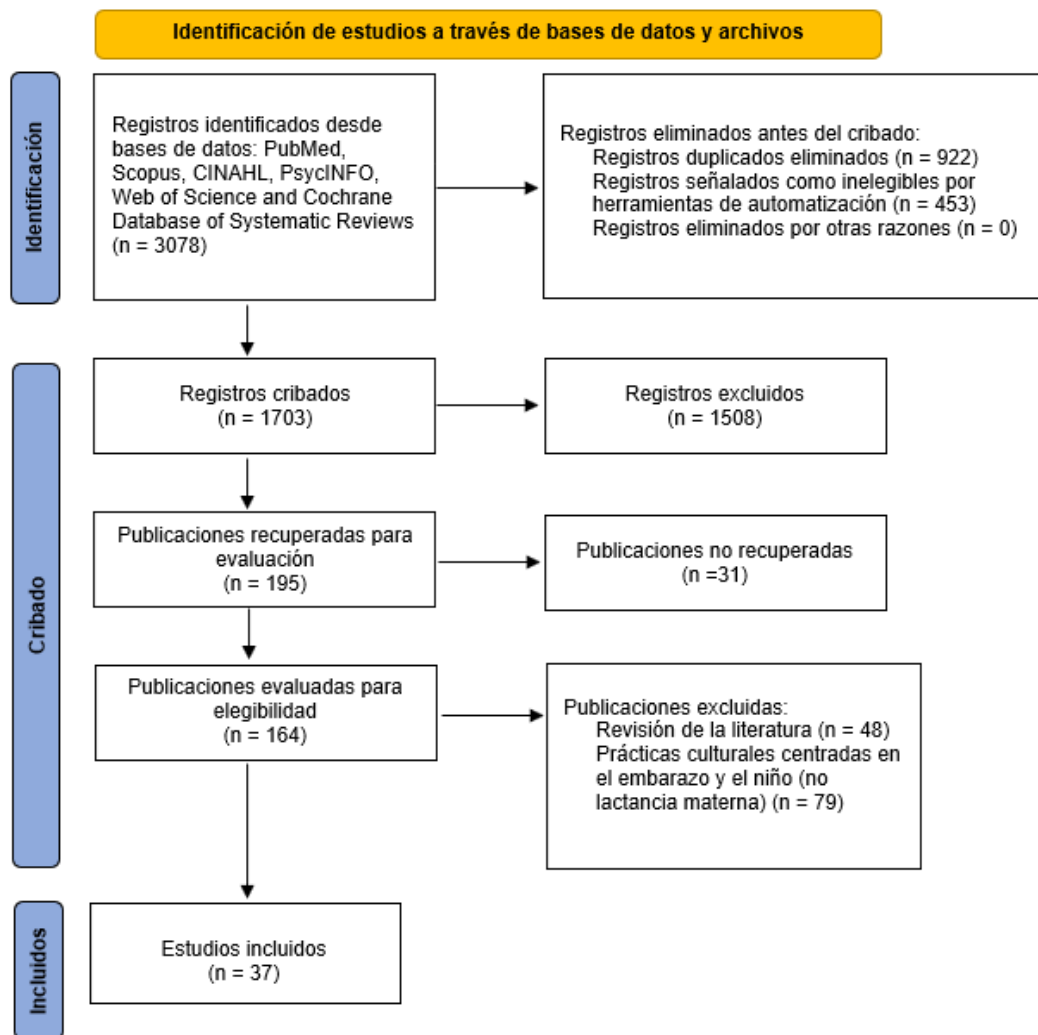
Para desarrollar las categorías de esta revisión exploratoria, se utilizó un enfoque de análisis temático ⁽³⁸⁾. Dos revisores participaron en las búsquedas, el cribado, la evaluación de los artículos y la extracción de datos. Organizaron etiquetas descriptivas y se centraron en conceptos emergentes o persistentes, así como en similitudes o diferencias en los comportamientos o prácticas de lactancia materna, percepciones,

creencias y declaraciones de las mujeres y los miembros de la familia. Los datos codificados de cada artículo fueron examinados y comparados con los datos de todos los demás estudios.

RESULTADOS

Se encontraron 3078 publicaciones que coincidían con los criterios de búsqueda, y 164 artículos pasaron al análisis del texto completo. Después de leer los artículos completos, nuestra muestra final incluyó 37 estudios. El diagrama de flujo se incluye en la Figura 1.

Figura 1: Diagrama de selección de estudios, según el diagrama de flujo PRISMA



Características de los estudios incluidos

Un total de treinta y siete estudios fueron incluidos en la muestra final. Estos estudios fueron realizados principalmente en África (n=10), Asia (n=13) y América (n=10). La mayoría de los estudios utilizaron un diseño cualitativo (n=26) y se caracterizaron por entrevistas (n=15), seguidas por técnicas de grupo (n=8). En cuanto a los estudios con diseño mixto, cuatro estudios se llevaron a cabo mediante cuestionarios y entrevistas, y cinco estudios mediante cuestionarios y la técnica de grupos focales.

En la evaluación de la adherencia a las directrices de reporte, todos los artículos incluidos en esta revisión fueron considerados con una adherencia alta o media, con puntuaciones que oscilaban entre 14.1 y 20.6 /22 para los estudios observacionales (STROBE) ⁽³⁶⁾. En relación con la directriz SRQR ⁽³⁷⁾, no se rechazó ningún artículo, ya que cumplieron con la mayoría de los ítems. Las debilidades más frecuentes estaban relacionadas con la falta de descripción de los guiones de las entrevistas y la ausencia de presentación de las características de los investigadores.

Síntesis

En esta revisión exploratoria, las poblaciones objetivo fueron predominantemente mujeres lactantes de diferentes culturas. La Tabla 1 muestra las referencias, objetivos, métodos de diseño y muestras de selección de cada uno de los estudios seleccionados.

Tabla 1: Referencias, diseño y muestras seleccionadas de cada estudio para esta scoping review.

Referencia	Diseño	Muestra
Acheampong et al. ³⁸ / Ghana, África	Cualitativa (entrevistas)	13 madres seropositivas con niños menores de 1 año de edad. Etnicidad / Nacionalidad: ghanesa (África Occidental) Edad media: 33,5.
Adda et al. ³⁹ / Ghana, África	Cualitativa (4 GFs y 8 entrevistas en profundidad)	29 madres primerizas que participaron en los grupos focales (GFs); 4 parteras tradicionales y 4 trabajadores de la salud (responsables de las instalaciones de salud). Etnicidad / Nacionalidad de los grupos focales: Kassena (N=13); Nankana (N=14); Otros (N=2) (África Occidental) Edad media: entre 20 años o menos y 26 años.
Amaral et al. ⁴⁰ / Brasil, Sudamérica	Cualitativa (entrevistas semi-estructuradas)	14 madres lactantes Etnia/Nacionalidad: brasileña Edad: 20-38 años
Chakona ⁴¹ / Sudáfrica, África	Metodología mixta (9 GFs y encuestas)	84 hogares emparejados con madre/cuidador y 94 participantes en grupos focales. Etnia/Nacionalidad: Sudafricana. Edad media: 34,7 años para madres/cuidadores y 16,3 meses para niños.
Dietrich Leurer et al. ⁴² / Tanzania, África	Cualitativa (entrevistas)	30 madres masái con bebés de entre cero y seis meses de edad Etnia/Nacionalidad: Masái de Tanzania (África Oriental) Edad media: 26 años.
Hinson et al. ⁴³ / USA, América del norte	Cualitativa (6 GFs)	34 madres afroamericanas de bebés de 0 a 3 meses.

Referencia	Diseño	Muestra
		Etnia/Nacionalidad: Afroamericana/Ciudad del noreste de EE. UU. (Norteamérica). Edad media: 25,6 años.
Horwood et al. ⁴⁴ / Sudáfrica, India (África y Asia)	Cualitativa (14 GFs en Sudáfrica y 9 en la India)	Total, N = 87 participantes de Sudáfrica (62 mujeres con hijos menores de 5 años y 25 hombres que trabajaron en la economía informal durante más de 6 meses). Etnia/Nacionalidad: africana Edad media: 26-45 años. Total, N = 92 participantes de India (54 mujeres con hijos menores de 5 años y 38 hombres que habían trabajado en la economía informal durante más de 6 meses). Etnia: hindú (N = 80); musulmana (N = 11) y otra (1). Edad media: 20-25 años.
Kim et al. ⁴⁵ / Champaign County (USA), América del Norte	Métodos mixtos (entrevistas semiestructuradas basadas en la Teoría del Comportamiento Planificado, la Escala de Actitudes de Alimentación Infantil de Iowa y la Escala de Autoeficacia en la Lactancia Materna (forma corta) para medir actitudes y autoeficacia, respectivamente)	15 madres primerizas que amamantaron a sus hijos. Etnia/Nacionalidad: Afroamericana (negra). Edad: 15 - ≥30 años.
Ruhmayanti & Yasin ⁴⁶ / Indonesia, Asia	Estudio analítico cuantitativo con un estudio observacional transversal. (Cuestionario administrado))	112 madres lactantes y madres con niños pequeños (de 0 a 3 años) y con antecedentes de lactancia materna. Etnia/Nacionalidad: Indonesia (Asia)
Zhao et al. ⁴⁷ / China, Asia	Cualitativa (entrevistas semi-estructuradas)	27 madres con un hijo menor de tres años. Etnia/Nacionalidad: China (Asia Oriental) Edad media: 27 años.
Atyeo et al. ⁴⁸ / Guatemala, Sudamérica	Cualitativa (entrevistas semi-estructuradas)	178 madres Etnia/Nacionalidad: Maya Edad: 29-30 años
Zakar et al. ⁴⁹ / Pakistán, Asia	Cualitativa (12 GFs)	38 madres y 40 padres Etnia/Nacionalidad: Pakistán (Asia Meridional) Edad: 25 años o más.
Yalçın et al. ⁵⁰ / Turquía, Asia	Cualitativa (46 GFs)	335 personas (personal sanitario turco que trabaja en maternidades, personal sanitario sirio que trabaja en centros de

Referencia	Diseño	Muestra
		salud para refugiados, mujeres embarazadas, madres, padres y abuelas sirias). Etnia/Nacionalidad: Siria (262) y Turquía (73). Edad media: Refugiados sirios: 43 años; personal turco: mayor de 40 años.
Christoffel et al. ⁵¹ / Brazil, Sudamérica	Cualitativa (entrevistas semi-estructuradas)	30 profesionales de la salud (seis enfermeras, cinco técnicos de enfermería, tres médicos, quince agentes comunitarios de salud y un cirujano dentista) Edad: 21-56 años.
Idris & Palutturi ⁵² / Indonesia, Asia	Estudio transversal (cuestionarios ad hoc)	104 madres de niños de 6 a 12 meses. Etnia/Nacionalidad: Indonesia (Asia Meridional) Edad media: 30-34 años.
Nuño Martínez et al. ⁵³ / Perú, Sudamérica	Cualitativa (entrevistas semi-estructuradas)	40 mujeres Edad media: 28 años.
Budiati ⁵⁴ / Indonesia, Asia	Métodos mixtos Cualitativos (entrevistas y GF) Cuantitativos (encuestas).	Fase cualitativa: 14 madres lactantes tras cesárea y 3 esposos/parejas de madres lactantes, y grupo focal con 4 suegras/padres de madres lactantes tras cesárea. Fase cuantitativa: 148 participantes (fase cuantitativa) con bebés de entre 6 y 24 meses. Etnia/Nacionalidad: Indonesia (Sudeste Asiático): Sundaneses (44%), Betawi (21,6%), Jawa (15,5%), Batak (6,8%), Padang (12%), otros (4%). Edad media: 29,67 ± 6,22 años.
Mgongo et al. ⁵⁵ / Tanzania, África	Cualitativo (9 discusiones en grupos focales-GF)	78 madres con bebés de 0 a 12 meses. Etnia/Nacionalidad: Pare (mismo grupo) y Chagga (rombo). Tanzania (África Oriental). Edad media: 28 años.
Talbert et al. ⁵⁶ / Kenia, África	Cualitativas (Entrevistas semiestructuradas)	20 madres primerizas Etnia/Nacionalidad: Kenia (África Oriental) Edad media: 17 años.
Khan & Kabir ⁵⁷ / Bangladesh, Asia	Métodos mixtos (2 grupos focales, entrevistas cualitativas y cuestionarios cuantitativos)	220 parejas de bebés (de 4 a 12 meses) Etnia/Nacionalidad: Bangladesh (Asia Meridional) Edad media: 21-29 años.

Referencia	Diseño	Muestra
Debnath et al. ⁵⁸ / India, Asia	Métodos mixtos (cuestionario semiestructurado con preguntas abiertas)	306 díadas madre-recién nacido Etnia/Nacionalidad: India (Asia Meridional). Edad media: 22,6 años.
Anazonwu et al. ⁵⁹ / Nigeria, África	Métodos mixtos (cuestionario y entrevistas en profundidad).	592 mujeres embarazadas en edad fértil, 9 hombres casados y 9 abuelas. Etnia/Nacionalidad: nigeriana. Edad media: 30-34 años (el porcentaje más alto).
Hernández-Cordero et al. ⁶⁰ / México, Sudamérica	Métodos mixtos (encuestas y entrevistas semiestructuradas)	Encuestas (N = 543 madres) y 60 entrevistas semiestructuradas (N = 31 de zonas urbanas; N = 29 de zonas rurales). Etnia/Nacionalidad: mexicana. Edad media: 24.16 años.
Amaral et al. ⁶¹ / Brasil, Sudamérica	Cualitativa (entrevistas semiestructuradas y diario de campo)	24 madres quilombolas con niños de 0 a 2 años. Etnia/Nacionalidad: brasileña (quilombola).
Ahmed et al. ⁶² / Pakistan, Asia	Cualitativas (entrevistas en profundidad semiestructuradas)	20 madres de niños desnutridos Etnia/Nacionalidad: pakistaní Edad media: 30 años.
Pemo et al. ⁶³ / Bhutan, Asia	Cualitativas (entrevistas semiestructuradas)	24 mujeres butanesas embarazadas en el tercer trimestre de embarazo (22 de ellas también fueron entrevistadas a las 6 semanas de posparto). Etnia/Nacionalidad: butanesa (Asia) Edad: 20-25 años.
García-Magdaleno & Laureano-Eugenio ⁶⁴ / México, América del Norte	Cualitativa (6 GFs)	23 mujeres del programa Prospera que viven en comunidades rurales y urbanas de Jalisco. Etnia/Nacionalidad: mexicana. Edad promedio: 29.4 años (n = 14 mujeres de zonas rurales) y 27.3 años (n = 9 de zonas urbanas).
Kamoun & Spatz ⁶⁵ / USA, América del Norte	Métodos mixtos (entrevistas y encuestas)	10 líderes comunitarios (5 mujeres y 5 hombres) y 44 miembros de la comunidad (37 mujeres y 7 hombres). Etnia/Nacionalidad: musulmanes afroamericanos del oeste de Filadelfia (EE. UU., Norteamérica). Edad media: 37-≥45 años (líderes comunitarios) y 28-36 años (miembros de la comunidad).
Tsegaye et al. ⁶⁶ / Etiopía, África	Métodos mixtos (cuestionarios estructurados y 2 GFs)	631 madres Etnia: Etiopía (África Oriental) Edad: 15-25 años

Referencia	Diseño	Muestra
Murad et al. ⁶⁷ / Arabia Saudi, Asia	Cualitativas (entrevistas semiestructuradas)	16 madres con bebés de 0 a 2 años Etnia/Nacionalidad: Arabia Saudí (Oriente Medio) Edad: 25-34 años
Acheampong et al. ⁶⁸ / Ghana, África	Cualitativo: 6 discusiones en grupos focales (GFs)	30 adolescentes embarazadas Etnia/Nacionalidad: ghanesa (África Occidental) Edad media: 13-19 años.
Hauck et al. ⁶⁹ / Australia, Irlanda y Suecia, Oceanía y Europa	Cualitativas (encuestas en línea)	14.265 mujeres que dieron el pecho a sus hijos en los dos años anteriores. Etnia/Nacionalidad: (N = 10.910 australianas; N = 1.835 irlandesas; N = 1.520 suecas). Edad media: 33,3 años.
Maviso et al. ⁷⁰ / Papúa Nueva Guinea, Oceanía	Cualitativo (entrevistas semiestructuradas y dos grupos focales)	20 madres primerizas. Etnia/Nacionalidad: Papúa Nueva Guinea (Oceanía) Edad: 15-34 años.
Reno ⁷¹ / USA, América del Norte	Cualitativo (Construcción de modelos grupales)	Total, N = 21: mujeres embarazadas (N = 8) y en posparto (N = 13). Etnia/Nacionalidad: Afroamericana (EE. UU., Norteamérica). Edad media: 24,81 años.
Ratnayake & Rowel ⁷² / Sri Lanka, Asia	Métodos mixtos (cuestionario) y 4 GFs	FDG: 21 madres. Estudio cuantitativo: 333 madres con bebés de 6 meses. Etnia/Nacionalidad: Sri Lanka (Asia Meridional): Cingaleses (237); musulmanes (72); tamiles (44); malayos (1). Edad media: 19-38 años.
Newman & Williamson ⁷³ / Reino Unido, Europa	Cualitativas (entrevistas semiestructuradas)	8 mujeres con experiencia en lactancia materna. Etnia/Nacionalidad: británica (Europa) Edad media: 32 años.
Guo et al. ⁷⁴ / China, Asia	Estudio cualitativo (entrevistas semiestructuradas)	13 madres trabajadoras chinas que continuaron la lactancia materna durante un mes o más tras reincorporarse al trabajo. Etnia/Nacionalidad: China Edad media: 33,4 años.

Tabla de elaboración propia basada en el análisis narrativo de los resultados

La Tabla 2 muestra las referencias, los principales hallazgos, la calidad y el proceso de lactancia de cada uno de los estudios seleccionados. Se propusieron dos categorías temáticas: 1. Percepciones y creencias sobre la lactancia materna en mujeres. 2. La influencia de las normas sociales en la lactancia materna de las mujeres. Los resultados se presentan a continuación.

Tabla 2: Referencias, hallazgos principales, Calidad y proceso de lactancia de cada estudio para esta scoping review.

Referencias	Hallazgos principales	Calidad	Proceso de lactancia
Acheampong et al. ³⁸ / Ghana, África	Los cónyuges y hermanos de las mujeres fueron una fuente de apoyo para iniciar y mantener la lactancia materna. Sin embargo, las mujeres evitaban revelar su estado serológico respecto al VIH a ciertos miembros de la comunidad, ya que eran juzgadas severamente sobre si podían transmitir la infección a sus bebés a través de la leche materna y podían ser castigadas. En el caso de las parteras, existía ambivalencia entre quienes fomentaban la lactancia materna y quienes juzgaban y hacían sentir mal a las mujeres por su estado serológico.	SRQR	Iniciación y cese
Adda et al. ³⁹ / Ghana, África	El conocimiento de los beneficios fisiológicos, emocionales y económicos, así como la posibilidad de la lactancia materna como método anticonceptivo, predecían su éxito. Sin embargo, algunas madres creían que un bebé podía morir de sed si se alimentaba exclusivamente con leche materna o si el calostro estaba contaminado, por lo que estas creencias impedían la lactancia materna. Los rituales ("kacheeri", "pog-saare") para purificar la leche o el uso de brebajes herbales, la influencia familiar (especialmente de las suegras) o la necesidad de ir a trabajar también eran predominantes, lo que obligó a la introducción de la alimentación complementaria.	SRQR	Iniciación y mantenimiento
Amaral et al. ⁴⁰ / Brasil, Sudamérica	La interrupción de la lactancia materna exclusiva se relaciona con las rutinas de las salas de maternidad, el desconocimiento de los aspectos fisiológicos de la lactancia y la dificultad del niño para aceptar el pecho. Las participantes afirmaron que su producción de leche era insuficiente o escasa, lo que contribuye al consumo temprano de agua y té. Las madres no identificaron los beneficios de la lactancia materna, como el vínculo madre-hijo, la reducción de los gastos familiares y la disminución del riesgo de sangrado posparto.	SRQR	Mantenimiento
Chakona ⁴¹ / Sudafrica, África	La mayoría de los niños menores de 24 meses no recibían lactancia materna. Uno de los factores que influyó en la interrupción de la lactancia materna fue el miedo de las mujeres a perder a sus maridos (las relaciones sexuales hacen que la leche salga sucia y debilitan al niño). Además, el costo de los alimentos y el cambio de las prácticas tradicionales a la suplementación o la lactancia materna sustitutiva (por ejemplo, las papillas) generaron disputas entre madres y abuelas.	16.4/22 STROBE	Mantenimiento

Referencias	Hallazgos principales	Calidad	Proceso de lactancia
Dietrich Leurer et al. ⁴² / Tanzania, África	En cuanto a las creencias y conocimientos sobre la lactancia materna, la principal razón para que las mujeres amamantaran era la recomendación de mujeres mayores, que la consideraban el mejor alimento para los recién nacidos. También manifestaron desconocer las recomendaciones sobre la lactancia materna y, para muchas, eran poco realistas en su situación. Además, les daban leche de vaca y otros alimentos porque consideraban que la leche materna no era suficiente. En cuanto a la alimentación complementaria de los bebés, veinte mujeres no realizaban lactancia materna exclusiva, sino que les daban jugo, miel, mantequilla o agua, e iniciaban la alimentación sólida a los 8-9 meses.	SRQR	Iniciación y mantenimiento
Hinson et al. ⁴³ / USA, América del Norte	Los facilitadores de la lactancia materna eran conscientes de los beneficios de la lactancia materna, como el vínculo madre-hijo, la creencia de que es una creación perfecta de Dios que debe llevarse a cabo, y su relación con la espiritualidad al. ⁴³ / USA, y la red de apoyo (cónyuge, amigos, familia). Sin embargo, la sexualización del pecho femenino, así como la vergüenza pública, las prioridades de vida frente a la lactancia materna, la falta de conocimientos, apoyo e información prenatal sobre la lactancia materna y la independencia del recién nacido son los obstáculos más importantes.	SRQR	Mantenimiento
Horwood et al. ⁴⁴ / Sudáfrica, India (África y Asia)	El conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna y las desventajas de la fórmula artificial, la comodidad y las razones económicas fueron los principales motivos para iniciar la lactancia materna. Sin embargo, la reincorporación al trabajo por necesidades económicas o la imposibilidad de compaginar ambas actividades, el tiempo requerido o la creencia de dependencia del bebé influyeron en la introducción de la alimentación complementaria y el abandono total de la lactancia materna y/o la lactancia materna exclusiva. Además, se ha demostrado la incomodidad de amamantar frente a compañeros masculinos o las condiciones insalubres de algunos lugares de trabajo.	SRQR	Cese
Kim et al. ⁴⁵ / Champaign County (USA), América del Norte	Algunos factores socioculturales, como la sexualización de los senos, que impedía a las mujeres amamantar en público, o la percepción negativa de la sociedad sobre la lactancia materna en niños mayores de un año, y la dieta poco saludable de las madres (p. ej., lácteos, comidas picantes y grasosas) que producía leche materna	18.5/22 STROBE	Cese

Referencias	Hallazgos principales	Calidad	Proceso de lactancia
	poco saludable, beneficiaron la lactancia materna. Algunos factores que beneficiaron la lactancia materna fueron la flexibilidad laboral y el conocimiento de sus beneficios, como que los bebés son más inteligentes, tienen mejor digestión y olor a pañal, y padecen menos enfermedades; que era una experiencia agradable para fortalecer el vínculo, ahorra dinero en fórmula y ayudaba a aliviar el estrés.		
Ruhmayanti & Yasin ⁴⁶ / Indonesia, Asia	En la muestra de 112 mujeres encuestadas, 66 (58,9%) administraban leche materna exclusiva y 46 (41,1%) no, con variaciones entre las edades de ambos grupos. Los resultados de las percepciones socioculturales entre ambos grupos fueron significativos ($p < 0,00$) y muestran que el 81,8% de las madres que amamantaban exclusivamente tenían una buena percepción de la lactancia materna, que incluía la consideración de la importancia de la lactancia materna durante los primeros 6 meses para cubrir las necesidades nutricionales, la administración de calostro y la concienciación para añadir alimentos a partir de los 6 meses y continuar con la lactancia materna hasta los 2 años. El 73,9% de las que no administraban leche materna tenía una mala percepción de la lactancia materna y la lactancia materna exclusiva, ya que la mayoría alimentaba a sus bebés con alimentos preelectivos como miel, plátano, leche u otros alimentos/bebidas al nacer, la idea de que la leche de fórmula es un sustituto de la leche materna o la sentían como una obligación.	17.7/22 STROBE	Mantenimiento y cese
Zhao et al. ⁴⁷ / China, Asia	Existe una ambivalencia entre el deseo y el conocimiento de los beneficios de la lactancia materna y la vergüenza de las mujeres de hacerlo en público, ya que no existen espacios adaptados para ello. Esto las lleva a amamantar solo en privado y a usar leche artificial o chupetes para calmar al bebé cuando están en público. Aunque ellas mismas lo consideran natural, aún sienten miedo y timidez.	SRQR	Cese
Atyeo et al. ⁴⁸ / Guatemala, Sudamérica	Las creencias transmitidas por los familiares, como que el calostro era leche "sucia" y perjudicial para el sistema gastrointestinal del recién nacido, fueron factores influyentes en el retraso de la lactancia. Algunas madres usaban atoles (una mezcla de agua, azúcar y almidón), leche de fórmula comercial, agua, café y té como sustitutos tempranos de la leche materna. Otras pedían a	SRQR	Iniciación

Referencias	Hallazgos principales	Calidad	Proceso de lactancia
	otras madres que amamantarán a sus hijos mientras esperaban a que cesara el calostro.		
Zakar et al. ⁴⁹ / Pakistán, Asia	Debería continuarse el mayor tiempo posible sin especificarlo. La mayoría de las madres y padres creían que el calostro no era bueno para el recién nacido, por lo que alimentaban a sus bebés con ghur-ati (el primer alimento en forma de dulces). Las influencias culturales fomentan la participación de los esposos en temas de salud reproductiva, así como su opinión sobre la alimentación normal en condiciones normales de lactancia. El principal obstáculo que señalaron para la lactancia materna fue el dolor causado por el desgarramiento del pezón.	SRQR	Cese
Yalçin et al. ⁵⁰ / Turquía, Asia	There are several cultural factors such as the custom of giving the baby herbs from birth or the marital pressure that falls on the woman that prevents the EBF from being maintained over time, as well as the lack of knowledge that prevents it from being carried out correctly in Syrian shelters in Turkey.	SRQR	Iniciación, mantenimiento y cese
Christoffel et al. ⁵¹ / Brasil, Sudamérica	Los profesionales de la salud entrevistados destacaron la importancia de animar a la madre a iniciar y continuar la lactancia materna mediante educación mediante formación teórica y práctica, información, seguimiento posparto y apoyo familiar. Los principales obstáculos encontrados fueron la percepción de las madres de que su leche es demasiado débil para la nutrición que el bebé necesita, la creencia en religiones que aseguran la falta de agua en la leche y animan a los bebés a comenzar a amamantar antes, la influencia del estrés materno en la lactancia materna, la reincorporación al trabajo y la influencia cultural de las diferentes opiniones de los familiares.	SRQR	Iniciación
Idris & Palutturi ⁵² / Indonesia, Asia	La mayoría de las mujeres encuestadas daban leche materna a sus hijos (84,6 %) y conocían sus beneficios, pero solo el 58,7 % practicaba la lactancia materna exclusiva. Algunas madres (25 %) proporcionaban alimentos adicionales a sus bebés menores de 6 meses en una forma distinta a la leche materna: papilla de sol, papilla de arroz, plátano o papaya. La mayoría de las madres (87,5 %) coincidió en que la fórmula infantil no era mejor que la lactancia materna.	13.6/22 STROBE	Mantenimiento
Nuño Martínez et al. ⁵³ / Perú,	La influencia sociocultural de la escasez de leche para el bebé y las creencias erróneas sobre su composición obstaculizaron su continuación.	SRQR	No especificado

Referencias	Hallazgos principales	Calidad	Proceso de lactancia
Sudamérica	Asimismo, existía la creencia de que producía diarrea infantil, lo que fue un motivo determinante para su interrupción o abandono en muchas ocasiones.		
Budiati ⁵⁴ / Indonesia, Asia	Las razones para iniciar el proceso fueron el apoyo de sus madres y parejas, la presión social, la influencia de las suegras y el apoyo de las enfermeras. Las principales razones para el abandono se centraron en la reincorporación al trabajo, la sustitución de la leche por otros alimentos (miel, plátano y dátiles con agua), la percepción de insuficiencia de leche materna, el dolor de la herida de la cesárea, la falta de apoyo conyugal, la influencia familiar y los problemas de salud materna.	14.1/22 STROBE	Mantenimiento
Mgongo et al. ⁵⁵ / Tanzania, África	Las madres amamantan porque es una obligación para con sus hijos, les genera felicidad y les brinda mayor atención en su entorno familiar. Sin embargo, entre las principales razones para no hacerlo se encuentran la percepción de que la leche materna no es nutritiva, el mal olor, las circunstancias que la hacen impura (amamantar durante el embarazo o tener relaciones extramatrimoniales), el chango, el zongo (miedo al mal de ojo) y los eructos de los niños en el pecho materno.	SRQR	Cese
Talbert et al. ⁵⁶ / Kenia, África	Las principales barreras descritas para la lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses fueron dificultades laborales, problemas médicos del recién nacido, dolor en los senos y la postura incorrecta del bebé, así como el apego del lactante a la lactancia materna. También se incluye la influencia cultural de la necesidad de incorporar otros alimentos como agua de coco y soluciones azucaradas, hierbas ayurvédicas y agua del grifo para aliviar la sed, los cólicos abdominales, la irritabilidad, los episodios de llanto, los posibles dolores de cabeza o la creencia de que la leche materna es insuficiente como alimento exclusivo para el bebé.	SRQR	Mantenimiento
Khan & Kabir ⁵⁷ / Bangladesh, Asia	Se observaron descensos significativos en la lactancia materna exclusiva después del tercer y quinto mes, principalmente en madres trabajadoras, con mayores ingresos y residentes en zonas rurales. Los factores que influyeron en las diferentes experiencias con la lactancia materna exclusiva incluyeron la timidez y la vergüenza, la percepción de no conocer los beneficios reales de la lactancia	17.1/22 STROBE	Cese

Referencias	Hallazgos principales	Calidad	Proceso de lactancia
	materna, la influencia de diferentes miembros de la familia en la introducción de otros alimentos antes de los 6 meses y la percepción de no producir suficiente leche, lo que llevó a la administración de otros productos.		
Debnath et al. ⁵⁸ / India, Asia	Las principales razones para abandonar la lactancia materna exclusiva se relacionaron con la falta de convicción, principalmente por desconocimiento; la fuerte influencia de las creencias culturales (la alimentación con miel era un ritual muy arraigado); la persuasión familiar para introducir alimentos; la percepción de la falta de nutrientes en la leche materna y los tratamientos caseros para el resfriado. A su vez, el hecho de que el padre no fuera la principal fuente de ingresos y la desconfianza en el efecto duradero de la lactancia materna aumentaron el riesgo de abandonar la práctica. Gracias al asesoramiento de profesionales, muchas de ellas mantuvieron la lactancia materna.	16.7/22 STROBE	Mantenimiento
Anazonwu et al. ⁵⁹ / Nigeria, África	La mayoría de las mujeres creían que el agua de coco reducía las molestias gastrointestinales, que los niños debían beber cereales como soja, papilla y otros líquidos, y que la leche materna extraída era perjudicial. Además, pensaban que los bebés alimentados con leche materna no exclusiva enfermaban menos que los alimentados con leche materna exclusiva. A su vez, la actitud de las madres para optar o no por la lactancia materna exclusiva dependía en gran medida de la falta de apoyo, la presión laboral y la negativa a aceptar la posibilidad de que se les cayera el pecho.	15.4/22 STROBE	Iniciación
Hernández-Cordero et al. ⁶⁰ / México, Sudamérica	Las mujeres reconocieron que quienes facilitaban el mantenimiento de la lactancia materna se centraban en la creencia de que la fórmula infantil es perjudicial para los dientes de los bebés y causa cólicos, la información recibida durante el embarazo, los beneficios de la lactancia materna (pérdida de peso más fácil y recuperación más rápida), el ahorro económico y el apoyo familiar. Las madres o suegras de las participantes fueron las principales fuentes de apoyo para continuar la lactancia materna (47,9 %), y vivir en una zona rural fue un factor protector contra el uso de fórmula infantil un mes después del parto.	SRQR	Iniciación y mantenimiento
Amaral et al. ⁶¹ / Brasil,	En las comunidades quilombolas, se perpetúan las tradiciones y costumbres intergeneracionales (aunque existan diferentes opiniones entre las madres), como la lactancia materna cruzada y la	SRQR	Iniciación y mantenimiento

Referencias	Hallazgos principales	Calidad	Proceso de lactancia
Sudamérica	introducción de diferentes alimentos a la leche materna (como espesantes y papillas). Esto se debe a la creencia de que la leche en sí misma es insuficiente para el recién nacido y que estas prácticas "matan el hambre", permiten que los niños duerman plácidamente y los engordan.		
Ahmed et al. ⁶² / Pakistán, Asia	Debido a la influencia transgeneracional de madres y abuelas, se añade la introducción de diversos alimentos y agua debido a la creencia de que padecían sequedad bucal. Esta influencia también afecta directamente el rechazo del calostro debido a su apetito y propiedades físicas como el olor, la viscosidad, la pegajosidad y la gomosidad (cheerhon), así como la dificultad para tragarlo (aara). La falta de apoyo y la inexperiencia de las madres primerizas, los bajos ingresos, la carga laboral, la leche de fórmula, el estrés psicológico y la relación de pareja fueron otras barreras para el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna.	SRQR	Iniciación y mantenimiento
Pemo et al. ⁶³ / Bután, Asia	Todas las mujeres manifestaron su intención de amamantar porque eran conscientes de sus beneficios físicos y emocionales. Al mismo tiempo, al considerarse un proceso natural, inherente al cuidado del niño, el hecho de que fuera doloroso no era considerado por la sociedad, sino algo normal. Por lo tanto, debían mantenerlo hasta que se acostumbraran; sin embargo, era un tema tabú para ellas porque les daba vergüenza pedirlo. Muchas fueron influenciadas y obligadas por sus familiares a introducir otros líquidos, como agua para calmar la sed y las molestias, un trozo de mantaquilla después del parto u orina de vaca (ritual butanés).	SRQR	Mantenimiento y cese
García-Magdaleno & Laureano-Eugenio ⁶⁴ / México, América del Norte	Las principales barreras para la lactancia materna (mitos y condicionantes) fueron tener pechos pequeños para la producción de leche, ser más joven (lo que implica menos experiencia), pezones planos o invertidos, dolor y prejuicios comunitarios. Los determinantes que favorecieron la lactancia materna entre las mujeres rurales fueron la autoproducción de leche, el empoderamiento en la decisión de amamantar y la transmisión de información por parte de enfermeras y redes sociales como Facebook. En las zonas urbanas, sobresalieron la experiencia previa de las mujeres en la familia y las propiedades de la leche atribuidas por Dios.	SRQR	Mantenimiento y cese
Kamoun & Spatz ⁶⁵ /	Ambos grupos de participantes mostraron actitudes positivas hacia la lactancia materna, con	20/22 STROBE	No especificado

Referencias	Hallazgos principales	Calidad	Proceso de lactancia
USA, América del Norte	tasas más altas de lactancia materna (a los 6 meses y al año) y lactancia materna exclusiva (durante los primeros 3 meses) en mujeres musulmanas que en mujeres afroamericanas de Pensilvania y a nivel nacional. Los textos islámicos fomentan la práctica de la lactancia materna. Desde una perspectiva islámica, la lactancia materna fortalece la conexión humana en su comunidad, ya sea a través del vínculo madre-hijo o mediante la lactancia cruzada y la lactancia materna.		
Tsegaye et al. ⁶⁶ / Etiopia, África	Los grupos focales muestran que muchas madres desconocían el verdadero significado de la lactancia materna exclusiva y la consideraban inusual o sorprendente, confundiéndola con la lactancia materna parcial e incluyendo otros alimentos (leche, galletas, fruta) o agua para calmar la sed. La principal barrera para la lactancia materna exclusiva es la educación al respecto, así como creencias culturales como la costumbre de dar al bebé mantequilla fresca de vaca o cabra justo después del parto, la creencia de que la leche materna es insuficiente, la costumbre de que los esposos trabajen fuera del pueblo, lo que hace que toda la carga de las tareas domésticas recaiga sobre la mujer, y la falta de apoyo familiar. Para los profesionales de la salud, estas creencias se derivan del desconocimiento de la población general sobre la lactancia materna exclusiva.	18.9/22 STROBE	Mantenimiento
Murad et al. ⁶⁷ / Arabia Saudi, Asia	La información sobre lactancia materna proporcionada por profesionales sanitarios en Arabia Saudita animaba predominantemente a las madres a amamantar. Además, las políticas, el personal y los sistemas eran los principales obstáculos para el inicio y el desarrollo de la lactancia materna exclusiva. Las madres que compaginaban múltiples roles y tenían otras preocupaciones sobre la alimentación de sus bebés eran más propensas a interrumpir la lactancia materna exclusiva 6 meses antes y a interrumpir la lactancia antes de lo previsto. Además, el mal de ojo perturbaba a las madres e interrumpía la lactancia materna.	SRQR	Cese
Acheampong et al. ⁶⁸ / Ghana, África	La motivación para la lactancia materna exclusiva surgió del reconocimiento por parte de los participantes del valor nutricional de la leche materna al experimentar resultados positivos de la lactancia materna exclusiva en la familia (es decir, crecimiento saludable del bebé, vínculo afectivo	SRQR	Iniciación

Referencias	Hallazgos principales	Calidad	Proceso de lactancia
	con la madre), la aprobación de las madres, abuelas y hermanas, el apoyo económico de la pareja y el conocimiento atribuido a profesionales de la salud de mayor edad. Sin embargo, si la lactancia materna exclusiva no cumple las expectativas, las madres introducirían la alimentación complementaria en menos de seis meses. Las participantes también reconocieron la necesidad de educación comunitaria sobre la lactancia materna exclusiva.		
Hauck et al. ⁶⁹ / Australia, Irlanda y Suecia, Oceanía y Europa	Los principales desafíos que enfrentan las madres durante la lactancia son la falta de un entorno de apoyo, la ropa inapropiada, los problemas relacionados con el bebé (angustia, distracción), la incomodidad en público y la atención no deseada. Las estrategias que utilizan las madres para estos dos últimos casos se basan en esforzarse por ser discretas, alejarse o hacerlo en privado, evitar la situación y disculparse por mantener la lactancia materna sin sentirse incómodas, usando leche extraída o fórmula. Lo que más les ayudó fue la red de apoyo, el entorno adecuado, la normalización con otras madres, la preparación y el uso de ropa adecuada.	SRQR	Mantenimiento y cese
Maviso et al. ⁷⁰ / Papúa Nueva Guinea, Oceanía	Se distinguen tres factores principales que benefician o perjudican la continuación de la lactancia materna. En primer lugar, las madres afirmaron que la falta de información sobre este tema por parte de los profesionales de la salud les impidió saber con certeza cómo hacerlo. Por otro lado, demostraron que las redes sociales eran un recurso importante para saber cómo llevar a cabo esta actividad, así como la influencia de otras madres jóvenes de la comunidad. Finalmente, la carga cultural de los abuelos y el rol de género que asumen como mujer, así como la necesidad de reincorporarse al trabajo, influyeron fuertemente en la inclusión de alimentos semisólidos antes de los 6 meses de vida.	SRQR	Iniciación y cese
Reno ⁷¹ / USA, América del Norte	La falta de apoyo (individual, institucional y relacionado con la cultura y la etnicidad), las barreras emocionales, la dificultad de amamantar en público, la sexualización de los pechos y la dependencia de la lactancia materna hacia el bebé fueron las barreras más destacadas por las madres.	SRQR	Iniciación, mantenimiento y cese
Ratnayake & Rowel ⁷² /	Las principales razones asociadas con el abandono temprano de la lactancia materna exclusiva fueron el desconocimiento del significado	20/22 STROBE	Cese

Referencias	Hallazgos principales	Calidad	Proceso de lactancia
Sri Lanka, Asia	de la lactancia materna exclusiva, la actitud negativa de las madres hacia la lactancia materna y el hecho de que la mujer estuviera empleada. La dificultad para obtener la baja por maternidad, la vergüenza de amamantar en público, el entorno laboral desfavorable para la lactancia materna, la influencia profesional con mensajes controvertidos y la influencia familiar, así como los rituales que influyen en la alimentación infantil, surgieron como las principales barreras en los grupos focales.		
Newman & Williamson ⁷³ / Reino Unido, Europa	Las razones desfavorables que enfrentaron las madres que habían amamantado se centraron en la incomodidad causada por las miradas prejuiciosas de la gente (sexualización del pecho en muchas ocasiones); la sensación de estar expuestas, no solo al mostrar el pecho, sino también el vientre (a veces deformado por el embarazo). Todas coincidieron en la importancia del apoyo, especialmente del cónyuge, para mantener la lactancia.	SRQR	Mantenimiento
Guo et al. ⁷⁴ / China, Asia	Las madres trabajadoras se enfrentaron a factores estresantes y de apoyo, y su interacción con estos factores ambientales estimuló su resiliencia para continuar la lactancia. Las madres informadas sobre la lactancia materna y con la convicción reforzada de los beneficios para sus hijos reforzaron su determinación de continuar la lactancia a pesar del cansancio. La comprensión de sus pares, la reducción de la carga de trabajo y otros apoyos externos mitigaron el efecto negativo del conflicto entre el trabajo y la lactancia.	SRQR	Mantenimiento
STROBE = Fortalecimiento de la presentación de informes de estudios observacionales en epidemiología (Apéndice 1)			
SRQR = Estándares para la presentación de informes de investigación cualitativa (Apéndice 2)			
Tabla de elaboración propia basada en el análisis narrativo de los resultados			

Categoría 1. Percepciones y creencias sobre la lactancia materna

Si bien existen varios factores que apoyan el inicio y la continuación de la lactancia materna, como su valor nutricional, el vínculo materno-infantil, el nivel educativo, los efectos anticonceptivos y el aumento de peso del bebé ⁽³⁸⁻⁴⁷⁾, también existen creencias que pueden obstaculizar las prácticas de lactancia materna.

En países como Ghana y Guatemala, a pesar de cierta conciencia de los beneficios de la lactancia materna, existe la creencia de que el calostro, o la primera leche, es "leche sucia", lo que lleva a las mujeres a optar por otras madres para amamantar a sus hijos ⁽³⁹⁻⁴⁸⁾. Una creencia similar se encuentra en Pakistán, donde la primera leche se reemplaza con agua de rosas, miel o leche de cabra, a menudo proporcionada por una

persona mayor o religiosa ⁽⁴⁹⁾. En Tanzania, las mujeres pueden usar una mezcla de agua, azúcar y almidón (llamada atoles) y pedir a otras madres que amamanten mientras esperan a que cese el calostro ⁽⁴⁸⁾. En Turquía, el uso de hierbas para recién nacidos también impide la lactancia materna exclusiva ⁽⁵⁰⁾. Otra preocupación es la creencia de que la leche materna no satisface todas las necesidades nutricionales del recién nacido y que la proteína de la leche de vaca es mejor que la leche materna ^(51,52). Históricamente, la interrupción de la lactancia materna se debía a la percepción sociocultural de que la leche no era beneficiosa para el bebé. La creencia común de que la lactancia materna podía causar diarrea infantil también contribuyó a su abandono ⁽⁵³⁾. Esta actitud negativa hacia la lactancia materna a menudo conducía a la introducción temprana de leche de vaca, jugos, miel, mantequilla ^(40,42,54,55) o incluso remedios tradicionales por consejo de familiares ⁽⁵⁶⁾.

Además, existe la creencia de que las infusiones de hierbas pueden prevenir deformidades en el bebé o dificultades para caminar ⁽³⁹⁾, y que el agua, como sustituto o complemento de la leche materna, es esencial para calmar la sed o el hambre ^(39,57). La miel también es un ritual culturalmente significativo para dar la bienvenida a los recién nacidos ⁽⁵⁸⁾. Dada la creencia de que el calostro es insuficiente o desagradable debido a su olor, viscosidad y dificultad para tragar, la leche de fórmula suele considerarse una mejor alternativa, ya que aporta más nutrientes y reduce el riesgo de enfermedades ^(45,59,60).

Otras creencias culturales sugieren que el entorno puede influir en la leche. Por ejemplo, la idea de que amamantar con poca luz debilita la leche e impide una nutrición adecuada ⁽⁶¹⁾. Las experiencias dolorosas con la lactancia materna también contribuyen a su abandono en países como México ⁽⁵⁰⁾, Kenia ⁽⁵⁶⁾ y Pakistán ^(49,62). Sin embargo, en Bután, aunque la lactancia materna se percibía inicialmente como dolorosa, las mujeres reconocieron su necesidad y sus beneficios ⁽⁶³⁾.

Las creencias religiosas o espirituales también pueden influir en la decisión de amamantar. Algunas madres creen en los beneficios divinos de la leche materna o que la lactancia materna transmite rasgos religiosos o de comportamiento al bebé ^(49,64). Por ejemplo, las madres afroamericanas pueden asociar la lactancia materna con el diseño perfecto de Dios para la humanidad ⁽⁴³⁾. En el islam, el Corán y los hadices enfatizan el vínculo madre-hijo, y se anima a las mujeres musulmanas a amamantar hasta los dos años ⁽⁶⁵⁾. En Etiopía, una práctica llamada Turufa consiste en dar a los recién nacidos mantequilla o leche fresca de vaca o cabra. Se cree que el bebé heredará las características de quien se la ofrezca (es decir, un miembro respetado de la comunidad o una figura religiosa) ⁽⁶⁶⁾. Sin embargo, creencias espirituales, como el "mal de ojo" (Zongo) en Arabia Saudita, también pueden perturbar las prácticas de lactancia materna ⁽⁶⁷⁾.

Categoría 2. Influencia de las normas sociales en la lactancia materna

En esta categoría se encontraron dos subcategorías: Redes de apoyo social y Sociedad.

Redes de apoyo social:

Las redes de apoyo y el contexto social influyen significativamente en el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna, tanto cultural como intergeneracionalmente

(40,59). La falta de apoyo social y marital, los bajos ingresos y las presiones derivadas de los roles de género y la sexualización de las mujeres suelen dificultar el inicio y la continuación de la lactancia materna (62,66,68). Por el contrario, el apoyo emocional de la familia y la sociedad, así como ver a otras madres amamantar en público, influyen positivamente en las tasas de lactancia materna (67,69).

La familia desempeña un papel fundamental en las decisiones sobre la lactancia materna. Las madres, suegras y mujeres mayores son especialmente influyentes a la hora de fomentar o desalentar la lactancia materna en el seno familiar (39,42,54,60,63). El apoyo familiar positivo mejora las tasas de lactancia materna (43,58,61,69), pero su ausencia puede desalentarla. Por ejemplo, en Ghana, las familias paternas a veces abogan por la introducción temprana de alimentos semisólidos, lo que perjudica la lactancia materna (39). De manera similar, en Bután, las generaciones mayores aceptan la lactancia materna, pero ponen en riesgo la lactancia materna exclusiva al promover prácticas culturales como ofrecer mantequilla o agua bendita (57,63,70). Estos rituales reflejan la creencia de que el niño hereda cualidades de quien le proporciona estos alimentos.

Los factores sociales relacionados con el matrimonio también afectan la lactancia materna. En Sudáfrica, algunas mujeres dejan de amamantar prematuramente por temor a perder a sus maridos. Esto se debe a la creencia de que las relaciones sexuales durante la lactancia debilitan al niño (41). Por lo tanto, las dinámicas sociales y culturales, ya sean de apoyo o desafiantes, influyen significativamente en las prácticas de lactancia materna a nivel mundial.

Sociedad:

Desde una perspectiva social, la lactancia materna en público sigue siendo controvertida debido a las construcciones culturales y la preocupación por la imagen de la madre, incluyendo la "sexualización" de la mujer (71). Mgongo et al. (55) destacaron barreras como el miedo a la caída de los senos o la percepción de la lactancia materna como algo sucio y maloliente. Las creencias negativas sobre los senos pequeños, que implican una menor producción de leche (64), y la sexualización de la mujer contribuyen a la vergüenza al amamantar en público (72).

Otras barreras incluyen la falta de espacios públicos adecuados para la lactancia materna (47,71), el miedo a ser juzgados por amamantar a niños mayores y la desaprobación mediante comentarios o miradas de desaprobación (43,45,69). En consecuencia, muchas mujeres invierten un esfuerzo considerable en elegir la ropa y los lugares para evitar atención no deseada. Las diferencias culturales también juegan un papel clave. Horwood et al. (44) descubrieron que las mujeres indias sienten vergüenza de amamantar en público, pero aun así lo hacen. Sin embargo, las mujeres sudafricanas evitan por completo la lactancia materna en público debido a las normas culturales que consideran inaceptable exponer los senos (73). El rol del trabajo también presenta desafíos. Conciliar la lactancia materna con la reincorporación al trabajo a menudo lleva al abandono de la lactancia materna exclusiva (LME) debido al estrés, la presión social y la falta de instalaciones adecuadas para la extracción de leche o la lactancia materna. Esto se ve agravado por las críticas y los comentarios de los compañeros en el lugar de trabajo, especialmente en ciertos entornos laborales como la venta ambulante (44, 54, 67, 72, 74).

DISCUSIÓN

Esta revisión exploratoria ha aportado más evidencia sobre el papel de las cuestiones culturales en los hábitos de lactancia materna de las mujeres. Existen diversas creencias que pueden influir en los patrones de lactancia materna, lo cual podría influir en las recomendaciones de la OMS sobre la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y que los profesionales de la salud deberían tener en cuenta.

Un factor importante que afecta los hábitos de lactancia materna es la percepción de que la leche materna es "sucia", especialmente en entornos de bajos recursos ⁽⁷⁵⁻⁷⁷⁾. De igual manera, la creencia de que la leche materna carece de suficientes nutrientes es común en todo el mundo, lo que lleva al uso de fórmula ⁽⁷⁸⁾. Estas creencias contrastan con la creciente evidencia que demuestra los beneficios de la lactancia materna, como mejores resultados gastrointestinales, mejor ganancia de peso, recuperación más rápida y mayor inmunidad ^(79,80). Los sistemas de salud deben abordar estos conceptos erróneos mediante la publicidad, la educación materna y la consejería. La evidencia sugiere que la educación materna aumenta las tasas de lactancia materna y supera las barreras ^(81,82).

El acceso a apoyo para la lactancia materna, como especialistas, extractores de leche y materiales educativos, también facilita la lactancia materna. Sin embargo, en Colombia, persisten barreras como la separación madre-hijo, las creencias culturales y las prácticas de cuidado ⁽⁸³⁾.

Las creencias espirituales también influyen en las conductas de lactancia materna. En contextos religiosos, la lactancia materna puede considerarse sagrada ⁽⁸⁴⁾ o verse obstaculizada por la creencia en fuerzas malévolas que la oponen ^(77,85). Involucrar a las comunidades espirituales en la educación sobre la lactancia materna, capacitar a líderes religiosos y ofrecer charlas en servicios religiosos puede promover la lactancia materna ⁽⁸⁶⁾. El apoyo social influye significativamente en la lactancia materna, actuando como facilitador o como barrera. Los familiares pueden fomentar la lactancia materna ⁽⁷⁸⁾, pero algunos pueden promover la introducción temprana de otros alimentos ⁽³⁹⁾. En Irlanda, si bien la lactancia materna en público está socialmente aceptada, la arraigada cultura de la alimentación artificial sigue siendo una barrera ⁽⁸⁷⁾. Los profesionales de la salud deben evaluar la dinámica familiar para abordar las cuestiones culturales y educar a las familias sobre los beneficios de la lactancia materna ⁽⁸⁸⁾.

Los factores sociales también influyen en el éxito de la lactancia materna. La desaprobación pública de la lactancia materna debido a "problemas de sexualización" ⁽⁸⁹⁾, la difusión de noticias falsas y la reinserción laboral temprana dificultan la lactancia materna. Estrategias como la creación de espacios públicos para la lactancia materna y leyes que apoyen las carreras profesionales de las mujeres pueden abordar estos desafíos ⁽⁸¹⁾.

Los profesionales de la salud deben identificar y abordar las cuestiones culturales que afectan a la lactancia materna. Los estudios revelan que muchos profesionales desconocen las creencias culturales y religiosas de sus pacientes ^(90,91). Capacitar al personal sanitario para que comprenda estos factores puede reducir los sesgos y mejorar el apoyo a la lactancia materna en la práctica clínica.

Existen algunas limitaciones que deben considerarse. En primer lugar, si bien se realizó una búsqueda en seis bases de datos, es posible que algunos artículos no estuvieran indexados en ellas y, por lo tanto, no se incluyeron. En segundo lugar, los estudios se seleccionaron entre 2017 y 2023, pero la restricción de fechas se basó en los cambios en el panorama mundial de la lactancia materna, ya que en 2016 el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna comprometió a los Estados miembros a regular la comercialización de sucedáneos de la leche materna y a aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva en un 50 % a nivel mundial. Por lo tanto, esta revisión busca recopilar las publicaciones que se producen en este nuevo contexto. En tercer lugar, se incluyó en esta revisión a una variedad de personas y contextos diferentes; si bien esto podría ser una limitación debido a la heterogeneidad de las poblaciones, el objetivo fue comprender las diferentes perspectivas y prácticas culturales de las mujeres lactantes, independientemente de sus perfiles, además de incluir a diferentes profesionales relacionados con el tema.

CONCLUSIONES

Los problemas culturales están fuertemente asociados con la lactancia materna en las mujeres. Creencias como la de que el calostro se considera "leche sucia" y que la leche materna tiene un bajo valor nutricional se asocian con prácticas religiosas negativas, imposiciones familiares, barreras sociales, noticias falsas y la reincorporación temprana al trabajo, lo que resulta en bajas tasas de lactancia materna en todo el mundo. Se deben ofrecer programas educativos, asesoramiento y formación de profesionales de la salud para reducir estos problemas.

REFERENCIAS

1. UNICEF. Semana Mundial de la Lactancia Materna. Noticias [serial on line] Aug 2021 [cited 2024 Dec 1]. Available from: <https://www.unicef.es/noticia/semana-mundial-de-la-lactancia-materna>
2. World Health Organization. World Breastfeeding Week 2020 Message. Newsroom. [serial on line] 2020 Jul [cited 2024 Dec 1] Available from: <https://www.who.int/news/item/31-07-2020-world-breastfeeding-week-2020-message>
3. World Health Organization. Infant and young child feeding. Newsroom. [serial on line] 2023 Dic [cited 2024 25 Oct] Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
4. World Health Organization. Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief. World Health Organization [serial on line] 2014 [cited 2024 Oct 2]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/149022>
5. Muro-Valdez JC, Meza-Rios A, Aguilar-Uscanga BR, Lopez-Roa RI, Medina-Díaz E, Franco-Torres EM, Zepeda-Morales ASM. Breastfeeding-Related Health Benefits in Children and Mothers: Vital Organs Perspective. *Medicina*. 2023 [cited 2025 March 22];59 (9):1535. <https://doi.org/10.3390/medicina59091535>
6. Froń A, Orczyk-Pawłowicz M. Breastfeeding Beyond Six Months: Evidence of Child Health Benefits. *Nutrients*. 2024 [cited 2025 March 22];16(22):3891. doi: 10.3390/nu16223891.
7. Pattison KL, Kraschnewski JL, Lehman E, Savage JS, Downs DS, Leonard KS, Adams EL, Paul IM, Kjerulff KH. Breastfeeding initiation and duration and child

- health outcomes in the first baby study. *Prev Med*. 2019 [cited 2025 March 22]; 118: 1-6. doi: 10.1016/j.ypmed.2018.09.020. Epub 2018 Oct 1. PMID: 30287329; PMCID: PMC6322935.
8. Bar S, Milanaik R, Adesman A. Long-term neurodevelopmental benefits of breastfeeding. *Curr Opin Pediatr*. 2016 [cited 2024 Dec 1];28(4):559-566. doi:10.1097/mop.0000000000000389
 9. Masi AC, Stewart CJ. Role of breastfeeding in disease prevention. *Microb Biotechnol*. 2024 [cited 2025 March 22];17(7):e14520. doi: 10.1111/1751-7915.14520. PMID: 38946112; PMCID: PMC11214977.
 10. Yasmeen T, Kumar S, Sinha S, Haque MA, Singh V, Sinha S. Benefits of breastfeeding for early growth and long term Obesity: a summarized review. *International Journal of Medical Science and Diagnosis Research (IJMSDR)*. 2029 [cited 2025 March 22];3(1):190-194. Available Online at www.ijmsdr.com
 11. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, Bahl R, Martines J. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*. 2015 [cited 2024 Dec 1]; 104: 96-113. doi:10.1111/apa.13102
 12. Del Ciampo LA, Del Ciampo IRL. Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2018 Jun;40(6):354-359. doi: 10.1055/s-0038-1657766. Epub 2018 Jul 6. PMID: 29980160; PMCID: PMC10798271.
 13. Modak A, Ronghe V, Gomase KP. The Psychological Benefits of Breastfeeding: Fostering Maternal Well-Being and Child Development. *Cureus*. 2023 Oct 9;15(10): e46730. doi: 10.7759/cureus.46730. PMID: 38021634; PMCID: PMC10631302.
 14. Channell Doig A, Jasczynski M, Fleishman JL, Aparicio EM. Breastfeeding Among Mothers Who Have Experienced Childhood Maltreatment: A Review. *J Hum Lact*. 2020 [cited 2024 Dec 1]; 36(4): 710-722. doi:10.1177/0890334420950257
 15. Strathearn L, Mamun AA, Najman JM, O'Callaghan MJ. Does Breastfeeding Protect Against Substantiated Child Abuse and Neglect? A 15-Year Cohort Study. *Pediatrics*. 2009 [cited 2024 Dec 1]; 123(2):483-493. doi:10.1542/peds.2007-3546
 16. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França G, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC, Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016 [cited 2024 Dec 1]; 387(10017):475-490. doi:10.1016/s0140-6736(15)01024-7
 17. Quesada JA, Méndez I, Martín-Gil R. The economic benefits of increasing breastfeeding rates in Spain. *Int Breastfeed J* 2020 [cited 2025 March 22];15 (34). <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00277-w>
 18. Lechosa-Muñiz C, Paz-Zulueta M, Herrero MSA, Rio ECD, Sota SM, Llorca J, Cabero-Perez MJ. Health Care Costs Associated to Type of Feeding in the First Year of Life. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 [cited 2025 March 22];17(13):4719. doi: 10.3390/ijerph17134719. PMID: 32630048; PMCID: PMC7369965.
 19. Pérez-Escamilla R, Tomori C, Hernández-Cordero S, Baker P, Barros AJD, Bégin F, Chapman DJ, Grummer-Strawn LM, McCoy D, Menon P, Ribeiro Neves PA, Piwoz E, Rollins N, Victora CG, Richter, 2023 Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *Lancet*. 2023 [cited 2025 March 22];401(10375):472-485. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01932-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01932-8)
 20. de Diego-Cordero R, Rivilla-García E, Díaz-Jiménez D, Lucchetti G, Badanta B. The role of cultural beliefs on eating patterns and food practices among pregnant women: a systematic review. *Nutr Rev*. 2021 [cited 2024 Dec 1]; 79(9):945-963. doi:10.1093/nutrit/nuaa119

21. Vaz JS, Maia MFS, Neves PAR, Santos TM, Vidaletti LP, Victora C. Monitoring breastfeeding indicators in high-income countries: Levels, trends and challenges. *Matern Child Nutr.* 2021 [cited 2025 March 22];17(3): e13137. doi: 10.1111/mcn.13137. Epub 2021 Jan 6. PMID: 33405389; PMCID: PMC8189208.
22. Radzysinski S, Callister LC. Mother's Beliefs, Attitudes, and Decision Making Related to Infant Feeding Choices. *J Perinat Educ.* 2016 [cited 2024 Dec 1];25(1):18-28. doi:10.1891/1058-1243.25.1.18
23. Gallegos D, Parkinson J, Duane S, Domegan C, Jansen E, Russell-Bennett R. Understanding breastfeeding behaviours: a cross-sectional analysis of associated factors in Ireland, the United Kingdom and Australia. *Int Breastfeed J.* 2020 [cited 2024 Dec 1];15(1). doi:10.1186/s13006-020-00344-2
24. Litwan K, Tran V, Nyhan K, Pérez-Escamilla R. How do breastfeeding workplace interventions work?: a realist review. *Int J Equity Health.* 2021 [cited 2024 Dec 1];20(1). doi:10.1186/s12939-021-01490-7
25. Frenoy P, Vandentorren S, Arnaud A, Vuillermoz C, Berrocal R, Martin-Fernandez J, Azria E, de Lauzon-Guillain B, Bernard JY, Lioret S. Demographic, socioeconomic, and sociocultural factors associated with any breastfeeding in homeless mothers. *Matern Amp Child Nutr.* 2021[cited 2024 Dec 1];17(3). doi:10.1111/mcn.13167
26. Tavares Carvalho A, Medeiros Paungartner L, de Quadros A, Fernandes MC, Pereira Ferreira Dellanhese A. Fatores socioculturais, mitos e crenças de nutrizes potenciais causadores do desmame precoce: uma revisão integrativa. *Saude Coletiva (Barueri).* 2020 [cited 2024 Dec 1];10(56):3152-3163. doi:10.36489/saudecoletiva.2020v10i56p3152-3163
27. Sharma IK, Byrne A. Early initiation of breastfeeding: a systematic literature review of factors and barriers in South Asia. *Int Breastfeed J.* 2016 [cited 2024 Dec 1]; 11(1). doi:10.1186/s13006-016-0076-7
28. Grubestic TH, Durbin KM. Geodemographies of Breastfeeding Support. *J Hum Lact.* 2021 [cited 2024 Dec 1];37(2):301-313. doi:10.1177/0890334420941416
29. World Health Organization and UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF) [serial on line] Dec 2003 [cited 2024 13 May]. Available from: URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9241562218>
30. Gorman JR, Madlensky L, Jackson DJ, Ganiats TG, Boies E. Early Postpartum Breastfeeding and Acculturation among Hispanic Women. *Birth.* 2007 [cited 2024 Dec 1];34(4):308-315. doi:10.1111/j.1523-536x.2007.00189.x
31. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. ¿Qué es el Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna? Asociación Española de Pediatría [serial on line] 2016 [cited 2024 15 May]. Available from: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201601-codigo-comercializacion-lm.pdf>
32. World Health Organization. Laws to protect breastfeeding inadequate in most countries. Newsroom. May 2016 [cited 2 Jun 2024]. Available from: <https://www.who.int/news/item/09-05-2016-laws-to-protect-breastfeeding-inadequate-in-most-countries>
33. World Health Organization. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna: Preguntas frecuentes (actualización de 2017) Organización Mundial de la Salud. 2017 [cited 2024 May 13]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255194/WHO-NMH-NHD-17.1-spa.pdf;jsessionid=0F43D6FBE804AAB4906BB5FF74E2B658?sequence=1>

34. World Health Organization. WHO/UNICEF statement on the 40th anniversary of the international code of marketing breastmilk substitutes. Newsroom. May 2021 [cited 2024 Jun 4]. Available from: <https://www.who.int/news/item/21-05-2021-WHO-UNICEF-statement-on-the-40th-anniversary-of-the-international-code-of-marketing-breastmilk-substitutes>
35. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, Moher D, Peters MDJ, Horsley T, Weeks L, Hempel S, Akl EA, Chang C, McGowan J, Stewart L, Hartling L, Aldcroft A, Wilson MG, Garritty C, Lewin S, Godfrey CM, Macdonald MT, Langlois EV, Soares-Weiser K, Moriarty J, Clifford T, Tunçalp Ö, Straus SE. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation, *Ann. Intern. Med.* 2018 [cited 2024 Dec 1];169 (7) (2018) 467–473, <https://doi.org/10.7326/m18-0850>
36. Von ELM E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for Reporting Observational Studies. *Ann Intern Med.* 2007 [cited 2024 Dec 1];147(8):573. doi:10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010
37. O'Brien BCO, Harris IB, Beckman TJ, MD; Reed DA, Cook DA. Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. *Academic Medicine* 2014 [cited 2024 Dec 1];89(9):1245-1251. doi: 10.1097/ACM.0000000000000388
38. Acheampong AK, Naab F, Kwashie A. The Voices That Influence HIV-Positive Mothers' Breastfeeding Practices in an Urban, Ghanaian Society. *J Hum Lact.* 2018 [cited 2024 Dec 1];34(1):176-183. doi:10.1177/0890334417740345
39. Adda L, Opoku-Mensah K, Dako-Gyeke P. "Once the child is delivered, he is no more your baby," Exclusive Breastfeeding experiences of first-time mothers in Kassena-Nankana Municipality, Ghana - a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020 [cited 2024 Dec 1];20(1). doi:10.1186/s12884-020-03272-5
40. Amaral LJ, Sales SD, Carvalho DP, Cruz GK, Azevedo IC, Ferreira Júnior MA. Factors that influence the interruption of exclusive breastfeeding in nursing mothers. *Rev Gauch Enferm.* 2015 [cited 2024 Dec 1];36(spe):127-134. doi: 10.1590/1983-1447.2015.esp.56676
41. Chakona G. Social circumstances and cultural beliefs influence maternal nutrition, breastfeeding and child feeding practices in South Africa. *Nutr J.* 2020 [cited 2024 Dec 1];19(1). doi:10.1186/s12937-020-00566-4
42. Dietrich Leurer M, Petrucka P, Msafiri M. Maternal perceptions of breastfeeding and infant nutrition among a select group of Maasai women. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019 [cited 2024 Dec 1];19(8). doi:10.1186/s12884-018-2165-7
43. Hinson TD, Skinner AC, Lich KH, Spatz DL. Factors That Influence Breastfeeding Initiation Among African American Women. *J Obstet Gynecol Amp Neonatal Nurs.* 2018 [cited 2024 Dec 1];47(3):290-300. doi:10.1016/j.jogn.2018.02.007
44. Horwood C, Surie A, Haskins L, Luthuli S, Hinton R, Chowdhury A, Rollins N. Attitudes and perceptions about breastfeeding among female and male informal workers in India and South Africa. *BMC Public Health.* 2020 [cited 2024 Dec 1];20(1). doi:10.1186/s12889-020-09013-9
45. Kim JH, Fiese BH, Donovan SM. Breastfeeding is Natural but Not the Cultural Norm: A Mixed-Methods Study of First-Time Breastfeeding, African American Mothers Participating in WIC. *J Nutr Educ Behav.* 2017 [cited 2024 Dec 1];49(7):S151—S161.e1. doi:10.1016/j.jneb.2017.04.003
46. Ruhmayanti NA, Yasin YK. Differences in Social and Cultural Perception between Mothers of Exclusive Breastfeeding and Non-Exclusive Breastfeeding in the Health

- Center of Kota Utara, Gorontalo, Indonesia. *J Nutr Sci Vitaminol*. 2020 [cited 2024 Dec 1];66(Supplement): S432—S435. doi:10.3177/jnsv.66.s432
47. Zhao Y, Ouyang YQ, Redding SR. Chinese women's experiences, emotions and expectations of breast-feeding in public: a qualitative study. *Public Health Nutr*. 2018 [cited 2024 Dec 1];21(8):1565-1572. doi:10.1017/s1368980017003937
 48. Atyeo NN, Frank TD, Vail EF, Sperduto WA, Boyd DL. Early Initiation of Breastfeeding Among Maya Mothers in the Western Highlands of Guatemala: Practices and Beliefs. *J Hum Lact*. 2017 [cited 2024 Dec 1];33(4):781-789. doi:10.1177/0890334416682729
 49. Zakar R, Zakar MZ, Zaheer L, Fischer F. Exploring parental perceptions and knowledge regarding breastfeeding practices in Rajanpur, Punjab Province, Pakistan. *Int Breastfeed J*. 2018 [cited 2024 Dec 1];13(1). doi:10.1186/s13006-018-0171-z
 50. Yalçın SS, Erat Nergiz M, Elci ÖC, Zikusooka M, Yalçın S, Sucakli MB, Keklik K. Breastfeeding practices among Syrian refugees in Turkey. *Int Breastfeed J*. 2022;17(1):1-15. doi:10.1186/s13006-022-00450-3
 51. Christoffel MM, Gomes AL, Julio CL, de Barros JF, Rodrigues EdC, Garcia Bezerra Góes F, Linares AM. Exclusive breastfeeding and professionals from the family health strategy. *Rev Bras Enferm*. 2021 [cited 2024 Dec 1]; 75(3). doi:10.1590/0034-7167-2020-0545
 52. Idris FP, Palutturi S. The Relationship between Mother's Knowledge, Attitudes and Beliefs to Exclusive Breastfeeding in Jenepono District. *Int. J. Innov. Creativity Chang*. 2019 [cited 2024 Dec 1]; 8(5),47-62.
 53. Nuño Martínez N, Wallenborn J, Mäusezahl D, Hartinger SM, Muela Ribera J. Socio-cultural factors for breastfeeding cessation and their relationship with child diarrhoea in the rural high-altitude Peruvian Andes-a qualitative study. *Int J Equity Health*. 2021 [cited 2024 Dec 1]; 20(1). doi:10.1186/s12939-021-01505-3
 54. Budiati T, Setyowati. The influence culture and maternal care on exclusive breastfeeding practice in post caesarean section mothers. *Enfermeria Clin*. 2019 [cited 2024 Dec 1]; 29:808-814. doi: 10.1016/j.enfcli.2019.04.121
 55. Mgongo M, Hussein TH, Stray-Pedersen B, Vangen S, Msuya SE, Wandel M. Facilitators and Barriers to Breastfeeding and Exclusive Breastfeeding in Kilimanjaro Region, Tanzania: A Qualitative Study. *Int J Pediatr*. 2019 [cited 2024 Dec 1]; 1-7. doi:10.1155/2019/8651010
 56. Talbert A, Jones C, Mataza C, Berkley JA, Mwangome M. Exclusive breastfeeding in first-time mothers in rural Kenya: a longitudinal observational study of feeding patterns in the first six months of life. *Int Breastfeed J*. 2020 [cited 2024 Dec 1]; 15(1). doi:10.1186/s13006-020-00260-5
 57. Khan MM, Kabir MR. Prevalence and Associated Factors of Early Cessation of Exclusive Breastfeeding Practice in Noakhali, Bangladesh: A Mixed-Method Study. *J Pediatr Nurs*. 2021 [cited 2024 Dec 1]; 58:e44-e53. doi: 10.1016/j.pedn.2020.12.017
 58. Debnath F, Mondal N, Deb AK, Chakraborty D, Chakraborty S, Dutta S. Determinants of optimum exclusive breastfeeding duration in rural India: a mixed method approach using cohort and content analysis design. *Int Breastfeed J*. 2021 [cited 2024 Dec 1]; 16(1). doi:10.1186/s13006-021-00359-3
 59. Anazonwu NP, Nnama-Okechukwu CU, Obasi-Igwe I. Attitude to and cultural determinants of exclusive breastfeeding among childbearing mothers in Nsukka urban area of Enugu State, Nigeria. *Afr Popul Stud*. 2018 [cited 2024 Dec 1]; 32(2). doi:10.11564/32-2-1187

60. Hernández-Cordero S, Lozada-Tequeanes AL, Fernández-Gaxiola AC, Shamah-Levy T, Sachse M, Veliz, Cosío-Barroso I. Barriers and facilitators to breastfeeding during the immediate and one month postpartum periods, among Mexican women: a mixed methods approach. *Int Breastfeed J.* 2020 [cited 2024 Dec 1];15(1). doi:10.1186/s13006-020-00327-3
61. Amaral L, Oliveira RM, Camargo CL, Aguiar ACSA, Santos DVD, Whitaker MCO, de Souza JMM. Practice of breastfeeding in quilombola communities in the light of transcultural theory. *Rev Bras Enferm.* 2020 [cited 2024 Dec 1]; 73(4):e20190191. doi:10.1590/0034-7167-2019-0191
62. Ahmed F, Malik NI, Shahzad M, Ahmad M, Shahid M, Feng X, Guo J. Determinants of Infant Young Child Feeding Among Mothers of Malnourished Children in South Punjab, Pakistan: A Qualitative Study. *Front Public Health.* 2022 [cited 2024 Dec 1]; 10. doi:10.3389/fpubh.2022.834089
63. Pemo K, Phillips D, Hutchinson AM. An Exploration of Breastfeeding Practices by Bhutanese Women. *J Hum Lact.* 2019 [cited 2024 Dec 1];35(1):181-191. doi:10.1177/0890334418801289
64. García-Magdaleno VG, Laureano-Eugenio J. Representaciones sociales frente a la lactancia materna en mujeres rurales y urbanas de Jalisco, México: estudio cualitativo. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2019 [cited 2024 Dec 1];70(2):83-93. doi:10.18597/rcog.3303
65. Kamoun C, Spatz D. Influence of Islamic Traditions on Breastfeeding Beliefs and Practices Among African American Muslims in West Philadelphia: A Mixed-Methods Study. *J Hum Lact.* 2018 [cited 2024 Dec 1];34(1):164-175. doi:10.1177/0890334417705856
66. Tsegaye M, Ajema D, Shiferaw S, Yirgu R. Level of exclusive breastfeeding practice in remote and pastoralist community, Aysaita woreda, Afar, Ethiopia. *Int Breastfeed J.* 2019 [cited 2024 Dec 1]; 14(1). doi:10.1186/s13006-019-0200-6
67. Murad A, Renfrew MJ, Symon A, Whitford H. Understanding factors affecting breastfeeding practices in one city in the Kingdom of Saudi Arabia: an interpretative phenomenological study. *Int Breastfeed J.* 2021 [cited 2024 Dec 1];16(1). doi:10.1186/s13006-020-00350-4
68. Acheampong AK, Ganga-Limando M, Aziato L. Perceived enablers of exclusive breastfeeding by teenage mothers in Ghana. *South Afr Fam Pract.* 2020 [cited 2024 Dec 1];62(1). doi:10.4102/safp.v62i1.5108
69. Hauck YL, Kuliukas L, Gallagher L, Brady V, Dykes C, Rubertsson C. Helpful and challenging aspects of breastfeeding in public for women living in Australia, Ireland and Sweden: a cross-sectional study. *Int Breastfeed J.* 2020 [cited 2024 Dec 1];15(1):38. doi:10.1186/s13006-020-00281-0
70. Maviso MK, Ferguson B, Kaforau LM, Capper T. A qualitative descriptive inquiry into factors influencing early weaning and breastfeeding duration among first-time mothers in Papua New Guinea's rural eastern highlands. *Women Birth.* 2021 [cited 2024 Dec 1]; 35(1). doi: 10.1016/j.wombi.2021.01.006
71. Reno R. Using group model building to develop a culturally grounded model of breastfeeding for low-income African American women in the USA. *J Clin Nurs.* 2018 [cited 2024 Dec 1];27(17-18):3363-3376. doi:10.1111/jocn.13791
72. Ratnayake HE, Rowel D. Prevalence of exclusive breastfeeding and barriers for its continuation up to six months in Kandy district, Sri Lanka. *Int Breastfeed J.* 2018 [cited 2024 Dec 1];13(1). doi:10.1186/s13006-018-0180-y
73. Newman KL, Williamson IR. Why aren't you stopping now?! Exploring accounts of white women breastfeeding beyond six months in the East of England. *Appetite.* 2018 [cited 2024 Dec 1]; 129:228-235. doi: 10.1016/j.appet.2018.06.018

74. Guo H, Zhou R, Li M, Zhang S, Yi H, Wang L, Li T, Zhang C, Lu H. The use of Kumpfer's resilience framework in understanding the breastfeeding experience of employed mothers after returning to work: a qualitative study in China. *Int Breastfeed J.* 2022 [cited 2024 Dec 1];17(1). doi:10.1186/s13006-022-00459-8
75. Amir LH. Breastfeeding in public: "You can do it?". *Int Breastfeed J.* 2014 [cited 2024 Dec 1];9(1). doi:10.1186/s13006-014-0026-1
76. Fouts HN, Hewlett BS, Lamb ME. A Biocultural Approach to Breastfeeding Interactions in Central Africa. *Am Anthropol.* 2012 [cited 2024 Dec 1];114(1):123-136. doi:10.1111/j.1548-1433.2011.01401.x
77. Wanjohi M, Griffiths P, Wekesah F, Muriuki P, Muhia N, Musoke R, Fouts HN, Madise NJ, Kimani-Murage EW. Sociocultural factors influencing breastfeeding practices in two slums in Nairobi, Kenya. *Int Breastfeed J.* 2016 [cited 2024 Dec 1];12(1). doi:10.1186/s13006-016-0092-7
78. Alahmed S, Meedya S, Mutair AA, Fernández R. Saudi Women's Breastfeeding Knowledge, Attitude, and Practices: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Transcult Nurs.* 2022 [cited 2024 Dec 1];34(1):68-82. doi:10.1177/10436596221129228
79. Camacho-Morales A, Caba M, García-Juárez M, Caba-Flores MD, Viveros-Contreras R, Martínez-Valenzuela C. Breastfeeding Contributes to Physiological Immune Programming in the Newborn. *Front Pediatr.* 2021 [cited 2024 Dec 1];9. doi:10.3389/fped.2021.744104
80. Ho NT, Li F, Lee-Sarwar KA, Tun H, Brown B, Pannaraj P, Bender JM, Azad MB, Thompson AL, Weiss ST, Azcarate-Peril MA, Litonjua AA, Kozyrskyj AL, Jaspan HB, Aldrovandi GM, Kuhn L. Meta-analysis of effects of exclusive breastfeeding on infant gut microbiota across populations. *Nat Commun.* 2018 [cited 2025 March 22]; 9(1). doi:10.1038/s41467-018-06473-x
81. Balogun OO, O'Sullivan EJ, McFadden A, Ota E, Gavine A, Garner C, Renfrew MJ, MacGillivray S. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 [cited 2025 March 22];11(11):CD001688. doi:10.1002/14651858.cd001688.pub3
82. Bengough T, Dawson S, Cheng H, McFadden A, Gavine A, Rees R, Sacks E, Hannes K. Factors that influence women's engagement with breastfeeding support: A qualitative evidence synthesis. *Matern Amp Child Nutr.* 2022 [cited 2025 March 22]; 18(4): e13405. doi:10.1111/mcn.13405
83. Abugov H, Ochoa Marín SC, Semenik S, Arroyave IC. Barriers and facilitators to breastfeeding support practices in a neonatal intensive care unit in Colombia. *Invest Educ Enferm.* 2021 [cited 2025 March 22];39(1):e11. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n1e11>
84. Farhadi R. Spiritual Aspects of Breastfeeding: A Narrative Review. *J Pediatr Rev.* 2020 [cited 2025 March 22]; 8(4):229-236. doi:10.32598/jpr.8.4.47.3
85. Osman H, El Zein L, Wick L. Cultural beliefs that may discourage breastfeeding among Lebanese women: a qualitative analysis. *Int Breastfeed J.* 2009 [cited 2025 March 22]; 4(12). doi:10.1186/1746-4358-4-12
86. Adepoju OT, Adesemoye ET, Akinyele IO. Role of Religion on Knowledge, Attitude and Practices of Lactating Mothers on Infant Feeding. *Int J Nutr.* 2019 [cited 2025 March 22]; 4(2):14-25. doi: 10.14302/issn.2379-7835.ijn-19-2876
87. O'Sullivan EJ, O'Grady A, Pawlak K, Kearney JM. A Qualitative Exploration of the Attitudes and Experiences of Polish Breastfeeding Mothers in Ireland. *J Hum Lact.* 2020 [cited 2025 March 22]; 089033442095902. doi:10.1177/0890334420959028

88. Radzylinski S, Callister LC. Health Professionals' Attitudes and Beliefs About Breastfeeding. *J Perinat Educ*. 2015 [cited 2025 March 22];24(2):102-109. doi:10.1891/1058-1243.24.2.102
89. Zaikman Y, Houlihan AE. It's just a breast: an examination of the effects of sexualization, sexism, and breastfeeding familiarity on evaluations of public breastfeeding. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022 [cited 2025 March 22]; 22(1). doi:10.1186/s12884-022-04436-1
90. Kaihlanen AM, Hietapakka L, Heponiemi T. Increasing cultural awareness: qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training. *BMC Nurs*. 2019 [cited 2025 March 22]; 18(1). doi:10.1186/s12912-019-0363-x
91. Swihart DL, Yarrarapu SNS, Martin RL. Competencia cultural religiosa en la práctica clínica. StatPearls. En: StatPearls [Internet]. Isla del Tesoro (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cited 2025 March 22]. PMID: 29630268. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493216/>

Contribuciones de autores: Bárbara Badanta: Conceptualización, Metodología, Análisis e interpretación formal, Redacción-Revisión y edición, Supervisión, Administración del proyecto; Rocío De Diego-Cordero: Conceptualización, Metodología, Análisis e interpretación formal, Redacción-Revisión y edición, Supervisión, Administración del proyecto; Paola Suarez-Reina: Búsquedas, Análisis e interpretación formal, Curación de datos; Giancarlo Lucchetti: Redacción-Preparación del borrador original, Validación, Visualización; María Dolores Guerra-Martín: Búsquedas, Análisis e interpretación formal, Curación de datos, Redacción-Preparación del borrador original, Redacción-Revisión y edición; Isabel Álvarez-Pérez: Búsquedas, Redacción-Preparación del borrador original; Juan Vega-Escañó: Búsquedas, Redacción-Preparación del borrador original.