

**UNIVERSIDAD  
DE ALMERÍA  
Escuela de CC de la Salud**



**MÁSTER OFICIAL  
EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA**

**Curso Académico 2012 / 2013**

**Trabajo de Fin de Máster**

**DIFICULTADES EN EL MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA**

**Autor: M<sup>a</sup> Pilar Segura Sánchez**

**Tutores: Genoveva Granados Gámez**

**Elena Marcos Pérez**

# Agradecimientos

En primer lugar, agradecer a mis tutoras sus consejos y apoyo. A los profesores/as del Master de Enfermería, por trasmitirme sus conocimientos. A la dirección del Grupo de Apoyo a la Lactancia en el se ha enfocado este estudio, gracias por su colaboración y por su interés. A mis padres y mi cuñada Rosa, muchas gracias, sin vuestro esfuerzo esto no habría sido posible. A mis hermanos, gracias por darme ánimos cuando lo veía todo negro. A Javi muchas gracias por tu paciencia y tu ayuda. A mi hija Edurne, gracias por inspirarme y recorrer conmigo el camino de la lactancia materna.



# Resumen

**Problemática:** Pese a la importancia de la Lactancia Materna los datos de abandono son alarmantes. Se inicia en centros hospitalarios, pero se abandonan en los hogares.

**Objetivo:** Identificar y describir las dificultades a las que se enfrentan las madres durante la LM.

**Metodología:** Estudio exploratorio observacional transversal mediante encuestas auto-aplicadas.

**Resultados:** Las participantes están muy concienciadas con la LM. El 75 % tiene una opinión negativa sobre la formación y fomento de los profesionales de la salud en LM. Las madres han recibido más información de Internet, pese a haber recibido Educación Maternal y poder contar con la experiencia de sus madres. En general las madres se sienten apoyadas, pero en situaciones concretas, entre el 40 % y el 60 % de los casos el entorno de la madre no le presta un correcto apoyo ni se informan por su cuenta. El grupo de apoyo ha supuesto para las madres un entorno donde superar sus problemas.

**Conclusión:** Los principales problemas identificados son la falta de información y la falta de un correcto apoyo tanto en su entorno como en el ámbito sanitario. Los grupos de apoyo parecen ser un colectivo importante para el inicio y mantenimiento de la LM.

**Palabras clave:** Lactancia Materna, Dificultades, Necesidad de Apoyo, Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna.



# Índice general

<b>Agradecimientos</b>	<b>1</b>
<b>Resumen</b>	<b>3</b>
<b>Glosario de Términos</b>	<b>15</b>
<b>1. Introducción</b>	<b>17</b>
1.1. Antecedentes Históricos . . . . .	21
1.2. Justificación . . . . .	23
<b>2. Marco Teórico</b>	<b>27</b>
2.1. Marco Normativo . . . . .	27
2.2. Beneficios de la LM . . . . .	32
2.3. Dificultades y Abandono . . . . .	34
2.4. Grupos de Apoyo . . . . .	36
<b>3. Estado del Conocimiento</b>	<b>37</b>

<b>4. Planteamiento y Objetivos</b>	<b>45</b>
<b>5. Metodología</b>	<b>47</b>
5.1. Muestra: Sujetos y Contexto de Aplicación . . . . .	47
5.2. Diseño . . . . .	47
5.3. Instrumentos. Material . . . . .	48
5.4. Procedimiento . . . . .	49
5.5. Análisis de Datos . . . . .	49
5.6. Aspectos éticos . . . . .	50
5.7. Limitaciones del estudio . . . . .	50
<b>6. Resultados</b>	<b>51</b>
6.1. Características de las Madres . . . . .	51
6.2. Dificultades Identificadas . . . . .	56
6.2.1. Falta de Información Recibida . . . . .	56
6.2.2. Opinión Negativa Respecto a los Profesionales de la Salud . . . . .	57
6.2.3. Problemas durante la LM . . . . .	58
6.2.4. Calidad del Apoyo/Ayuda Recibida . . . . .	60
6.3. Motivos para Superar los Problemas . . . . .	64
6.3.1. Grupo de Apoyo a la Lactancia . . . . .	64
<b>7. Discusión</b>	<b>65</b>

<b>Conclusiones</b>	<b>71</b>
<b>Aportaciones del Trabajo de Investigación</b>	<b>73</b>
7.1. Aportaciones a la Investigación . . . . .	73
7.2. Aportaciones a la Práctica . . . . .	73
7.3. Propuestas de Investigación . . . . .	74
<b>Bibliografía</b>	<b>75</b>
<b>A. Encuesta</b>	<b>83</b>





# Índice de Tablas

1.	La leche humana, composición. . . . .	17
2.	Duración de la LM según las distintas épocas de la humanidad. . . . .	22
3.	Duración de la LM según diversos pensadores y teorías. . . . .	22



# Índice de Figuras

1.	Datos de prevalencia de distintos tipos de lactancia en Andalucía. La LM completa hace referencia a la alimentación tan solo con leche materna; LM parcial hace referencia a que parte la lactancia se hace con leche materna y parte con artificial; y Artificial tan solo a alimentación con fórmulas artificiales . . . . .	19
2.	Datos de prevalencia de distintos tipos de lactancia en Andalucía durante los 6 primeros meses de vida. Exclusiva hace referencia a alimentación tan solo con leche materna; Predominante hace referencia a una alimentación mayoritariamente con leche materna y complementada; Parcial a una alimentación tanto con leche materna como con otras fórmulas; Artificial tan solo a un alimentación con fórmulas artificiales. . . . .	20
3.	Evolución del número de publicaciones en las que aparecen las palabras "Lactancia Materna", "Breastfeed" o "Breastfeeding" . . . . .	38
4.	Reparto entre las distintas temáticas de los artículos encontrados para el periodo 1970-2013 . . . . .	38
5.	Situación profesional de la muestra . . . . .	52
6.	Profesión de las madres que trabajan fuera de casa . . . . .	53
7.	Nivel de estudios de las encuestadas . . . . .	53
8.	Estudios cursados . . . . .	54

9.	Características del lactante. Prematuro hace referencia a si el lactante actual fue prematuro hace referencia a si el lactante actual fue prematuro/a al nacer. Crónica, hace referencia a si sufre en la actualidad alguna enfermedad de tipo crónico, gemelos hace referencia a si los lactantes son gemelos o mellizo. Ninguno, quiere decir, que el lactante no cumple ninguna de las características anteriores . . . . .	55
10.	Porcentaje del tiempo que tienen pensado las madres dar el pecho. . . . .	55
11.	Representa en que medida complementan la LM con formulas artificiales	56
12.	Representa los motivos por los que las madres decidieron complementar la LM con fórmula artificial. Pediatra hace referencia a recomendación de LA por parte del pediatra. No ganaba peso, hace referencia a que el lactante no ganaba suficiente peso. Hambre, quiere decir que la madre cree que el bebe se queda con hambre. Leche de poca calidad, hace referencia a que las madres no creen que su leche sea lo suficientemente buena. Insistencia de un familiar, quiere decir por insistencia de algún familiar. Se sacia y duerme por la noche, se refiere a que el lactante se sacia mas y por ello duerme mejor. . . . .	57
13.	Fuentes de información sobre LM . . . . .	58
14.	Opinión sobre los profesionales de la salud. . . . .	59
15.	Motivos por los que creen que ha podido disminución de la producción de leche . . . . .	59
16.	Problemas asociados a la LM que han sufrido las madres. . . . .	60
17.	Fuente de ayuda para las madres lactantes y porcentaje de las mismas que la reciben . . . . .	61
18.	Elogios que reciben las madres por el hecho de lactar. . . . .	61
19.	Porcentaje y sectores con quienes las madres comentan su LM. . . . .	62
20.	Colaboran en el descanso de las madres. . . . .	62
21.	Porcentaje de las personas afines a la madre que leen o no por su cuenta acerca de LM . . . . .	63

- 22. Sectores afines a la madre que dejan de hacer sus tareas para ayudar a las madres con la LM. . . . . 63
- 23. Razones por las que acuden las madres de este estudio al grupo de apoyo. 64



# Glorasio de Términos

De la Declaración de Inocenti se desprende el concepto de Lactancia Materna (LM) como un proceso único que promueve una nutrición ideal para los niños contribuyendo a su crecimiento y desarrollo saludable. Sin embargo, el proceso de LM es más complejo e incluye una serie de términos que son necesarios definir.

**Lactancia Materna:** La OMS define la LM o Lactancia Natural como “una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres” [1] además de ser “a la vez un acto natural y un comportamiento que se aprende” [2]

**Lactancia Materna Exclusiva (LME):** La OMS define la LME “cuando el lactante ingiere únicamente leche materna: no se le dan otros líquidos ni sólidos ni siquiera agua, exceptuando la administración de una solución de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes” [3]

**Lactancia Materna Diferida:** Este término se está empezando a acuñar y hace referencia al proceso mediante el cual el lactante se alimenta de leche materna extraída y aportada mediante biberones u otros dispositivos [4].

**Lactancia Artificial (LA):** El lactante recibe sucedáneos para la leche materna y no esta amamantando en absoluto [5].

**Lactancia Mixta:** El lactante recibe algunas tomas de pecho y otras de alimento artificial, ya sea leche, cereal u otro alimento o agua [5].

**Leche materna:** La leche materna es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida [6].



La leche materna cambia en cuanto a su composición a lo largo del tiempo distinguiéndose los calostros, leche de transición y la leche madura [7, 8]

*El calostro.* Se produce durante los primeros días (entre 3 y 5 días) conteniendo aproximadamente 2 g/100 ml de grasa, 4 g/100 ml de lactosa y 2 g/100 ml de proteína. En comparación con la leche madura presenta menos cantidad de proteínas y vitaminas. Su composición está ajustada a las necesidades del recién nacido facilitando la eliminación del meconio y la activación del sistema digestivo.

*Leche de transición.* Se produce a partir del cuarto o quinto día hasta aproximadamente 15 días después del parto. Su composición va variando de las características del calostro a la leche madura.

*Leche madura.* Los componentes principales son agua, proteínas, grasas, minerales y vitaminas.

# Capítulo 1

## Introducción

La lactancia materna (LM) existe desde el inicio de la humanidad y es el alimento ideal para el correcto desarrollo del individuo y para evitar enfermedades y problemas de desnutrición [7, 9, 10]. Dar el pecho es un proceso natural que viene ligado a la propia naturaleza de nuestra especie, además de ser una experiencia importante en la maternidad. Razones fisiológicas, afectivas y nutricionales justifican la necesidad de promocionar esta práctica (Ver composición en Tabla 1) [11].

Existen diversos motivos de abandono de la LM, entre ellos la falta de apoyo, ya que el amamantamiento exige un gran esfuerzo y dedicación [7, 9, 12–15]. Las madres se enfrentan a dificultades, en muchos casos por falta de información para el manejo de la LM.

Organismos internacionales como la OMS y UNICEF, apoyan y promueven la LM, y en

Tabla 1: La leche humana, composición.

Componente	Proporción
Agua	88 %
Proteínas	0.9g / 100ml
Hidratos de Carbono	7g/dl
Grasas	4g/100ml
Vitaminas	-
Minerales (Calcio, Fósforo, Hierro)	-
Hormonas	-
Nucleótidos	-
Enzimas	-

el año 1990 Promulgaron la Declaración de Innocenti, que posteriormente se amplió, y que se expone en el desarrollo de este trabajo.

A pesar de los datos que justifican la importancia de la LM, sus beneficios y los perjuicios de no darla [16–19], los datos de prevalencia de la LM no son muy elevados. A comienzos del Siglo XX en España el porcentaje de mujeres que daban el pecho rondaba el 90 %. Debido a la moda importada de Estados Unidos durante la década de los 40, esta cifra baja hasta alcanzar en los años 70 el 25 % [20]. La Encuesta Nacional de Salud, desde principios de los años 90 hasta la actualidad, pone de manifiesto que, aunque en los últimos años son más las madres que optan por la LM, las cifras son aún bajas. Se observa que durante las primeras semanas de vida, cerca del 60 % de las madres alimentaban a sus hijos mediante LM frente a un 30 % que empleaba fórmulas artificiales. No obstante, en la actualidad, aunque se mantiene la cifra de madres que optan por la LM, disminuyen aquellas que alimentan a sus hijos solo con fórmulas artificiales mientras que aumentan las que emplean una lactancia mixta (leche materna junto con fórmulas artificiales). Sin embargo, tanto en la década de los 90 como en la actualidad, si observamos los datos de prevalencia a los 6 meses de vida vemos que se invierte la situación, siendo mayores los porcentajes de lactancia artificial (LA) que de LM [21]. Esto demuestra que, si bien las madres tienen la intención de dar pecho o bien, se dejan aconsejar por los profesionales sanitarios, cuando se ven solas en sus ámbitos domésticos, es donde los problemas y dificultades emergen provocando el masivo abandono de esta práctica.

En Andalucía los primeros estudios sobre prevalencia de la LM durante los años 80, cifran en más de un 60 % el porcentaje de madres que inician la LM. Sin embargo este dato va disminuyendo hasta alcanzar apenas un 15 % a los 6 meses de vida del lactante y tan solo un 8 % al año de vida [20]. En los últimos años, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía realizó un estudio sobre la prevalencia de la LM en esta Comunidad [22]. En la Figura 1 se observan datos de prevalencia de distintos tipos de lactancia por mes desde el momento del nacimiento hasta el año de vida. Se puede observar cómo, al igual que en el resto de España, la LM al inicio es elevada pero va cayendo progresivamente.

Como se puede observar, en el momento del nacimiento más del 80 % de las madres deciden dar el pecho a sus hijos/as tanto de forma exclusiva como junto a fórmulas artificiales. Sin embargo, vemos que estas cifras van disminuyendo conforme avanza la edad del lactante. Durante el primer mes se puede observar el primer gran descenso, pasando de un 81 % de LM completa a un 63 %. A partir de ese momento y hasta los 4 meses el descenso es menor (disminuyendo cada mes alrededor de 10 unidades). En el cuarto y quinto mes puede observarse un descenso mayor, relacionado tal vez, con la incorporación de la mujer al mundo laboral tras su baja maternal. A partir de ese momento, el descenso es notable y continuado hasta llegar a poco más del 1 % al año. Esta disminución va acompañada por un incremento evidente de la LA. En el caso de la

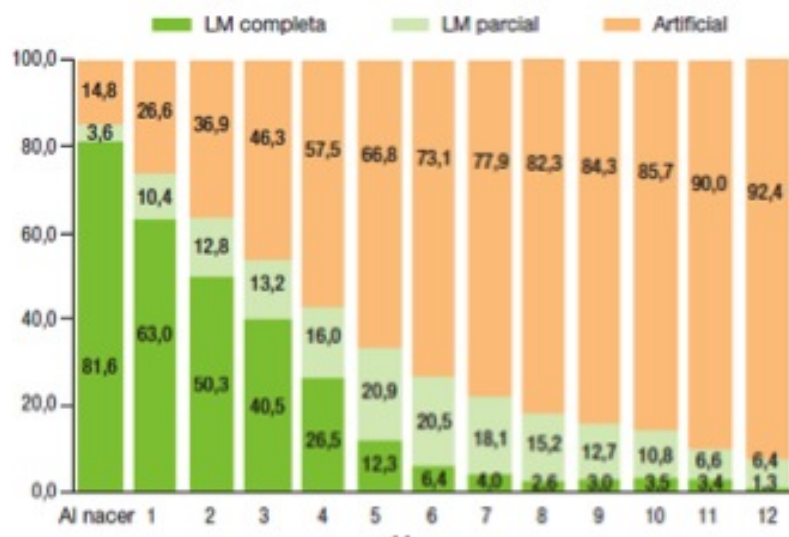


Figura 1: Datos de prevalencia de distintos tipos de lactancia en Andalucía. La LM completa hace referencia a la alimentación tan solo con leche materna; LM parcial hace referencia a que parte la lactancia se hace con leche materna y parte con artificial; y Artificial tan solo a alimentación con fórmulas artificiales

Lactancia parcial, podemos observar que va aumentando en proporción hasta el 6 mes, momento en el cual sigue perdiendo valor.

Dado que las recomendaciones de la OMS dicen que la Lactancia debe ser exclusiva hasta los 6 meses, si vemos los datos de prevalencia durante este periodo en Andalucía (Figura 2) se observa que no se cumplen las recomendaciones. A pesar que durante el primer mes más del 60% de las madres alimentan con leche materna, bien de forma exclusiva o complementada, esta cifra va cayendo siendo en el cuarto mes cuando menos del 50% amamantan. En el caso de la LM exclusiva se observa que, ni siquiera durante el primer mes, los datos son elevados ya que son menos del 40% de las madres. Al sexto mes menos del 5% de las madres dan una LM exclusiva.

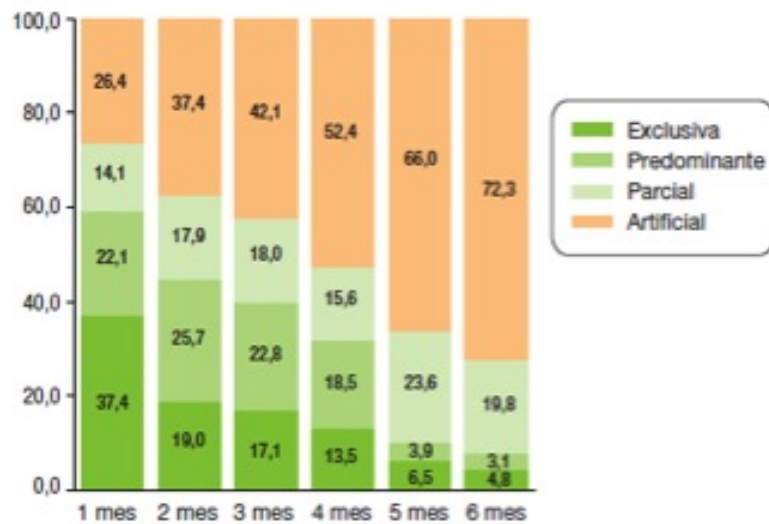


Figura 2: Datos de prevalencia de distintos tipos de lactancia en Andalucía durante los 6 primeros meses de vida. Exclusiva hace referencia a alimentación tan solo con leche materna; Predominante hace referencia a una alimentación mayoritariamente con leche materna y complementada; Parcial a una alimentación tanto con leche materna como con otras fórmulas; Artificial tan solo a un alimentación con fórmulas artificiales.

## 1.1. Antecedentes Históricos

Organismos internacionales como la OMS o UNICEF recomiendan la alimentación natural (LM) exclusiva durante al menos 6 meses, complementándola posteriormente con otros alimentos hasta los 2 años de edad [23,24]. Sin embargo, a lo largo de la historia de la humanidad estos datos han ido variando entre 2 y 3 años como podemos observar en la Tabla 2. Además, diversos pensadores de la historia han contribuido también a fijar el momento ideal para llevar a cabo el destete del lactante. En la Tabla 3 podemos ver un resumen de los principales pensadores y el momento del destete según estos.

A lo largo de la historia de la humanidad las madres han amamantado a sus hijos. En los siglos XVII y XVIII eran habituales algunas costumbres como por ejemplo, desechar el calostro de los primeros días y dejar al recién nacido en ayuno entre 6 horas y 48 horas. Durante este ayuno al bebe se le ofrecían alimentos como miel o vino en sustitución de la leche la cual solo se aportaba en unas pocas tomas. Además se recomendaba a las madres no tomar en brazos demasiado a sus hijos cuando estos lloraban reclamando alimento para evitar acostumbrarlos a alimentarse cuando ellos quisieran. Esta costumbre es contraria a las recomendaciones actuales que instan a las madres a alimentar a sus hijos durante los primeros meses a demanda. Sin embargo, y contrario a lo que pueda parecer, en esta época, la LM perduraba durante los primeros años de vida. A pesar de ello, podían existir problemas durante la misma, prueba de ello son la existencia de ermitas y otros lugares encomendados a divinidades relacionadas con la calidad de la leche, por ejemplo "Ntra. Señora de la Buena Leche". Asimismo, eran frecuentes los remedios y recomendaciones para aumentar la producción de leche. No hay que olvidar que durante esta época también era muy habitual emplear mujeres nodrizas que, en algunos casos llegaron a formar redes comerciales de éxito.

A principios del Siglo XX las cifras de prevalencia de la LM demuestran que era el alimento exclusivo de los niños/as durante los primeros años de vida. En la década de los 40, comienza en EEUU una campaña en la que se incentiva la LA frente a la materna. El éxito de las nuevas fórmulas artificiales, en comparación con las mezclas que se realizaban con anterioridad, unido a las fuertes campañas publicitarias ayudó a que se exportase al resto del mundo occidental. En la década de los 50 el abandono de la LM por la LA era generalizado, llegando incluso a países en vías de desarrollo o subdesarrollados de África, Asia y Latinoamérica. En cuanto a los motivos de este abandono masivo existen discrepancias entre los distintos autores. La incorporación de la mujer al mundo laboral, el feminismo, el abandono del campo, la reducción de la natalidad o el parto hospitalario son motivos que, si bien han coincidido en el tiempo con esta reducción en la prevalencia de la LM, no son, para algunos autores, los motivos principales de su abandono. Es la creencia, promovida por fuertes campañas publicitarias,

Tabla 2: Duración de la LM según las distintas épocas de la humanidad.

Civilización	Duración LM (años)
Mesopotamia (1000 a.c.)	2
Hebreos (540 a.c.)	3
Antigua India	Mínimo 2
Greco-Romanos	2-3
Islam	2
Europa (S. XVI)	2
América Colonial	1

Tabla 3: Duración de la LM según diversos pensadores y teorías.

Pensador o Teoría	Duración LM
Aristóteles (384-322 a.c.)	12-18 meses
Sorano (98-138 a.c.)	2- 3 años
Galenos (130-200 a.c.)	3 años
Orbanius (325-403 a.c.)	6 años
Teorías antropológicas	Cuando el niño cuadruple su peso
Zulus	12-18 meses

de que la leche artificial es mejor en calidad que la leche materna, lo que ha supuesto que este abandono de la LM alcanzara tales proporciones. En países en vías de desarrollo y en clases sociales medias bajas, se generalizó la asociación de las fórmulas de leche artificial con niveles sociales altos. Se llegó incluso a dudar de la idoneidad de la leche materna y a cuestionar si esta era o no la mejor opción [12, 13, 25].

Pese al éxito de las fórmulas artificiales, se produjo un aumento inmediato de la morbimortalidad infantil a nivel mundial lo cual hizo que los países desarrollados se alarmaran y buscaran, a principios de los 70, fórmulas para invertir la tendencia generada. Entre ellas, podemos destacar la aparición en 1981 del Código Internacional de Sucedáneos de la Leche por el cual se regularizan las prácticas de comercialización de leches y alimentación infantil promovida por la OMS y UNICEF [20], y que posteriormente se introduce en la legislación europea. Dentro de este código se destaca la prohibición o limitación a los fabricantes de sucedáneos de la leche y alimentación infantil de realizar prácticas publicitarias tan agresivas como las que habían realizado hasta el momento. Por ejemplo, en los artículos 5.1; 5.2; 6.3 y 7.4 se prohíben la publicidad directa, la promoción en centros de salud y la promoción de muestras gratuitas a mujeres gestantes o facultativos. Además, se obliga a informar en sus productos de los efectos perjudiciales o negativos que puede tener ese producto sobre la LM [26–28].

## 1.2. Justificación

El principal objetivo de la LM es el de proporcionar alimento de buena calidad a los niños/as durante sus primeros años de vida. Se trata de una práctica no solo natural, sino también con un marcado componente tradicional y cultural. Los beneficios de la LM son bien conocidos y demostrados en numerosos estudios [29–31]. Dichos beneficios no solo se centran en aspectos propiamente nutricionales (presencia de células inmunitarias, hormonas, enzimas, entre otros.), sino también en aquellos más relacionados con lo emotivo. La relación materno filial que se establece con la LM aporta al lactante sensación de apego, aceptación y lo ayuda durante el proceso de adaptación a la vida extrauterina [14, 29].

A pesar de los conocidos beneficios, la prevalencia de la LM en países desarrollados sigue siendo muy baja, a raíz de la moda importada desde Estados Unidos de sustituirla por fórmulas artificiales. La creencia motivada por fuertes campañas publicitarias durante la década de los 40 y 50 provocó que arraigara la idea de que las fórmulas artificiales son mejor que la propia leche materna. A pesar de que desde diferentes organismos internacionales (Unicef, OMS, entre otros) y nacionales (Asociación Española de Pediatría, Ministerio de Sanidad, etc) se ha tratado de ampliar el conocimiento que tienen las madres sobre esta práctica con el objetivo de potenciar su implantación, las cifras no han conseguido aumentar [12, 13, 25].

No obstante, las madres son, en general, más conscientes que antes de los beneficios de la LM y son elevadas las cifras de iniciación de esta práctica. Sin embargo, existen muchos factores que provocan que esta práctica tan natural se abandone a las pocas semanas o meses de vida del lactante [7, 13, 20]. Entre los motivos de abandono podemos destacar la existencia, aún a día de hoy, de falsos mitos y miedos que aparecen durante el embarazo o el propio inicio de la lactancia como el miedo a perder libertad, sus condiciones físicas o a sufrir deformaciones y problemas en el pecho. A estos miedos e inquietudes se suele unir la falta de apoyo tanto en el ámbito familiar como, en algunos casos, en el ámbito sanitario.

El principal motivo de abandono es la denominada ‘hipogalactia’. Este término hace referencia a la insuficiente o escasa producción de leche por parte de la madre. Aunque se ha demostrado que apenas un 10 % de las madres que dicen padecer este problema realmente lo padecen, son muchas las que, bajo este concepto, abandonan la LM. La idea por parte de las madres de que su leche sea insuficiente, unido a la dificultad de estas de calcular qué cantidad de leche ha ingerido el lactante, inciden en los miedos e incertidumbres antes comentados, incentivando el abandono. Además de la fatiga y dedicación tan grande que exige el amamantamiento a pesar de la satisfacción que



produce [7, 9, 12–15, 32–39].

Las madres, sobre todo primíparas, sienten escaso o nulo apoyo en su decisión de dar el pecho. A ello hay que unir la presión que aún a día de hoy pueden ejercer las distintas marcas de fórmulas artificiales. Pese a las normativas que limitan y prohíben explícitamente la afirmación por parte de estas industrias de que sus fórmulas sean mejores que la leche materna, es común ver publicidad que, si bien no afirme tal cosa, si que promueven su utilización. Si a todo ello unidos algún problema sanitario relacionado con la falta de peso del recién nacido, dificultades relacionadas con la práctica de una cesárea, entre otros muchos factores, la tasa de abandono de la lactancia materna se acentúa [7, 13, 20].

La LM es una parte fundamental del papel de madre de las mujeres. Muchas madres coinciden en la importancia de esta práctica, pero también existen muchas mujeres que, si bien por motivos personales o vinculados con el desarrollo de una carrera profesional ven difícil, en algunos casos casi imposible, poder amamantar. Es por ello que, si una mujer, sea cual sea su situación personal y profesional, decide dar el pecho, debe existir el suficiente apoyo, tanto a nivel institucional como familiar que propicie y ayude a dicha madre a conseguir su objetivo, pero sobretodo los padres tienen un papel fundamental en el apoyo a las madres. Desde distintas organizaciones internacionales y nacionales se incide en la necesidad de realizar, por parte de los centros y profesionales sanitarios, actividades encaminadas a informar a las madres sobre la práctica de la LM y prestar apoyo a las mismas. Estas actividades están ya a día de hoy implantadas en centros de atención primaria, en forma de clases de educación maternal, y en algunos hospitales en los que los profesionales sanitarios aportan unas nociones básicas a las púerperas. Sin embargo, en muchas ocasiones estas actividades no cumplen con sus objetivos [40].

Cuando una mujer sale del hospital y se instala en su casa con su hijo/a recién nacido y comienza a reconocer su nueva situación, su nuevo rol como madre, aparecen las dudas e inquietudes sobre la LM. ¿Lo estaré haciendo correctamente? ¿Es suficiente la leche que está tomando mi hijo/a?, entre otras. En generaciones pasadas, la LM estaba instalada en todas las generaciones vivas de manera que, cuando una madre tenía estas y otras dudas, podía acudir a su madre, tías, hermanas, abuelas, etc. Sin embargo, con el “boom” de las fórmulas artificiales de las pasadas décadas se ha roto esta transmisión de información entre madres e hijas [41].

Las elevadas cifras de abandono de la lactancia durante las primeras semanas de vida del lactante pese a los esfuerzos realizados por instituciones sanitarias ponen de manifiesto que dichos esfuerzos no están siendo bien enfocados. Pese a las recomendaciones de organismos como UNICEF o la OMS, las cifras de prevalencia de la LM siguen siendo muy bajas en países como España. Actualmente las madres son conscientes de la importancia de la LM y los beneficios que presenta, pero tras abandonar los centros hospitalarios, la

mayoría abandona esta práctica. La aparición de dudas, inquietudes y dificultades, unido a la falta de apoyo familiar e institucional son las principales causas [9, 12–14].

Ante esto, surgen los conocidos como Grupos de Apoyo a la LM. Suelen ser grupos o asociaciones sin ánimo de lucro formadas por madres que dan o han dado el pecho que se unen entre sí con la finalidad de apoyar y ayudar a otras madres. En estos grupos las madres suelen tener formación relacionada con la LM además de contar, generalmente, con profesionales sanitarios entre sus miembros. Estos grupos han surgido durante las últimas décadas como respuesta a la falta de un apoyo institucional y familiar a las madres que dan el pecho y se configuran como una figura primordial para las madres en la actualidad.

En esta línea son escasos los estudios, por no decir inexistentes, que tratan de identificar las dificultades de las madres durante la lactancia, y de manera específica las necesidades de apoyo, no solo en los ámbitos sanitarios, sino en un ámbito doméstico (Figura 4). Además, es primordial identificar las dificultades que puedan presentarse durante la iniciación y mantenimiento de la misma.

Dado que los grupos de apoyo parecen haberse erigido como una solución ideal para las madres durante el periodo de LM, es necesario llevar a cabo estudios que demuestren la eficacia o no de los mismos [42, 43]. Es importante generar información sobre las dificultades y sobre todo necesidades de apoyo a las madres en periodo de lactancia, ya que ayuda a los profesionales a manejar dichas dificultades, ofreciendo una atención especializada y de calidad [44, 45]. A través de la formulación de este estudio se podrá dar respuesta a las necesidades de apoyo que se identifiquen a la vez que se podrá poner de manifiesto la importancia y relevancia de los grupos de apoyo a la lactancia.



# Capítulo 2

## Marco Teórico

### 2.1. Marco Normativo

En Agosto de 1990 en Florencia (Italia) UNICEF y la OMS protagonizaron una reunión conjunta de la que resultó La Declaración Inocentti [46], en la que se reconoce la LM como la mejor opción de alimentación infantil, y se reconoce el derecho de las madres a amamantar y de los lactantes a ser alimentados mediante LM exclusiva hasta los 6 meses de vida. En esta reunión se establecen los "Diez pasos hacia una lactancia natural feliz" [25]. Dichos pasos son:

1. Disponer de una norma escrita sobre lactancia natural que se comunique a todo el personal.
2. Capacitar a todo el personal de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa norma.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Enseñar a las madres como dar el pecho y cómo continuar con la lactancia natural, incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén medicamente indicados.

7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la LM a demanda.
9. No dar a los niños alimentados con pecho tetinas o chupetes.
10. Fomentar la organización de grupos de apoyo a la lactancia natural y derivar a las madres a éstos después de su salida del hospital.

Esta declaración pretende que se tomen medidas para que todas las mujeres tengan la oportunidad de tener a su disposición la información necesaria acerca de LM, y promover políticas que eviten el abandono precoz de la misma. Además de proponer un sistema que monitorice tanto la prevalencia de bebés alimentados al pecho al salir del hospital y posteriormente, el logro de objetivos. Así mismo conseguir, fijando el año 1995 como fecha máxima, que los países incluyan las siguientes obligaciones:

- Designar un coordinador nacional de LM, así como crear un comité nacional, en el cual se integraran tanto organizaciones de profesionales de la salud como organizaciones no gubernamentales y representantes destacados del gobierno.
- Globalizar en todas las instalaciones sanitarias el cumplimiento de los "Diez pasos para una lactancia natural feliz".
- Promover políticas y legislación que proteja los derechos de las madres trabajadoras para compaginar vida profesional con la lactancia.

Tras la Declaración de Inocenti, en 1991, también la OMS junto a UNICEF promueven la Iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños que, en relación con este tema, promueve el cumplimiento de las pautas establecidas por Inocenti dentro de los ámbitos hospitalarios.

Cabe destacar el año 2004 por la aparición del primer "Plan de Acción Europeo para la protección, promoción y apoyo a la Lactancia Materna en Europa" [47, 48]. Dicho plan declara como prioridad en temas de salud pública la promoción de la LM instando a los profesionales de la salud a asumir responsabilidad a la hora de llevar a cabo acciones concretas. Así mismo, establece la urgencia de elaborar planes de actuación específicos por parte de gobiernos nacionales. En esta línea, en el mismo año el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social elabora la "Iniciativa de Unidades de Salud Amigas de la Niñez y las Madres" [49] incorporada al sistema de atención primaria y en consonancia con lo dictado por la iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños. En esta iniciativa se establecen una serie de pasos necesarios para el éxito en la LM:

1. Existencia y sostenibilidad del comité multidisciplinario.
2. Aplicación de la normativa institucional sobre la LM.
3. Brindar atención nutricional en alimentación y nutrición a todas las mujeres atendidas durante el control de embarazo y a las madres en periodo de lactancia.
4. Promover la lactancia exclusiva hasta los seis meses y continuar con la lactancia hasta los dos años o más acompañado de la alimentación complementaria a partir de los seis meses.
5. Demostrar y practicar con todas las madres en el periodo de lactancia la extracción, conservación y administración adecuada de la leche materna.
6. Promover durante los controles prenatales a la gestante que inicie la LM en la primera media hora de nacido, y que el bebé permanezca junto a ella de día y de noche.
7. Promover la introducción adecuada de alimentos a partir de los 6 meses.
8. No promover el uso de formulas artificiales.
9. No aceptar donaciones y/o propagandas de sucedáneos de la leche materna.
10. Cumplimiento por parte del personal de la unidad de salud de las disposiciones establecidas en el código de comercialización de sucedáneos de la leche materna.
11. Contar con un espacio ambientado para brindar los consejos necesarios a las madres.
12. Que cada establecimiento forme y mantengan activos los grupos de apoyo a la LM.
13. Promoción y monitoreo de la práctica de la LM exclusiva y alimentación complementaria a nivel comunitario.

Posteriormente, en 2005 [50], también en Florencia, tiene lugar la cumbre sobre la Declaración de Inocenti, en la que, pese a que se reconocen mejorías en cuanto a los datos de LM, la prevalencia de la misma sigue siendo baja. En la Declaración surgida de la misma, se unifican criterios en cuanto al reconocimiento del derecho a la mujer a lactar y la protección de la misma en todas las etapas de la vida. A su vez, y al igual que en la Declaración de 1990, se establecen una serie de medidas obligatorias para los gobiernos y las organizaciones gubernamentales. Entre ellas, cabe destacar las siguientes:

Para los gobiernos:

1. Establecer autoridades a nivel nacional sobre la alimentación de lactantes sin la supervisión o control de la industria alimentaria.
2. Apoyar desde las instituciones sanitarias la LM.
3. Cumplir la normativa vigente en materia de LA.
4. Proteger la lactancia exclusiva durante los 6 primeros meses de vida promoviendo políticas que permitan compaginar la lactancia con la vida profesional.
5. Formar al personal sanitario en materia de LM.
6. Establecer mecanismos de información para las madres sobre la LM.
7. Proteger a las mujeres, especialmente durante el embarazo, de contaminantes ambientales y residuos químicos.

Para las organizaciones no gubernamentales:

1. Priorizar las prácticas óptimas de alimentación.
2. Observar aquellas actividades que no coincidan con los principios establecidos de modo que puedan abordarse de forma efectiva.
3. Reconocer la LM como la forma de alimentación óptima para el correcto desarrollo físico, intelectual y emocional del niño.
4. Garantizar los suficientes recursos económicos para apoyar a los gobiernos en el desarrollo y evaluación de sus políticas y programas.
5. Apoyar la investigación operativa para cubrir la falta de información.
6. Fomentar la inclusión de programas con la finalidad de mejorar la LM en políticas sectoriales como aquellas destinadas a la reducción de la pobreza.

Como novedad, en esta reunión, se incluyen recomendaciones también para los fabricantes y distribuidores de productos relacionados. Estas son:

- Garantizar un completo cumplimiento de todas las disposiciones del Código Internacional y posteriores resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud en todos los países, independientemente de cualquier otra medida destinada a aplicar la normativa vigente.

- Garantizar que todos los alimentos procesados para lactantes y niños pequeños cumplan con los estándares aplicables de la normativa vigente.

De las distintas reuniones e informes elaborados por la OMS, se pueden resumir en varios puntos las recomendaciones que, sobre la LM, hace dicha organización [51, 52]:

- Recomienda que la LM exclusiva se realice desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad.
- Dado que aproximadamente el 97 % de las mujeres pueden amamantar a sus hijos durante 2 años o más, se recomienda alimentar desde los 6 meses hasta, como mínimo dicha edad, con leche materna complementada con otros alimentos.

En la actualidad numerosos países han diseñado pautas y programas de actuación para la reinstalación de la LM [53]. Dentro de los intentos de restaurar la LM, se encuentre el derecho de las madres a darse de baja durante un tiempo por motivo de su embarazo y tras este. Este derecho viene del año 1919 cuando se firma el Convenio sobre la Protección de la Maternidad por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) [54]. Este convenio, revisado posteriormente, reconoce el derecho de la mujer a una baja maternal de, como mínimo, 12 semanas. Actualmente más de 100 países están acogidos a este convenio de los que más de la mitad conceden más de 12 semanas y cerca de una treintena, sin embargo, conceden menos. En España actualmente se conceden bajas para un total de 16 semanas, ampliables en dos semanas más por cada hijo a partir del segundo, en partos múltiples [55]. Además, durante los primeros 9 meses, se tiene derecho a una hora de lactancia sin que afecte a su salario, en la cual se puede ausentar durante una hora de su jornada laboral o bien realizarlo en dos partes de media hora cada una. Dicha medida puede disfrutarla tanto el padre como la madre.

En caso de reducción de jornada también se tiene derecho a una hora de lactancia, y si el turno de trabajo es mayor a 8 horas, como por ejemplo en guardias de 24 horas, se tiene derecho a una hora por cada 8 horas de trabajo. La madre tiene derecho a solicitar un cambio de puesto de trabajo compatible con la lactancia y en el caso de no poder realizarse, por motivos bien justificados, se pueden acoger a la suspensión de contrato por riesgo durante la lactancia, con las mismas condiciones que el riesgo por embarazo. También, se pueden agrupar todas las horas en días de trabajo que van desde 2 a 4 semanas aproximadamente, y en algunos casos los unen a la baja maternal y vacaciones, para prolongar el tiempo dedicado a los hijos, y favorece al amamantamiento durante los primeros meses [56].



## 2.2. Beneficios de la LM

Numerosos estudios han demostrado los beneficios de la LM [16–19, 23, 57–62]. Estos beneficios se dividen en dos grandes grupos, beneficios para el lactante, y para la propia madre.

Beneficios para el lactante.

1. Por su composición, la leche materna es el único alimento que cubre todas las necesidades nutricionales del lactante.
2. Además de cubrir las necesidades nutricionales, la leche materna es también el único alimento que suministra lo necesario para un correcto desarrollo psicológico e intelectual. Se ha demostrado que aumenta la capacidad intelectual a largo plazo.
3. Protege frente a infecciones.
4. Disminuye la incidencia de determinadas enfermedades como la retinopatía de la prematuridad, la diabetes, la dermatitis atópica, asma, cáncer, entre otras.
5. Mejora el desarrollo neurológico a corto plazo.
6. Modifica factores de riesgo cardiovascular como la presión arterial.
7. En general, se han observado relaciones directas entre la ingesta de leche materna y la reducción de la mortalidad en prematuros.
8. Estudios han comprobado que la LM también presenta un componente psicológico que disminuye el dolor agudo. Además, fomenta la relación afectiva madre hijo.
9. Efecto protector frente al Síndrome de Muerte Súbita del Lactante.
10. Protección ante problemas de tipo alérgico.
11. Prevención de enfermedades diarreicas durante el primer año de vida.
12. Disminuye la probabilidad de padecer enfermedades crónicas en la edad adulta.
13. Disminuye la obesidad durante la lactancia y el desarrollo de la misma en edades posteriores.
14. Mejora la oclusión dental y previene la aparición de caries. Favorece el desarrollo de huesos y cartílagos del apartado masticatorio y previene anomalías dentofaciales.

15. El lactante no crea sustitutos del pecho, como el dedo.

Beneficios para la madre.

1. Disminución de la probabilidad de padecer cáncer de mama u ovárico, diabetes tipo II y artritis reumatoide.
2. Disminuye el riesgo de hemorragia uterina post-parto y favorece la involución uterina.
3. Proporciona largos periodos de amenorrea (ausencia de menstruación) lo cual supone un beneficio sobre las reservas férricas de la madre.
4. Fomenta la pérdida de peso post-parto.
5. Beneficios económicos.
6. Satisfacción personal.

## 2.3. Dificultades y Abandono

A pesar de la existencia de suficientes informes, declaraciones y reuniones a distintos niveles, y de los conocidos beneficios que la LM tiene tanto sobre el lactante como la madre, existe una baja prevalencia de la misma en nuestros días. La OMS ha detectado que en los países europeos no se cumple lo estipulado en la Declaración de Innocenti, tanto en 2005 como 1990. La formación del profesional sanitario en general, no es la adecuada en este tema y no se están realizando las campañas necesarias para informar y apoyar a las madres. Todo esto unido al actual ritmo de vida y la dificultad, en muchos casos, de mantener la lactancia por motivos profesionales, hacen que las madres, aunque opten por una lactancia natural, la acaben por abandonar en pocos meses. Los principales motivos que causan el abandono [7, 9, 15, 32–39] son los siguientes:

- La existencia de falsos mitos como miedo a perder la figura, deformación de los pechos, el niño llora demasiado, entre otros.
- Miedo de la madre a perder libertad por el hecho de estar amamantando.
- Falta de información que unido a la inexperiencia de la madre fomentan sus dudas e inquietudes apareciendo prácticas incorrectas que llevan a la pérdida de leche, falta de confianza, ansiedad, entre otros.
- Algunos grupos de riesgo (inmigrantes, población con poco nivel educativo) relacionan las fórmulas de alimentación artificial con el progreso y la riqueza.
- Escaso apoyo familiar y social. Dificultad para compaginar vida profesional y estudios con la LM.
- Utilización inapropiada de la publicidad sobre fórmulas artificiales unida a la cultura del biberón. Distribución de muestras de tetinas, biberones y fórmulas de leche artificial en instalaciones sanitarias.
- Problemas en el recién nacido, como bajo peso, hacen que las madres, con la creencia de que la leche artificial es más completa fomenten el abandono de la LM.
- Situaciones como cesáreas, problemas en el parto o partos múltiples hacen la LM difícil desde el principio.
- El principal motivo por el que las madres deciden sustituir la LM por fórmulas artificiales es la hipogalactia o escasa producción de leche a pesar que apenas un 10 % de las madres presentan una hipogalactia verdadera.

- La creencia de que el lactante no se está alimentado correctamente puesto que no pueden controlar la cantidad de leche que ingiere a diferencia del biberón.
- Aparición de algunos problemas durante la lactancia como la mastitis, dolor o grietas en el pezón, pezón invertido, entre otros.

El abandono de la LM se produce principalmente durante el primer mes de vida del lactante. A partir de ese momento y hasta los 6 meses de vida, el descenso es progresivo. Diversos estudios señalan que es extraño observar que una madre tras iniciar la LM la abandone en tan poco tiempo. En estos casos, el abandono estaría muy relacionado con una falta de apoyo a la madre y/o escaso conocimiento sobre la lactancia por parte de la misma [12, 14, 63].

## 2.4. Grupos de Apoyo

Desde la Declaración de Inocenti [50] se pone de manifiesto la necesidad de prestar apoyo a las madres durante el proceso de la LM. Este apoyo no siempre es suficiente desde el ámbito sanitario, bien por escasez de recursos o por falta de formación de los profesionales. Es por ello que ha surgido la figura de los Grupos de Apoyo a la LM. Estos grupos suelen configurarse como Asociaciones sin ánimo de lucro, y sin vinculación a ningún organismo público. Están formados en su mayoría por madres que han amamantado y que se unen con la finalidad de prestar apoyo e información a otras madres en proceso de lactancia. En estos grupos también suele haber profesionales de la salud formados en este ámbito que proporcionan al grupo información actualizada.

Lo que separa a estos grupos de otros más institucionales (como las clases maternas impartidas en atención primaria), es el hecho de basarse en un apoyo de madre a madre, compartiendo en muchos casos más la experiencia que los conocimientos púramente teóricos [42].

## Capítulo 3

# Estado del Conocimiento

Desde los años 70 hasta la actualidad se han publicado más de 12000 artículos que tratan el tema de la lactancia, en distintas bases de datos consultadas.

Si concretamos a los últimos diez años, observamos en la Figura 3 la evolución del número de publicaciones encontradas.

En los últimos diez años el número de publicaciones relacionadas con los términos de LM han ido aumentando. A principios de la década, el número de artículos anuales no superan los 600, superándose esta cifra a partir del 2005. En los últimos 3 años, el número de artículos superan con creces los 1000 anuales. Es evidente el creciente interés en esta materia.

Se ha realizado también una clasificación de los artículos en función de varias temáticas. Para ello, se han añadido a los descriptores términos tanto en español como en inglés, como: beneficios, abandono, prevalencia, conocimiento y necesidad de apoyo. En la Figura 4 se puede ver dicha clasificación.

Las temáticas más abundantes son, con cerca de un 30% de los artículos, el conocimiento, los beneficios y la prevalencia. Los artículos incluidos dentro de la categoría de conocimiento hacen referencia a artículos en los que se analiza el conocimiento sobre la LM de distintos colectivos, bien sea personal sanitario o incluso las propias madres. En cuanto a los artículos incluidos en la categoría beneficios, versan sobre el análisis del beneficio de la LM sobre un aspecto en concreto. Por otro lado, los artículos que tratan temas sobre prevalencia van encaminados tanto en estudiar el mantenimiento de la LM, como en analizar los aspectos que influyen sobre el mismo. A continuación encontramos

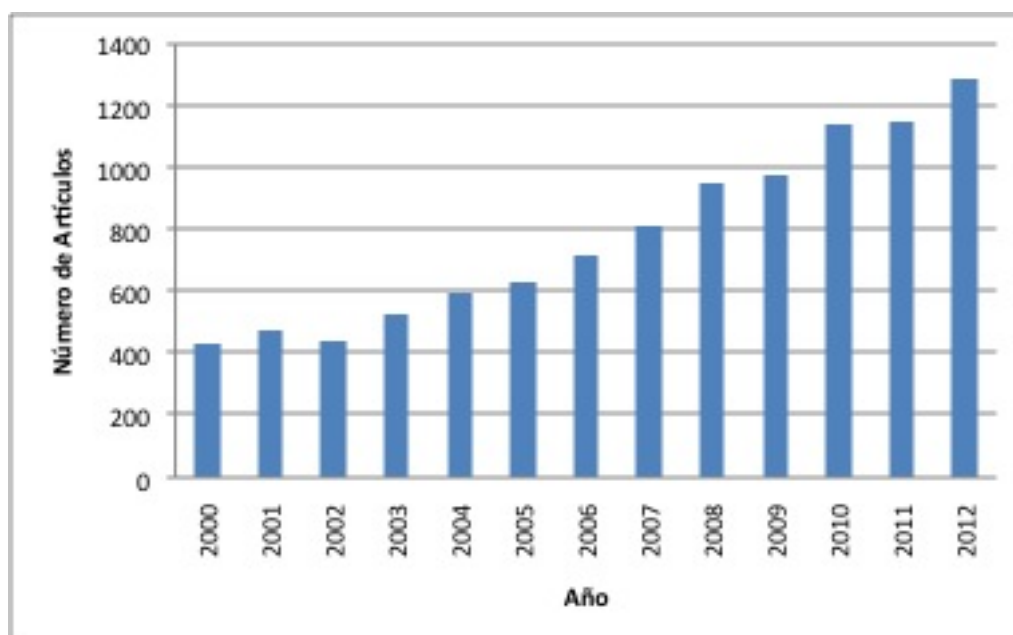


Figura 3: Evolución del número de publicaciones en las que aparecen las palabras "Lactancia Materna", "Breastfeed" o "Breastfeeding"

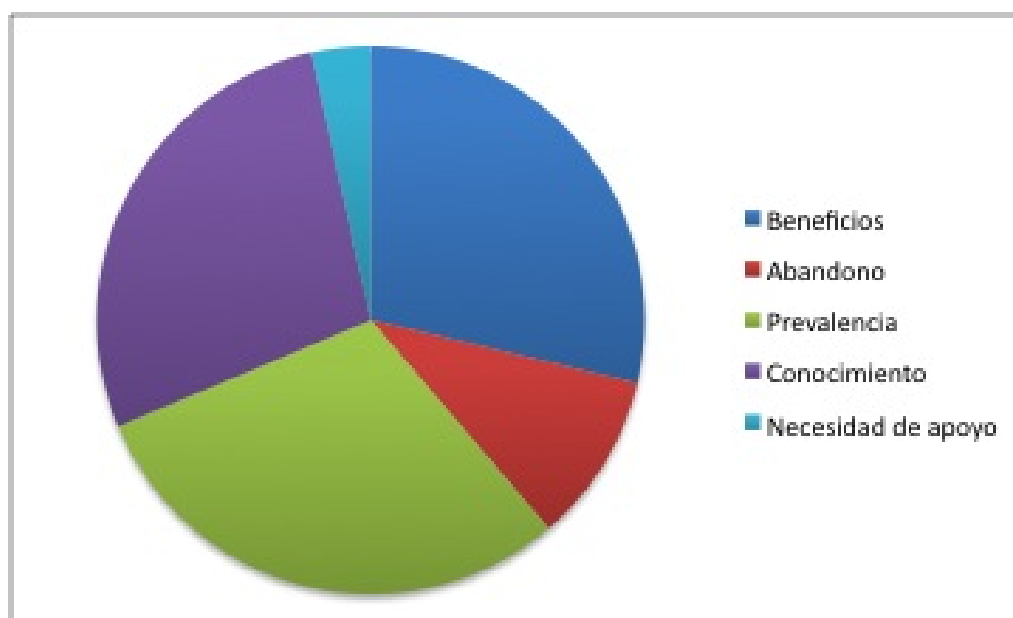


Figura 4: Reparto entre las distintas temáticas de los artículos encontrados para el periodo 1970-2013

con un 10 % artículos sobre el abandono de la LM y las posibles causas que lo motiva, y tan solo un 3 % de los artículos se centran en identificar o analizar las necesidades de apoyo específicas de las madres durante este periodo.

En este sentido, ya en la Declaración de Inocenti se pone de manifiesto la importancia que tiene la LM sobre la salud del lactante. Los artículos relacionados con los beneficios de la LM son numerosos y podemos dividirlos en dos grupos principales, sobre el lactante y sobre la madre. Salone et al en 2013 [64] han realizado una revisión sobre la literatura existente en este tema. Encuentran entre las principales ventajas, el menor riesgo de padecer enfermedades como la otitis o relacionadas con el sistema respiratorio, obesidad y caries. Entre ellos encontramos el estudio realizado por Stolzer en 2011 [65] donde se pone de manifiesto la relación existente entre la LM y la obesidad, siendo esta un factor que promueve su prevención.

En cuanto a beneficios sobre temas alérgicos, existe mucha controversia y podemos señalar los estudios realizados por Arshad en 2001 [66] y por Kramer en 2011 [58]. Arshad realiza un estudio sobre la prevención de problemas de alergia alimentaria en niños, estableciendo la LM como un factor que puede ayudar a prevenir y reducir la incidencia de alergias de tipo alimentario, sobre todo en lactantes cuyos familiares directos padezcan algún tipo de estas alergias. Por su parte, Kramer en 2011 realiza un estudio sobre la influencia de la LM sobre enfermedades de tipo alérgico como la dermatitis atópica, asma y rinitis alérgica, pruebas cutáneas positivas a determinados alérgenos y alergias alimentarias demostrando que, si bien en el caso del asma y la rinitis la evidencia no es demasiado clara, si lo es en el caso de la dermatitis, al menos, en su prevención durante la infancia.

Buñuel Álvarez en 2011 [18] realizó un interesante estudio sobre la relación entre la LM y la muerte súbita, incluyendo también el chupete. Este estudio demuestra la importancia que tiene la LM para reducir los casos de síndrome por muerte súbita. En cuanto al chupete, recomienda su inclusión en casos de no dar el pecho, puesto que es el proceso de succión, entre otros factores, lo que previene este síndrome.

También existen estudios que tratan de demostrar los beneficios de la LM sobre los problemas en la dentición. En este sentido encontramos los estudios realizados por Armando Santiso Cepero et al en 2011 [10] y Simone Capsi Pires et al en 2012 [60]. Cepero en su estudio puso de manifiesto que una LM inferior a cuatro meses puede ser considerada un factor de riesgo en la incidencia de alteraciones en la dentición. Por su parte, Pires demostró que la LM tiene un efecto positivo sobre la función masticatoria.

Rivara Dávila Gustavo et al en 2011 [17] realizó un estudio sobre el efecto analgésico de la LM. Para ello realizó un estudio en más de 160 bebés en los que midió el dolor



sufrido durante la vacuna de la Hepatitis a las 48 horas de vida. Dividió los bebés en 3 grupos, un grupo control, un grupo en el cual se daba el pecho durante la vacuna y otro al que se sometió a saturación sensorial auditiva (voz de la madre), táctil (caricias de la madre), olfativa (colonia), gustativa (LM) y visual (rostro de la madre). Se demostró que, si bien la LM tiene un efecto analgésico, este es más completo cuando se une a otros efectos.

Bonilla en 2009 [29] realizó un estudio sobre los beneficios que reporta la LM tanto en el lactante como sobre la madre. Entre los beneficios sobre el lactante diferencia entre aquellos relacionados con la salud a nivel físico como la disminución de la morbilidad y el hecho de ser el alimento a nivel nutricional ideal, como aquellos beneficios más relacionados con la psicología, como una estimulación visual y táctil temprana entre otros que ayudan en su desarrollo personal. Además, también analizan los beneficios que tiene sobre la madre, disminución de la probabilidad de padecer cáncer de mama u ovario, recuperación del útero, o ventajas económicas al no tener que comprar fórmulas artificiales ni biberones. Este artículo también es interesante ya que realiza un análisis previo sobre los aspectos culturales que pueden tener repercusión sobre la LM.

Otros beneficios que van más allá de la salud, son los relacionados con las conductas futuras. En este sentido, Shelton et al en 2011 [59] realizan un estudio en el que relacionan la LM con la reducción en la probabilidad de padecer problemas de conducta en edades futuras.

Pese a la importancia que la LM tiene también sobre la madre, podemos ver que existen muchos artículos que se centran en el lactante. Sin embargo, González Mariño en 2012 [23], realiza un estudio exclusivamente sobre los beneficios en la madre a través de una búsqueda bibliográfica sobre el tema en bases de datos.

Con respecto a las madres en periodo de lactancia, es importante también tener en cuenta las necesidades de apoyo que estas pueden requerir. Bettinelli en 2012 [67] realizó un estudio sobre la necesidad de apoyo en el trabajo de las madres en periodo de lactancia y las posibles propuestas que deben incluirse en los programas y políticas de apoyo a la LM. En este sentido, algunas estrategias propuestas pasan por el establecimiento de horarios más flexibles, la posibilidad de llevar al lactante al trabajo o la de que sea la madre la que salga a amamantar durante su jornada. Siguiendo esta línea, Bai et al en 2012 [39], abogan por la implantación de lugares adecuados para el amamantamiento en las empresas en Estados Unidos.

Algunas propuestas de apoyo a la LM son a nivel internacional como la propuesta de Hospitales Amigos de los Niños. Esta propuesta va encaminada a proteger, promover y apoyar la LM. Sin embargo, pocos estudios han tratado de identificar el éxito de

tales propuestas. En ellos encontramos el estudio de Schmied et al en 2011 [19] en el que se investiga la percepción que tienen distintos profesionales sanitarios sobre la implementación de la iniciativa Hospitales amigos de los niños en Australia. La principal conclusión a la que lleva este estudio es la existencia de una contradicción entre lo que la iniciativa marca y lo que es interpretado por los profesionales que la están implantando. Por tanto, sugiere una revisión de los mecanismos de implementación de esta iniciativa.

Mangasaryan et al 2012 [68] realiza una revisión sobre 6 programas a nivel nacional de promoción de la LM en las ciudades de Bangladesh, Benin, Las Filipinas, Sri Lanka, Uganda y Uzbekistán. Se identificó la promoción como un componente básico y, a pesar de que los profesionales de la salud priorizan el apoyo a la alimentación de los niños/as teniendo claro los objetivos de los programas, aún quedan muchos problemas que deben solucionarse.

Además de las políticas de apoyo a nivel internacional o nacional, son también importantes las estrategias y planes desarrollados a un nivel local. En este sentido cabe destacar los estudios realizados por Condon y Ingram en 2012 [33] y Javanparast et al 2012 [69] ambos centrados en centros infantiles. Javanparast et al realizó un estudio cuantitativo con el objetivo de analizar la percepción y las prácticas de apoyo a la LM en centros infantiles de diferentes localizaciones en Australia. La percepción general es que la LM es una decisión personal, estando estos centros obligados a apoyar tal decisión. Entre las medidas de apoyo destacan la provisión de espacios físicos para el amamantamiento, y entre las principales barreras la distancia de los centros a los puntos de trabajo de las madres. Por su parte Condon y Ingram se centraron en centros de Gran Bretaña poniendo de manifiesto como una correcta colaboración entre estos centros pueden estimular la promoción de la LM.

Beake et al 2012 [70] realizó una revisión bibliográfica sobre artículos encaminados a demostrar la efectividad de programas estructurados de apoyo a la LM frente a aquellos no estructurados. Se observa una mayor efectividad de los primeros sobre todo en aquellos centros de atención primaria donde los valores de iniciación y prevalencia de la LM son menores.

Demirtas 2012 [32] realizó una revisión bibliográfica sobre las distintas estrategias de apoyo a la LM, encontrando que estas son escasas, encontrando menos de 40 referencias bibliográficas. Su principal conclusión es que, las propuestas que mayor beneficio aportan a las madres son aquellas en las que se apoye la LM desde la perspectiva de aportar guías que generen autoconfianza y capacidad de llevar a cabo este proceso.

Williamson et al 2011 [71] realizó un estudio encaminado a identificar las dificultades que encuentran las madres en los primeros días de vida de sus lactantes destacando el

dolor al amamantar y las dudas y encaminando las prácticas de promoción hacia un trato más próximo.

Gallardo Sánchez en 2012 [45] publica un estudio previo, del cual no se han publicado aún los resultados, en el que pretende demostrar que, además de las clases previas al parto, la implantación de cursos y clases post-parto relacionadas con la práctica de la LM pueden ser beneficiosas para las tasas de incidencia y prevalencia de la misma.

En cuanto a datos y estudios sobre los factores que pueden influir sobre la duración de la LM podemos destacar a Pinilla Gómez et al en 2011 [9] quien realizó un estudio de corte transversal seleccionando 108 bebés y madres hospitalizados. Determinó que existe una tendencia negativa en la duración de la LM en bebés hospitalizados, siendo necesario un esfuerzo no tan solo de los profesionales sanitarios, sino a nivel interdisciplinar modificando las normas de los centros médicos para favorecer la LM.

Siguiendo esta línea de determinar la necesidad de un mayor esfuerzo por aumentar las cifras de duración y prevalencia, Doherty et al 2012 [72] estudió la necesidad de realizar esfuerzos en Sudáfrica como medida para aumentar la salud en los bebés.

Los esfuerzos por aumentar la duración de la LM deben ir encaminados en aumentar la información que tienen las madres. En este sentido, Carvajal- Pérez et al 2011 [7] realizó un estudio en el que se seleccionaron más de 30 mujeres embarazadas a las que se dividió en dos grupos, grupo control y un grupo que recibió clases preparatorias de LM. Se observó un evidente incremento en este grupo de la prevalencia de la LM llegando incluso a superar el año.

Langellier et al 2012 [73] realizó un estudio en California sobre los impactos en la LM de las políticas hospitalarias y la vuelta al trabajo de la madre. Se concluye que los programas médicos, más allá de la iniciación en el hospital, pueden educar, animar y apoyar a las madres a llevar a cabo una LM en sus domicilios.

En la actual era de la información e Internet en la que vivimos, las nuevas tecnologías pueden ser una herramienta más en la promoción de la LM. Labarère et al 2011 [35] realizó un estudio sobre la incidencia que un programa de información sobre la LM aportado mediante un CD-ROM tiene en la prevalencia. A pesar de que los datos a priori son prometedores, son necesarios más estudios sobre la efectividad de estas medidas.

Nesbitt et al 2012 [74] estudia la visión que tienen las madres adolescentes sobre las barreras para iniciar y continuar su proceso de LM. La opinión del entorno más cercano se percibe como importante pero no primordial, ya que la decisión de iniciar la LM viene motivada por los beneficios de la misma. Los factores que se encontraron como

relevantes a la hora de continuar la LM fueron: el impacto que tiene sobre las relaciones a nivel personal y social; el apoyo social; las demandas físicas que supone la LM; el conocimiento previo de las madres sobre LM y el sentimiento de comodidad durante el amamantamiento.

Para el mantenimiento de la LM es necesario, como se ha comentado previamente, un correcto apoyo hacia la madre. En este sentido, la pareja es vital. Sheriff 2010 [34] realizó un estudio previo sobre la visión que tienen los padres sobre la LM y su mantenimiento. Para ello se llevó a cabo una serie de entrevistas a padres de diferentes niveles socioeconómicos revelando que, si bien están interesados en el proceso de LM, se precisa hacer un esfuerzo por aportarles información útil y práctica que ayude a que puedan realizar un correcto apoyo a sus parejas. En esta misma línea Mitchel-Box and L. Braun en 2012 [37] realizaron un estudio sobre los conocimientos de los padres sobre LM, concluyendo en la necesidad de dar un mayor protagonismo a los padres en la toma de decisiones relacionadas con la LM.



# Capítulo 4

## Planteamiento y Objetivos

### Planteamiento del Estudio

Tras la revisión bibliográfica llevada a cabo, se observa que si bien existen estudios sobre las dificultades que llevan a las madres a abandonar la LM, no existen apenas trabajos científicos que analicen dichas dificultades entre madres que tienen éxito con la misma, y cómo las han superado. Además, son escasos los trabajos sobre el análisis de las necesidades de apoyo de las madres en periodo de lactancia.

El presente estudio pretende profundizar en el conocimiento sobre las necesidades de apoyo y, la percepción que tienen las madres sobre dicho apoyo, así como explorar las dificultades a las que se enfrentan, o incluso, se han enfrentado, las madres de un grupo de apoyo a la LM, y como han llegado a superarlas.

### Objetivo General

- Conocer las dificultades más comunes a las que se enfrentan las madres durante el periodo de lactancia.

### Objetivos Específicos

- Describir las dificultades más comunes entre las madres en periodo de lactancia.
- Identificar los medios por los que estas madres han podido superar los problemas ligados a la LM.



# Capítulo 5

## Metodología

### 5.1. Muestra: Sujetos y Contexto de Aplicación

De la población accesible de mujeres en periodo de lactancia en la provincia de Almería, han participado en este estudio una muestra de 69 madres pertenecientes a un grupo de apoyo a la lactancia de la provincia de Almería y que cumplían los siguientes criterios de inclusión:

- Ser madre.
- Estar amamantando en la actualidad.
- Pertenecer a este grupo de apoyo a la LM.

La selección se realizó mediante un muestreo aleatorio no probabilístico.

### 5.2. Diseño

El presente es un estudio exploratorio observacional que pretende dar respuesta a los objetivos propuestos.



### 5.3. Instrumentos. Material

Para la recogida de datos se ha utilizado una encuesta (autoaplicada) específicamente desarrollada para esta investigación. En la elaboración de la misma se tomó como base preguntas utilizadas en otros estudios atendiendo a la bibliografía consultada. La encuesta está compuesta por 65 preguntas que pretenden obtener la siguiente información (ver Anexo A):

Las primeras 6 preguntas de la encuesta van encaminadas a obtener información de tipo socioeconómico de las participantes (edad, nacionalidad, situación profesional y estudios).

Las preguntas de la 7 a la 10 son preguntas para identificar la unidad familiar de la que forma parte la madre, si con ella vive tan solo su pareja, o si tiene a su cuidado también personas mayores u otros niños/as.

Las preguntas de la 11 a la 13 son para diferenciar aquellas madres primerizas de las que no lo son y, en el caso de estas últimas, saber si es la primera vez o no que amamanta. En el caso de aquellas madres que han amamantado previamente, saber durante cuánto tiempo. Esta información nos permitirá diferenciar entre aquellas participantes con experiencia previa de las que no la han tenido.

Las preguntas desde la 14 a la 38 van encaminadas a identificar las dificultades percibidas por las madres durante el periodo de LM (dificultades durante el parto, problemas asociados al lactante, falta de información y/o apoyo, entre otras).

Las preguntas 39 y 40 tratan de determinar los motivos por los cuales las participantes han acudido a un grupo de apoyo a la LM.

El grupo de preguntas de la 41 a la 44 están enfocadas a introducir las preguntas referidas a los problemas que las madres pueden encontrarse durante su LM.

El siguiente grupo de preguntas (de la 45 a la 51), hacen referencia a la decisión de amamantar, qué motivos le llevaron a tomarla, el tiempo que dura la LM y si se han planteado el momento de dejarlo.

Las preguntas desde la 52 a la 56 tienen la finalidad de recabar información sobre el tipo de lactancia seguida por las participantes del estudio, LM exclusiva o mixta, y en qué medida.

El siguiente grupo de preguntas (de la 52 a la 62) vuelven a incidir en las posibles dificultades que encuentran las participantes en el desarrollo de la LM (problemas con la producción de leche, problemas asociados al pecho, entre otros).

Por último (preguntas de la 63 a la 65), se realizan algunas preguntas sobre la opinión de las madres acerca del personal sanitario que le ha atendido para temas relacionados con la LM.

## 5.4. Procedimiento

El estudio se llevó a cabo desde el mes de octubre de 2012 a mayo de 2013. En primer lugar se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica, junto con una elección de los objetivos de este trabajo. Posteriormente se ha elaborado la introducción, diseño metodológico, ejecución y finalmente recogida, análisis y discusión y conclusión de los datos obtenidos.

Después de haber seleccionado la muestra de nuestro estudio (mediante un muestreo aleatorio no probabilístico), se les informó sobre el objetivo del mismo y de la confidencialidad de las encuestas de su participación voluntaria y de su consentimiento verbal.

Las encuestas se les enviaron a través de email, con el fin de evitar el sesgo del entrevistador. Además a las participantes se les facilitó un email y número de teléfono para responder cualquier duda.

## 5.5. Análisis de Datos

Después del proceso de recogida, las encuestas fueron codificadas para garantizar la confidencialidad. Los datos fueron almacenados en una base de datos en el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS) de Windows. Los resultados se analizaron mediante los siguientes estadísticos:

- En el caso de preguntas de respuesta abierta de tipo numérico (como la edad de la madre, edad del lactante, entre otros) se empleó la media y desviación típica.
- Para aquellas preguntas de respuesta múltiple en el que las encuestadas tan solo

podieran seleccionar una opción se estudio la distribución de frecuencias de las posibles respuestas en términos de porcentaje.

- En aquellas preguntas de respuesta múltiple en las que las madres pudieran seleccionar más de una opción se procedió a contabilizar y obtener el porcentaje de veces que cada respuesta había sido seleccionada.
- En aquellas preguntas de respuesta abierta no numérica (como por qué motivo se acudió al grupo de apoyo, entre otras), se agruparon las respuestas en grupos y se estudió la frecuencia con la que cada uno era expresado por las madres.

## 5.6. Aspectos éticos

En el aspecto ético, y tal como viene recogido anteriormente cabe destacar la voluntariedad de la participación durante todo el proceso y confidencialidad de la información, aspectos que se le informaron a todos los participantes cuando se le solicito su participación en la investigación, especificándoseles lo siguiente: *"en el caso de ser participante de esta investigación se le asegura durante todo el proceso la voluntariedad de su participación, la confidencialidad y la adecuada protección de los datos tal y como se recoge en la ley 15/1999, así como demás aspectos éticos que vienen recogidos en las diferentes declaraciones internacionales de investigación"*.

Los datos recogidos durante este estudio sólo se utilizaran con fines de investigación, no conteniendo en ningún caso información con la que se puede llevar a cabo la identificación de las participantes.

## 5.7. Limitaciones del estudio

Las participantes de este estudio forman parte de un grupo de apoyo a la LM, característica que puede condicionar las respuestas expresadas en las encuestas. Si dicha encuesta se hubiera realizado sobre un grupo de madres no pertenecientes a este colectivo, la información obtenida podría haber sido diferente.

# Capítulo 6

## Resultados

A continuación se exponen los resultados obtenidos en este estudio. Se describen los resultados fragmentados en los siguientes apartados:

1. En el primer grupo se recogen los datos sociodemográficos de las madres encuestadas y otros considerados de interés para este estudio, como son la edad, el nivel de estudios, la profesión y la primiparidad.
2. En el segundo grupo se describirán los resultados relacionados con la identificación de las dificultades a las que las madres se enfrentan, que dará respuesta al primer objetivo específico de estudio.
3. En el tercer grupo, que pretende dar respuesta al segundo objetivo específico, se recogen los datos sobre los motivos por los cuales las madres dicen haber podido superar estos problemas.

### 6.1. Características de las Madres

En el primer grupo se encuentran expuestos datos, tanto de la edad de la madre y nivel de estudios como su situación profesional y primiparidad entre otros. La edad media de las mujeres de nuestro estudio es de 35 años con una desviación típica de 3.15. El 100 % de ellas es de nacionalidad española y tienen un nivel de estudios alto, como muestra la Figura 7 donde cerca del 80 % tiene estudios superiores (60.3 % con estudios universitarios y un 19 % estudios de Master y doctorado).

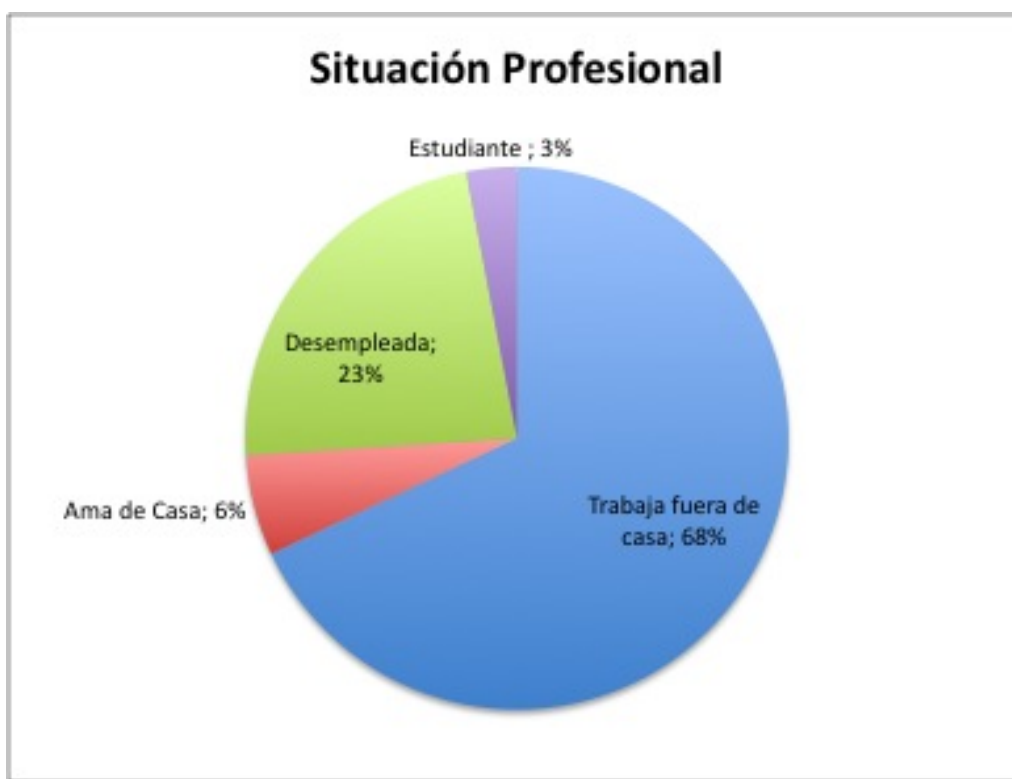


Figura 5: Situación profesional de la muestra

El 68 % de las mujeres de este estudio trabajan fuera de casa (Figura 5), y aunque un 23 % de ellas están desempleadas, tan solo un 6 % se dedica al cuidado del hogar. La Figura 6 muestra las profesiones a las que se dedican las mujeres que trabajan fuera de casa, el 33 % de ellas trabajan en el campo de la salud, este grupo hace referencia no solo a médicas y enfermeras, que son un número reducido, sino también a odontólogas, psicólogas, farmacéuticas entre otros. Sin embargo, cuando se analizan los estudios cursados (Figura 8), vemos que el mayor porcentaje pertenece a los estudios de humanidades, seguido de ciencias de la salud y económicas. Las madres pasan una media de 4.54 horas diarias separadas de sus hijos (3.71 desviación típica), bien por motivos de trabajo o por otros.

La media del número de hijos de las mujeres de este estudio es de 1.44 con una desviación típica de 0.55. Todas las encuestadas viven con su marido e hijo/s, en ningún caso viven con otro familiar como los abuelos, ni tampoco se encuentran en situación de madre soltera. En relación con su embarazo y LM, el 60 % son primerizas y, en la mayor parte de los casos fueron tanto ellas como sus parejas amamantados. De las madres que no son primerizas, el 86 % dieron el pecho anteriormente siendo el tiempo medio que duro la LM anterior de 17.56 meses con una desviación típica de 12.05.

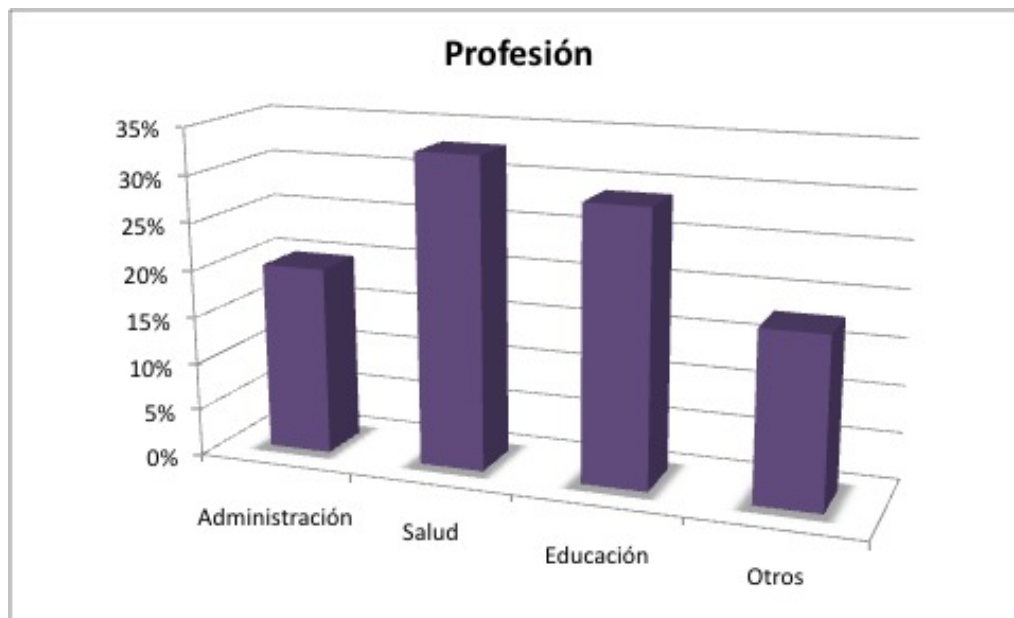


Figura 6: Profesión de las madres que trabajan fuera de casa

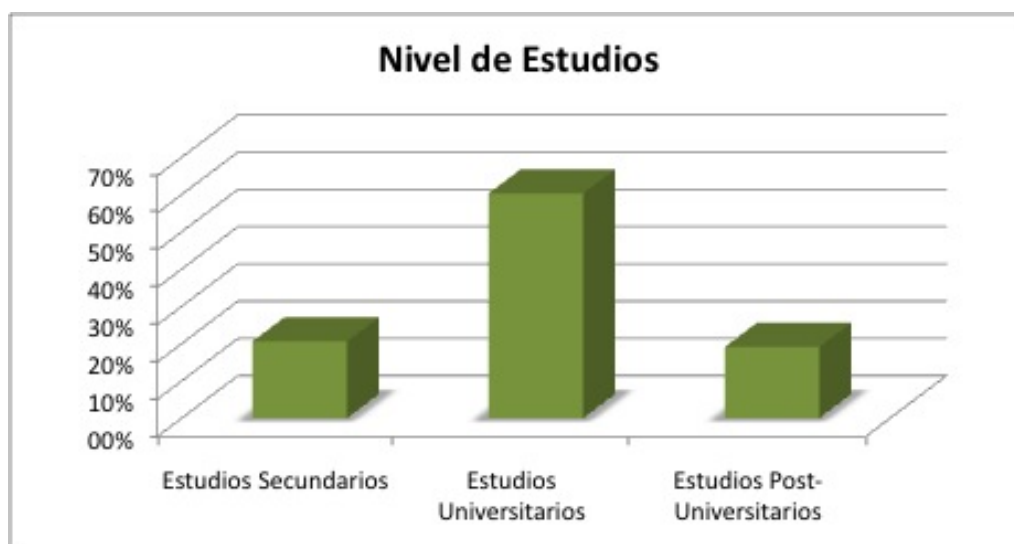


Figura 7: Nivel de estudios de las encuestadas

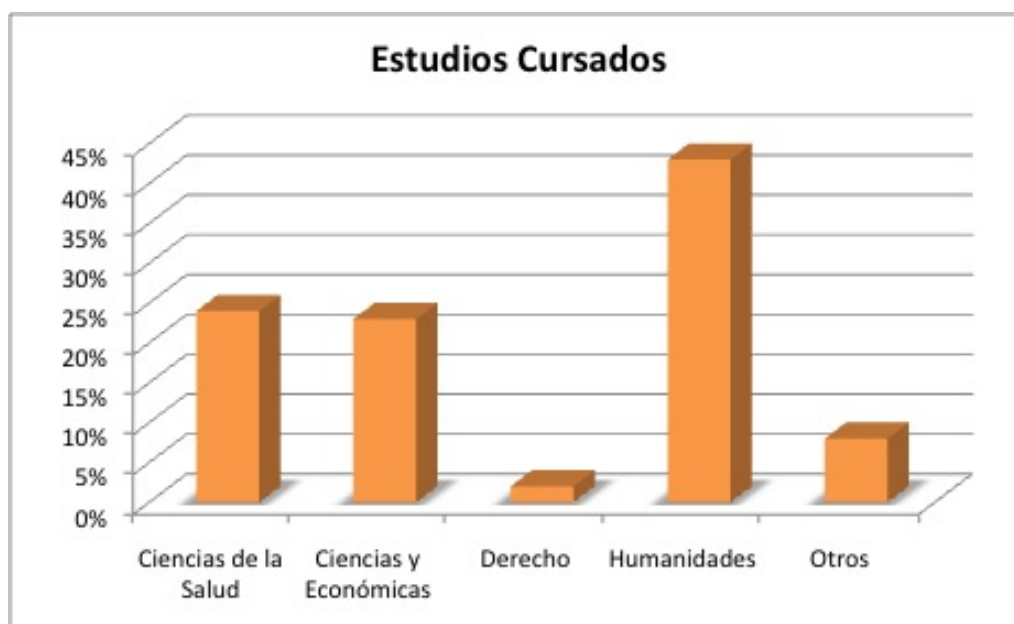


Figura 8: Estudios cursados

La edad media de edad del lactante actual es de 15.26 meses con una desviación típica de 12.27. El 90 % de los lactantes de este estudio no presentan ninguna característica especial (Figura 9). Además, el 65 % de los niños no usan chupete, frente al 35 % que si lo utilizan. De los que si utilizan chupete, este fue introducido a una media de edad de 0.8 meses (1.46 desviación típica), es decir cuando aún no han cumplido un mes. El motivo principal por el que las madres deciden introducir el chupete a sus hijos, con un 75 % de los casos, es para calmarle cuando lloran, el 12.5 % por recomendación o insistencia de un familiar, y 12.5 % por otros motivos que no han especificado.

El tiempo medio que llevan las encuestadas dando el pecho actualmente es de 19.84 meses (desviación típica de 17.05). En cuanto a los motivos por los cuales las madres deciden dar el pecho, la pregunta es de múltiple respuesta, siendo los principales motivos los beneficios de la LM (98.5 %), motivos económicos (19 %) y otros como la insistencia de algún familiar (1.4 %) o porque en su entorno se de el pecho (4.4 %). Por otro lado, también se preguntó si las madres sienten que la LM las hace diferentes existiendo un 53 % que opinan que si.

El 97.1 % de las encuestadas antes de nacer su hijo/a tenían claro que iban a dar el pecho. En cuanto al momento de dejar de dar el pecho, el 51.5 % de las participantes quieren dar el pecho hasta que sus hijos lo deseen (Figura 10).

En cuanto al tipo de lactancia practicada, el 82.4 % de las madres de este estudio dan a

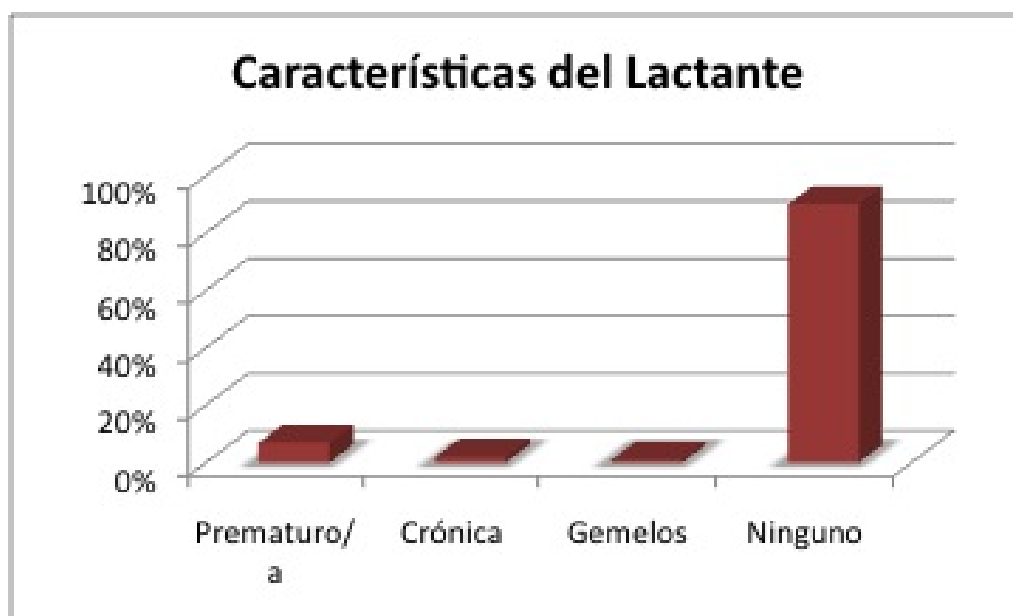


Figura 9: Características del lactante. Prematuro hace referencia a si el lactante actual fue prematuro hace referencia a si el lactante actual fue prematuro/a al nacer. Crónica, hace referencia a si sufre en la actualidad alguna enfermedad de tipo crónico, gemelos hace referencia a si los lactantes son gemelos o mellizo. Ninguno, quiere decir, que el lactante no cumple ninguna de las características anteriores

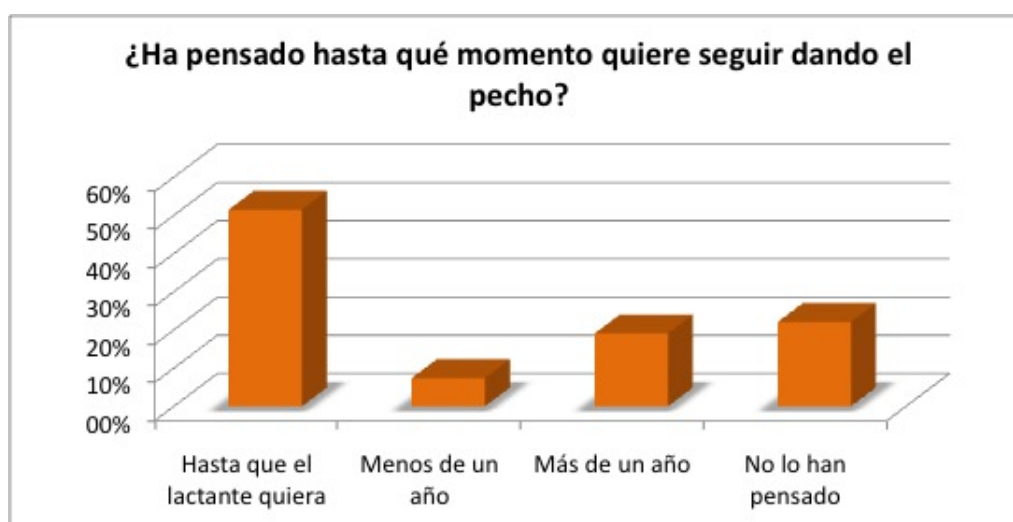


Figura 10: Porcentaje del tiempo que tienen pensado las madres dar el pecho.



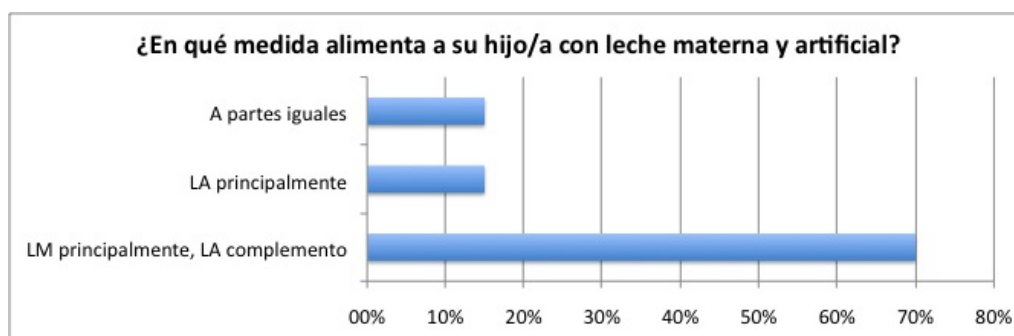


Figura 11: Representa en que medida complementan la LM con formulas artificiales

sus hijos la LM directamente del pecho sin emplear aparatos de extracción de leche. El 69 % de las mujeres practican una LM exclusiva. En el caso de las madres que practican una LM mixta, el 70 % emplean la leche artificial como un mero complemento y el 15 % da ambas a partes iguales (Figura 11), siendo la media de tiempo que han realizado LM exclusiva es de 8.44 meses (desviación típica de 8.30). El principal factor por el que las madres incorporaron la leche artificial fue por la recomendación de su pediatra, seguido por la idea de que los lactantes no ganaban suficiente peso (Figura 12).

## 6.2. Dificultades Identificadas

En este grupo se identifican y analizan las dificultades a las que se enfrentan las madres durante la LM.

### 6.2.1. Falta de Información Recibida

En este apartado se analiza si las madres han recibido información antes o durante su embarazo sobre LM, de dónde han obtenido dicha información, así como la valoración de la misma. Un 87 % de las participantes han asistido a sesiones de educación maternal durante el embarazo, un 67 % no han recibido ningún curso sobre LM sin embargo, el 88 % de las mismas han recibido alguna información sobre LM. La Figura 13, representa las fuentes de información acerca de LM a las que han recurrido siendo Internet la más repetida. Esta pregunta de la encuesta es de múltiple respuesta, por lo que las encuestadas han podido elegir varias opciones.

El 70 % de las encuestadas afirman que existe, según su experiencia, poca información

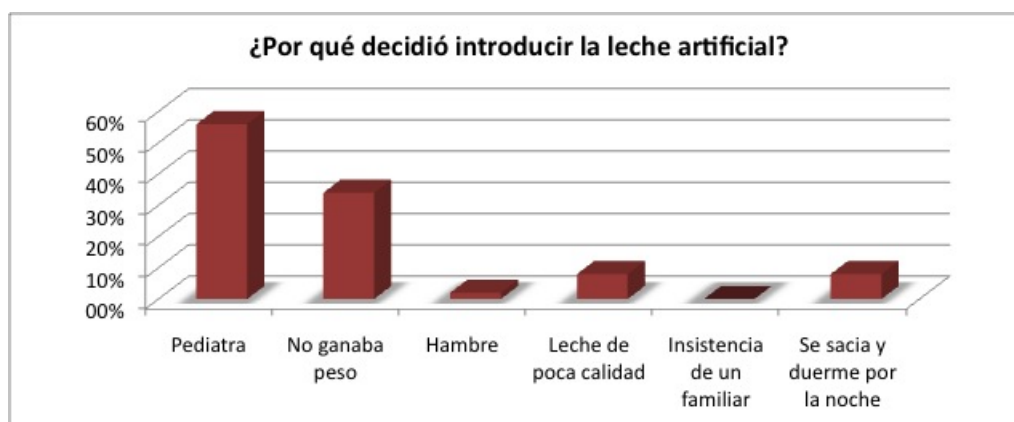


Figura 12: Representa los motivos por los que las madres decidieron complementar la LM con fórmula artificial. Pediatra hace referencia a recomendación de LA por parte del pediatra. No ganaba peso, hace referencia a que el lactante no ganaba suficiente peso. Hambre, quiere decir que la madre cree que el bebe se queda con hambre. Leche de poca calidad, hace referencia a que las madres no creen que su leche sea lo suficientemente buena. Insistencia de un familiar, quiere decir por insistencia de algún familiar. Se sacia y duerme por la noche, se refiere a que el lactante se sacia mas y por ello duerme mejor.

acerca de la LM, sin embargo la información recibida de las fuentes indicadas es valorada positivamente con una puntuación media de 4 con una desviación típica de 1.13, en un rango de valoración del 1 al 5, siendo el 1 muy mala y el 5 muy buena.

### 6.2.2. Opinión Negativa Respecto a los Profesionales de la Salud

En este apartado se muestran las opiniones que, sobre los profesionales de la salud, tienen las madres participantes.

La media de consultas que han hecho las encuestadas a los profesionales de la salud es de 2.29 veces, con una desviación típica de 2.88. Son diversos los motivos por los que estas mujeres acuden a los profesionales de la salud, por problemas en general sobre su LM (72.1%), porque el lactante se queda con hambre (13.2%), por problemas físicos como la mastitis o infecciones (8.8%) y en busca de información (2.9%).

El 70.6% de las encuestadas afirma que su pediatra no realiza un seguimiento de su LM. Las encuestadas pudieron contestar de manera abierta sobre la opinión que tienen sobre su experiencia con los profesionales de la salud, entendiendo los mismos como pediatras,

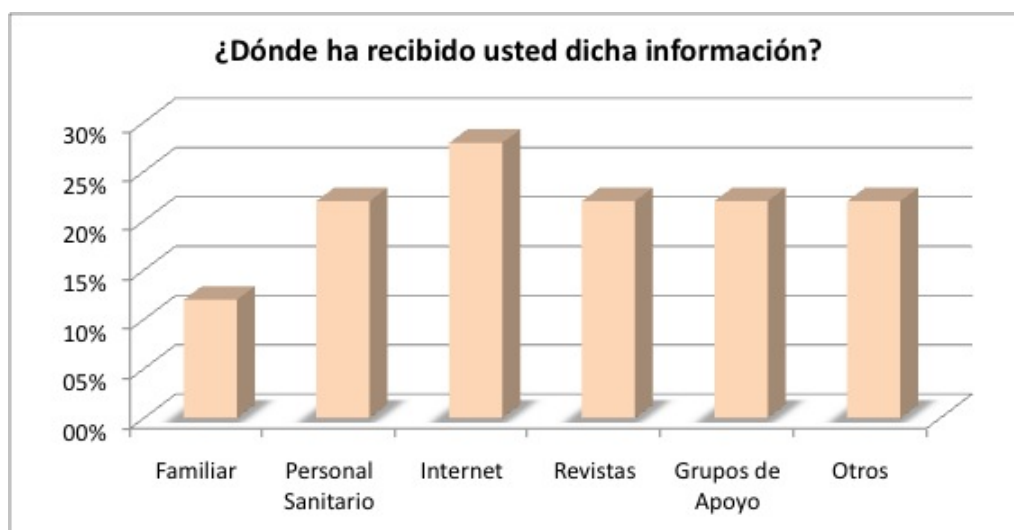


Figura 13: Fuentes de información sobre LM

médicos de familia, enfermeras y matronas. Estas respuestas conforman los 3 grupos que podemos observar en esta Figura 14. La mayoría de las participantes opinan que estos profesionales aunque tengan la intención de fomentar la LM, no están lo suficientemente informados para ello.

### 6.2.3. Problemas durante la LM

En este apartado, se exponen datos sobre los problemas que han tenido o tienen las madres con la LM, como si han sufrido disminución en la producción de leche, pudor a dar el pecho en público, mastitis, grietas en el pezón, entre otros. En la actualidad, un 66.2% de las madres no tiene problemas con la LM. Además, más del 80% de las madres opinan que la LM no limita mucho su vida, frente al 14.7% que creen que sí.

El 67.6% de las encuestadas no ha sufrido un descenso brusco de su producción láctea, frente al 32.4% que sí lo ha tenido. La Figura 15 muestra los resultados para la pregunta de opción múltiple sobre cuáles son los motivos de dicha disminución siendo el estrés de los más importantes.

Las mujeres de este estudio han podido contestar con respuesta múltiple, a la pregunta ¿tienes pudor a dar el pecho en público?. A lo que han respondido que no en el 85.3% de los casos, aunque en un 7.4% su entorno no lo ve correcto.

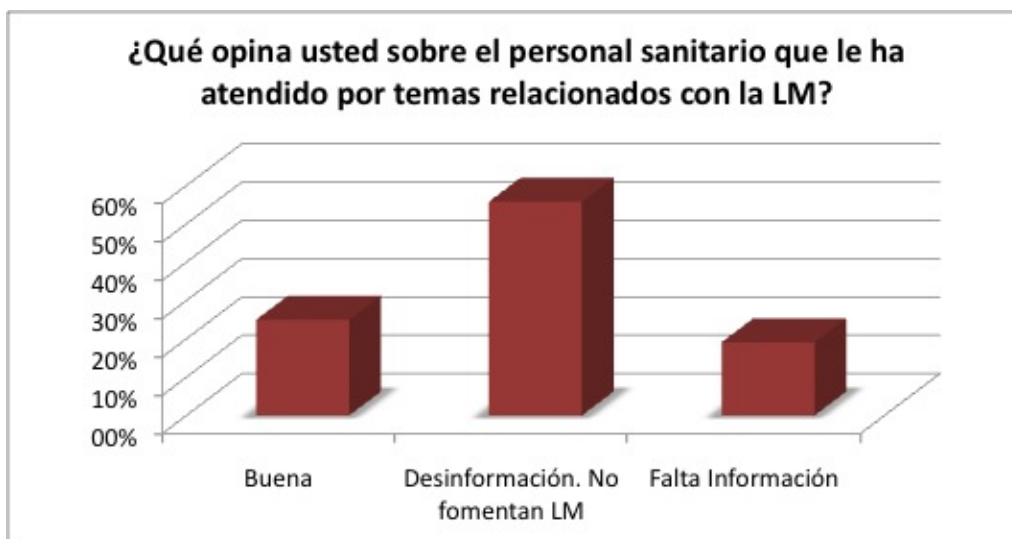


Figura 14: Opinión sobre los profesionales de la salud.

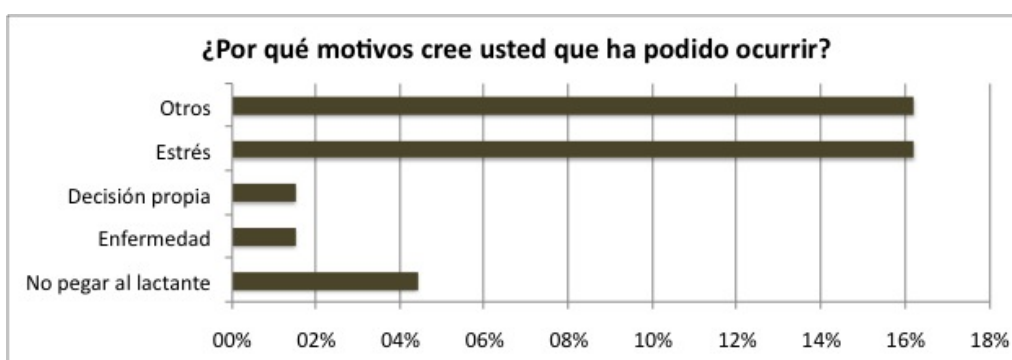


Figura 15: Motivos por los que creen que ha podido disminuir la producción de leche

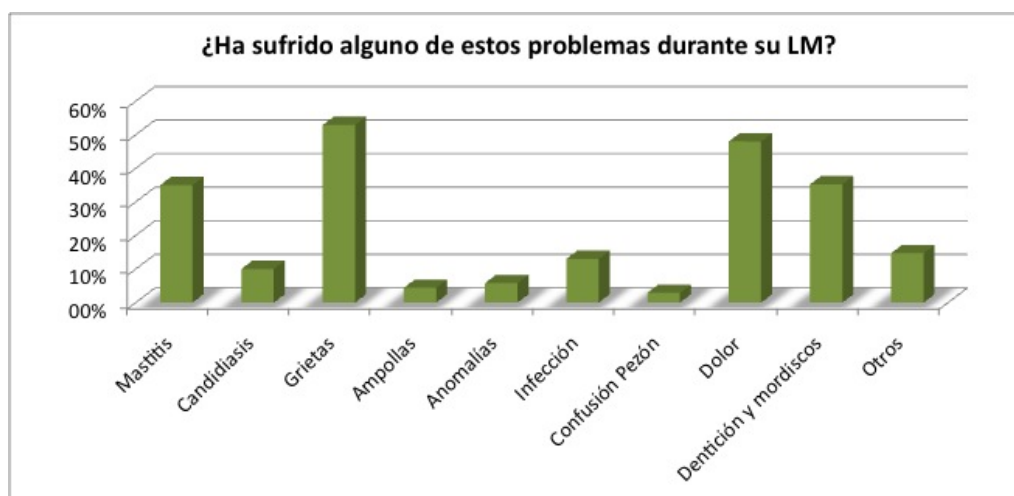


Figura 16: Problemas asociados a la LM que han sufrido las madres.

En cuanto a problemas físicos relacionados con la LM, los más habituales son las grietas en el pezón, dolor al dar el pecho, dentición y mordiscos y mastitis (Figura 16).

#### 6.2.4. Calidad del Apoyo/Ayuda Recibida

En este apartado se recogen datos sobre el apoyo y ayuda que reciben las madres en su proceso de amamantamiento, es decir, quienes le ayudan, con qué frecuencia, y como valoran dicha ayuda entre otros datos más específicos.

En la Figura 17 aparecen las distintas fuentes de ayuda de las madres de este estudio para el proceso de amamantamiento. Esta pregunta es de múltiple respuesta, de modo que han podido escoger más de una opción. El 51.5% de ellas solamente reciben la ayuda de sus parejas, frente a un 16.2% no recibe ningún tipo de ayuda. En el 20.5% obtienen ayuda de más de una persona.

En cuanto a la frecuencia con la que las madres reciben dicha ayuda, el 28% la recibe siempre, el 35.3% a menudo y el 17% nunca. En el caso de existir dicha ayuda, esta es valorada positivamente, con una puntuación media de 4.11 (desviación típica 0.99) sobre 5 puntos (siendo 1 muy mala y 5 muy buena).

El 29.4% de las madres de este estudio reciben elogios por amamantar a sus hijos por parte de sus familiares frente al 25% que no son elogiadas por nadie (Figura 18). El 16.2% son elogiadas por la gente en general y con el mismo porcentaje reciben pocos

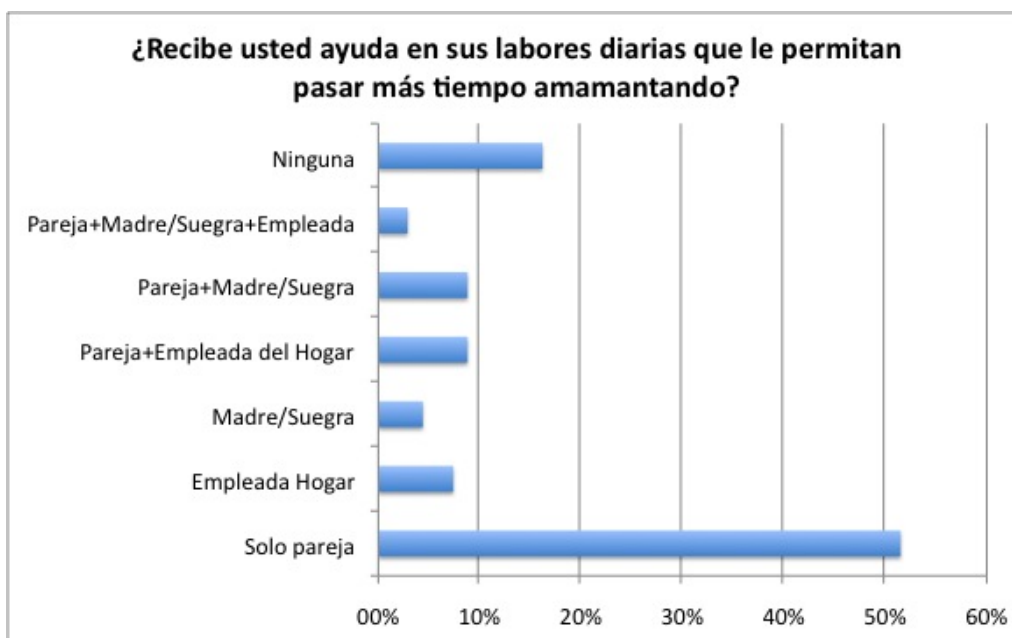


Figura 17: Fuente de ayuda para las madres lactantes y porcentaje de las mismas que la reciben

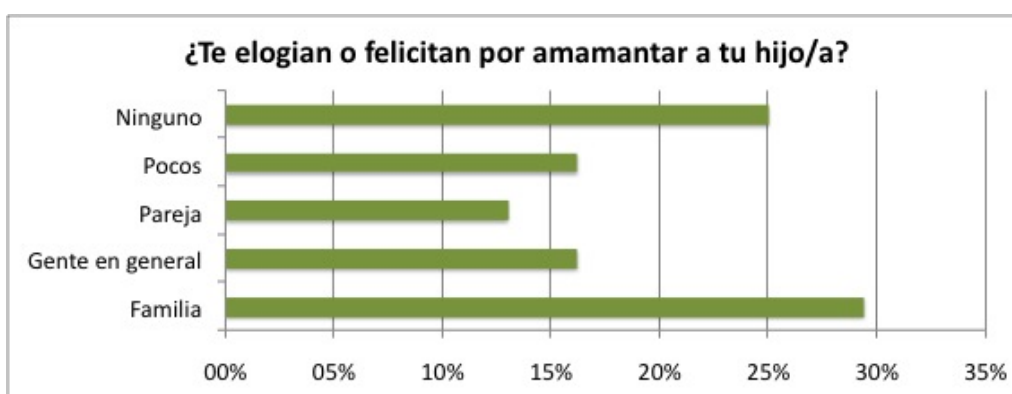


Figura 18: Elogios que reciben las madres por el hecho de lactar.

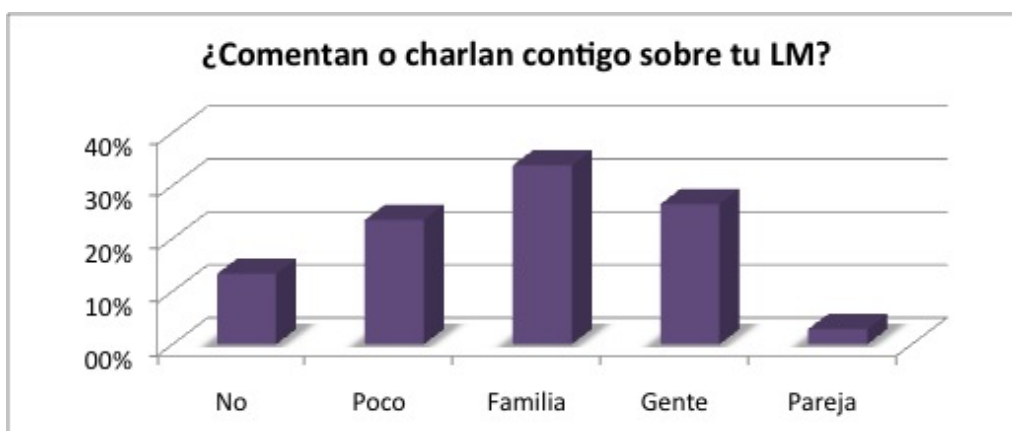


Figura 19: Porcentaje y sectores con quienes las madres comentan su LM.

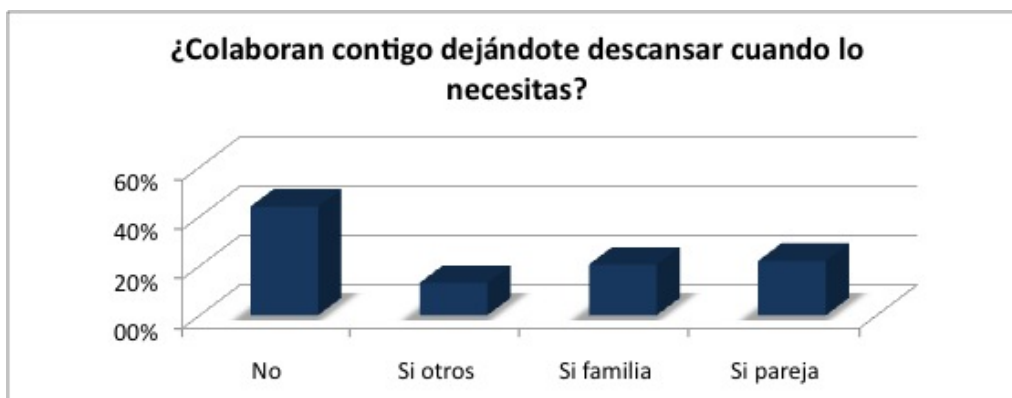


Figura 20: Colaboran en el descanso de las madres.

elogios, mientras que el 13 % son elogiadas por parte de sus parejas.

Por el contrario casi el 90 % de las encuestadas no son regañadas o criticadas por no poder dar una toma de leche materna a sus hijos mientras que el 2.9 % reciben críticas por parte de sus madres y el 1.5 % por sus suegras. Por otro lado, el 33.8 % comentan o charlan con su familia sobre su lactancia, frente al 13.3 % que no comenta nada de su LM con otras personas. Tan solo el 2.9 % comentan su lactancia solamente con sus parejas (Figura 19). Además, en general el entorno de la madre no planifica actividades en común teniendo en cuenta su LM (63.2 %) frente a un 22.1 % de los casos en los que si lo hacen. Destaca que tan solo el 8.8 % de las parejas planifican sus actividades teniendo en cuenta la LM.

El 44.1 % de las madres no se encuentran apoyadas lo suficiente como para poder tener un adecuado descanso. Dentro de las que si reciben colaboración, el 22.1 % es por parte

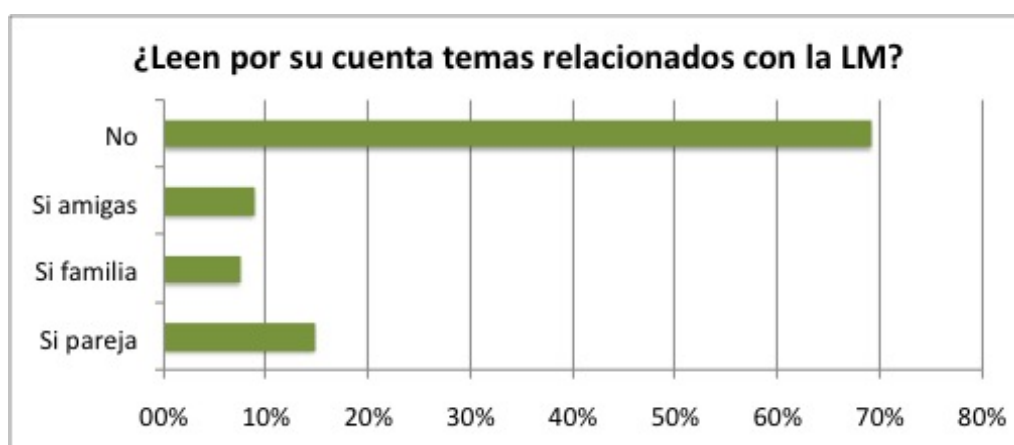


Figura 21: Porcentaje de las personas afines a la madre que leen o no por su cuenta acerca de LM



Figura 22: Sectores afines a la madre que dejan de hacer sus tareas para ayudar a las madres con la LM.

de sus parejas, el 20.6 % de su familia y el 13.2 % por otras personas (Figura 20).

Como podemos observar en la Figura 21, el 69.1 % de las madres afirman que nadie lee por su cuenta acerca de la LM, el 14.7 % de las parejas si leen para poder asesorarse y ayudar a las madres en este proceso, el 8.8 % corresponde a las amigas, y el porcentaje más bajo con un 7.4 % es de la familia.

El 25 % de las parejas apartan actividades que tienen que hacer para colaborar con las madres, el 20.6 % corresponde a la familia el 5.9 % a otras personas de su entorno, y el 48.5 % considera que nadie deja de hacer sus cosas para ayudarlas.





Figura 23: Razones por las que acuden las madres de este estudio al grupo de apoyo.

### 6.3. Motivos para Superar los Problemas

En este grupo se analizan los motivos por los cuales las madres han podido superar sus problemas surgidos durante la LM.

#### 6.3.1. Grupo de Apoyo a la Lactancia

En este apartado se obtienen datos referidos al grupo de apoyo a la lactancia al que acuden las participantes, las razones por las que acuden a dicho grupo y como supieron de la existencia del mismo.

Las encuestadas supieron del grupo de apoyo a la lactancia en algunos casos, a través de varias fuentes, por lo que se les dio la opción de elegir más de una respuesta. El 59 % supo de este grupo por un conocido, menos de la mitad con un 42.8 % por profesionales de la salud, 30.9 % lo encontró en internet, solamente un 4.5 % a través de sus familiares, y el 13.3 % por otras fuentes.

En la encuesta se les preguntó a las madres por qué recurrieron a este grupo de apoyo (Figura 23), las respuestas fueron de manera abierta, y podemos clasificarlas en tres grupos, por dudas o problemas con el inicio de la LM con un 50 %, por información el 49 % y 1 % otros motivos.

# Capítulo 7

## Discusión

Las mujeres encuestadas en el transcurso de este estudio están actualmente amamantando, y forman parte de un grupo de apoyo a la LM. Son madres concienciadas y comprometidas con la práctica de la misma. Tal es así, que el 68 % de las mismas está trabajando fuera de casa y continúa con su lactancia. Estos datos van en contra de lo que dicen las estadísticas de prevalencia a nivel de Andalucía, donde se indica que menos del 40 % de las madres amamantan a sus hijos más allá de los cuatro meses, momento en el que se produce un descenso mayor y que coincide con el fin de la baja maternal [22]. Sin embargo, diversos trabajos científicos [14, 51, 63] han demostrado que el hecho de que las madres estén trabajando no tienen una repercusión negativa en el mantenimiento de su LM, en consonancia con lo obtenido en este estudio. En los trabajos de Jovani et al. [51] y Hostalot et al. [63], donde se realizan estudios de los factores que influyen sobre la prevalencia de la LM, no se han encontrado diferencias significativas entre las madres que trabajan fuera del hogar y las que no en cuanto a datos de duración de la LM. Por otro lado, el trabajo de Prendes et al. [14] no determina que el hecho de trabajar fuera de casa sea importante en el mantenimiento de la LM, por el hecho de tratarse de un estudio en la ciudad de Santos Suárez, en la que el periodo de baja maternal ocupa los 6 primeros meses de vida del lactante, tiempo en el cual la LM debe ser exclusiva según la OMS.

Llama la atención que dentro del grupo de mujeres que trabaja fuera de casa, el 33 % y el 29 % trabajan en el campo de la salud y de la educación respectivamente. El campo de la salud es muy amplio y en él se encuentran farmacéuticas, odontólogas y psicólogas entre otras profesiones y no solo a profesionales como médicas, enfermeras o matronas. Un dato relevante es el nivel de estudios de las encuestadas que acuden a este grupo. El 80 % de las encuestadas tienen estudios superiores (universitarios y postuniversitarios). La relación

entre el nivel de estudios y el mantenimiento de la LM ha sido ampliamente estudiado, aunque existe cierta controversia en este tema. Por un lado, Hostalot et al. 2001 [63] pone de manifiesto que, en general, el nivel de estudios no tiene apenas influencia sobre el mantenimiento de la LM; aunque por otro lado observa que la tendencia es que a partir de cierto nivel de estudios la relación sea de tipo positivo. Es decir, en niveles universitarios y post-universitarios, las madres son más conscientes de la necesidad e importancia de la LM y por ello aumentan los datos de prevalencia de la misma. Por el contrario, y en controversia con lo que resulta de este estudio, diversos autores han encontrado una relación inversa entre el nivel académico y la prevalencia de la LM [51]. En el trabajo de Jovani et al., 2002 [51], se realizó un estudio durante 10 años cogiendo como muestra madres que deciden dar el pecho tras las primeras 48 horas tras el parto, al contrario que en nuestro estudio en el que las madres participantes llevan un tiempo elevado dando el pecho. La muestra incluye madres de etnias y edades diversas, mientras que en nuestro estudio tan solo han participado madres de nacionalidad española y de un rango de edad elevado.

Casi el 70 % de estas mujeres y sus maridos han sido amamantados por sus madres. Sin embargo con el “boom” de las fórmulas artificiales de los años 50 y con la consecuente disminución drástica de las madres que optaban por la LM, se ha ratado la transmisión de información de madres a hijas [20]. En este estudio, aun teniendo la posibilidad de contar con la experiencia de la generación anterior, las madres acuden a este grupo, y puede que el hecho de ser amamantados por sus madres tan solo haya sido una motivación más, tal y como indica Hostalot et al. 2001 [63] en su estudio donde pone de manifiesto que el hecho de haber sido amamantados es un factor más para el mantenimiento de la LM. Sin embargo, en nuestro estudio los datos muestran que, en general no son ayudadas por sus madres o suegras, ni han acudido a ellas en busca de información durante su embarazo.

El 60 % de las madres son primíparas, del resto de las madres, casi en su totalidad dieron el pecho anteriormente a sus otros hijos y además con una media de 17 meses de amamantamiento. Sin embargo estos dos grupos, las que tienen y las que no experiencia previa en lactancia, acuden a estos grupos en busca de apoyo. Diversos trabajos concluyen que la experiencia previa de la madre, es un factor de éxito importante [13].

La media de edad de las madres es de 35 años, de acuerdo con algunos trabajos, la edad tiene una relación positiva con el mantenimiento de la LM, ya que conforme aumenta la edad la madre, estas se hacen más responsables y conscientes de su rol, y por tanto tienen mayores probabilidades de éxito [14]. En el trabajo de Prendes et al. se observa que las madres de entre 20 y 29 años, tienen mayores posibilidades de mantener la LM hasta los 4 meses, sin embargo cuando la edad supera los 30 años, los datos de duración de la misma se ven incrementados.

La edad media de los hijos que están lactando es de 15 meses y el 90 % de ellos no padece ninguna de las siguientes características: ser prematuro, ser gemelo/ mellizo o tener una enfermedad crónica. Estos factores se encuentran entre los numerosos motivos de abandono de la LM, por lo que las madres de este estudio no tienen estas características en contra [9].

La mayoría de las encuestadas han asistido a clases de educación maternal, sin embargo casi el 70 % de las mismas no han recibido ningún curso específico sobre LM. Cerca del 90 % de las madres han recibido información sobre LM antes o durante el embarazo y curiosamente la fuente de donde más información han obtenido es de Internet, seguida de los grupos de apoyo y revistas especializadas. De estos datos se deduce que pese a que son madres interesadas y concienciadas con la LM, no están lo suficientemente informadas en este tema o no las han formado durante las clases de educación maternal de una manera que ellas consideran satisfactoria, tal y como se argumenta en algunos trabajos que concluyen que, un alto porcentaje de madres que abandonan la LM refieren haber recibido información y asesoramiento sobre LM durante el embarazo, parto y puerperio [14]. Por el contrario, otros trabajos argumentan que la información recibida es de los factores que mayor influencia tienen en el éxito [13].

En nuestro estudio las madres han recurrido a buscar información en otras fuentes. Sin embargo, llama la atención que las encuestadas valoran bien la información adquirida de dichas fuentes con una puntuación de 4 en un rango del 1 al 5 (siendo 1 muy mala y 5 muy buena). No obstante, casi el 70 % considera que existe poca información acerca de la lactancia, hecho que encaja con lo anteriormente argumentado, en el que decimos que las madres no están lo suficientemente formadas en lactancia y ellas mismas intentan buscar información que les pueda servir en las distintas fuentes citadas. En este sentido, Carvajal et al. 2011 [7] realizó un estudio comparativo entre dos grupos de madres, un grupo control y otro en el que se llevaron a cabo clases específicas de LM. Se pudo observar que el grupo que había recibido información detallada y específica de LM tuvo datos de prevalencia muy superiores al grupo control.

En cuanto al apoyo y ayuda a la madre lactante, los datos arrojan conclusiones algo contradictorias. Por un lado, más del 70 % de las madres dicen recibir ayuda con una frecuencia bastante alta (siempre o a menudo) y valoran dicha ayuda positivamente. Además, se observa que las participantes suelen tener la oportunidad de hablar y comentar sobre su LM con familiares y amigos y no son discriminadas o reprendidas si alguna toma no la realizan con leche materna. Sin embargo, destaca que tan solo el 3 % dicen tener conversaciones tan solo con su pareja sobre su LM. Este dato es alarmante, puesto que el papel del padre durante la LM es muy importante [14, 37, 59]. En esta línea, Sherrif 2010 [59] realizó entrevistas a padres concluyendo que si bien, están interesados en el proceso de LM, es necesario llevar a cabo una formación de los mismos, para que puedan

prestar un correcto apoyo a sus parejas. En nuestro estudio se ve que, si bien los padres apoyan y están en la mayoría de los casos inmersos en el proceso de la LM, no siempre llevan a cabo prácticas correctas (apoyar en el descanso, planificar actividades teniendo en cuenta la LM, ente otros).

Por el contrario, un 45 % de las encuestadas dice no sentirse apoyadas en su descanso, además de que un amplio porcentaje de las mismas afirma que sus familiares y amigos no planifican actividades en común teniendo en cuenta su LM. En un 70 % de los casos, en el entorno más inmediato a las madres nadie se informa (a través de libros, revistas especializadas, entre otros) acerca de la LM para poder asesorarlas o entenderlas, y en el 48.5 % de los casos sus parejas y familiares más cercanos no dejan de hacer sus actividades para ayudarlas cuando lo necesitan. Es decir, aunque en general las madres perciben que reciben ayuda, en casos y situaciones concretas se observa que dicha ayuda no es tan generalizada. El apoyo que reciben las madres es, para algunos autores, un factor a tener en cuenta en el éxito o fracaso de la LM [13]. Además, y siguiendo esta línea, Langellier et al. 2012 [73] incide en la idea de que los programas médicos pueden también realizar un apoyo a las madres no solo en el ámbito hospitalario, sino también en el domicilio.

De los resultados también se deriva unas conclusiones, al menos interesantes, sobre la opinión que tienen las madres sobre la atención prestada por el personal sanitario. A pesar de que, como antes se ha mencionado, en general las madres encuestadas han participado en cursos de educación maternal y han recibido algo de información sobre LM del personal sanitario, la experiencia y opinión es negativa. El porcentaje de madres que opinan que los pediatras de sus hijos/as no realizan un seguimiento de su LM o que no fomentan su continuación es elevado, argumentando que esto se debe a la desinformación generalizada de dichos profesionales. Además, de las encuestadas que realizan una lactancia mixta (complementada con leche artificial), algo más de la mitad incluyeron las fórmulas artificiales por recomendación del facultativo. Sin embargo, a pesar de la desinformación o poco fomento de la LM por parte de este colectivo, las madres de este estudio, han decidido seguir con la práctica de la LM. Este dato está en consonancia con el trabajo de Martin Calama [13] en el cual se expone que, en ambientes donde la tendencia general sea el mantenimiento de la LM, y en el caso de madres con apoyo e información, la opinión del profesional de la salud no es determinante. Referente a los profesionales de la salud, algunos estudios también concluyen con la idea de que es necesario un esfuerzo para formar a los profesionales de la salud en temas relacionados con la LM [19,68]. El trabajo de Schmied et al [19] analiza la implementación de la Estrategia de Hospitales Amigos de los Niños en centros australianos, concluyendo que, si bien las directrices son aceptadas y correctas, no son bien interpretados por los profesionales de la salud quienes deben realizar un mayor esfuerzo por realizar dicha implementación. Por su parte, Mangasaryan et al. [68] analiza programas nacionales de apoyo a la LM en

diversos países llegando también a la conclusión de la necesidad de realizar un mayor esfuerzo en la formación del personal sanitario con respecto a este tema.

Los grupos de apoyo a la lactancia parecen ser una alternativa adecuada para el apoyo a las madres. La totalidad de las encuestadas se han incorporado al grupo de apoyo en busca de asesoramiento. Las encuestadas se decantan más por resolver sus problemas y dudas en un grupo de apoyo que ante un profesional sanitario. Esto puede deberse al trato más cercano, la percepción de estar en un grupo de iguales, con un contacto madre a madre, y en el que se puedan sentir más cómodas a la hora de plantear sus situaciones personales. La composición de estos colectivos suele ser de madres que han lactado o están lactando, así como algunas mujeres dedicadas a la rama de la salud (enfermeras, médicas o matronas), de manera que se crea un entorno donde existe una alta formación en LM a la vez que un trato cercano y, muy importante, una experiencia previa. Siguiendo con esta idea, García Vera y Esparza Olcina, 2009 [43] concluyen en su trabajo que el apoyo de personal no sanitario, podría ser más beneficioso; Demirtas 2012 [32] también concluye que las propuestas encaminadas a generar autoconfianza son las más beneficiosas aportan a las madres. Además diversos trabajos incluyen la formación de grupos de apoyo dentro de los factores que facilitan el inicio y mantenimiento de la LM [14, 63].

Actualmente más de la mitad de las madres de este estudio, no tiene problemas con la lactancia y el 85 % cree que no está limitando mucho su vida. La mayoría de ellas no tiene pudor a dar el pecho en público. Las participantes de este estudio están muy motivadas y concienciadas sobre la LM, por ello han podido superar barreras y tabúes como el dar el pecho en público. Además, su incorporación al grupo de apoyo por dudas y problemas y su continuidad en el mismo han hecho que la mayoría de estas madres hayan podido superar, en algunos casos, sus problemas o bien, estén en una situación en la que la pertenencia al grupo les ayude a resolver o, conllevar, dichos problemas. Entre estos podemos destacar grietas en el pezón, dolor al dar el pecho, mastitis, dentición y mordiscos, entre otros, al igual que las dificultades encontradas por otros autores [71].

Estas madres en general llevan un periodo de tiempo elevado dando el pecho, con una media de 19 meses. Casi la totalidad de las mismas lo realiza por los beneficios que conocen sobre la LM, teniendo claro que querían dar el pecho a sus hijos antes de que estos nacieran. Más de la mitad tienen pensado amamantar hasta que sus hijos lo deseen, y solamente un 7 % quiere dar durante menos de un año.

Hay un dato curioso, una de las preguntas que se les hace a las madres es si la lactancia las hace sentirse diferente a las demás, y aunque el mayor porcentaje es que no, solo las separa un 6 % de las que opinan que si.



# Conclusiones

Las madres que han participado en este estudio, en líneas generales están muy comprometidas con la LM. Prueba de ello es que la media de tiempo que llevan dando el pecho es de 19 meses. La mayoría de ellas amamantan por los beneficios de la LM y más de la mitad quieren seguir haciéndolo hasta que sus hijos deseen destetarse, y acuden a este grupo en busca de apoyo y asesoramiento para tener éxito en su lactancia. Dicha pertenencia al grupo de apoyo supone cierto sesgo en esta investigación.

Las conclusiones de este estudio son:

1.1. Las participantes de este estudio consideran que existe poca información sobre LM, diciendo encontrarse con dificultades a la hora de obtener información. Esta opinión generalizada entre las participantes parece indicar que los actuales medios de formación de las madres (cursos de Educación Maternal, entre otros) no están supliendo satisfactoriamente sus necesidades de formación en temas de LM.

1.2. En cuanto al apoyo que reciben las madres se observa que necesitan más ayuda.

1.3. Son necesarios mayores esfuerzos para incluir la figura del padre en el proceso de la LM.

1.4. Existe entre las participantes la opinión de que es necesario fomentar más la LM por parte de los profesionales de la salud.

2. La mayoría de las participantes dicen haber superado diversos problemas asociados al inicio y mantenimiento de la LM (grietas en el pezón, mastitis, pezón invertido, pudor a dar el pecho en público, entre otros) llevando a cabo en la actualidad una LM exclusiva con éxito. Este éxito puede ser atribuido a la ayuda aportada por el grupo de apoyo, colectivo cuya importancia parece estar demostrándose en los últimos años.





# Aportaciones del Trabajo de Investigación

## 7.1. Aportaciones a la Investigación

A lo largo de este trabajo se han podido identificar las principales dificultades a las que se enfrentan madres en periodo de lactancia. A diferencia de otros trabajos, la muestra está compuesta por madres a priori, muy concienciadas e informadas sobre la LM. Dichas madres, pese a su motivación, deben superar diversos problemas y carencias de información y apoyo. Este trabajo además, pone de manifiesto la importancia de los grupos de apoyo a la LM para el mantenimiento de la misma.

## 7.2. Aportaciones a la Práctica

Las aportaciones a la práctica propuestas a raíz de este trabajo son:

- Elaboración de Programas de Atención Individual a madres en periodo de lactancia teniendo en cuenta sus creencias, experiencia previa, valores, actitudes y conocimientos.
- Centrar los esfuerzos también en concienciar a las parejas de las madres, e incluso al entorno más cercano, sobre las necesidades que dichas madres pueden tener durante el periodo de LM.

### **7.3. Propuestas de Investigación**

A partir de este trabajo surgen las siguientes propuestas de investigación:

- Realización de un estudio descriptivo sobre madres no pertenecientes a un grupo de apoyo empleando la metodología expuesta en este trabajo.
- Realización de un estudio comparativo en varias provincias, entre muestras de madres pertenecientes a un grupo de apoyo y madres que no pertenecen a dicho grupo, con el objetivo de profundizar en la idea de que los grupos de apoyo a la LM son un colectivo a fomentar entre las madres para el mantenimiento de la LM.
- Estudio descriptivo de la opinión e información que tienen los padres sobre la LM, y su implicación en el desarrollo de la misma.

# Bibliografía

- [1] Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño. OMS y Unicef; 2003. 15
- [2] OMS. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescentes;. Available from: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/index.html](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/index.html). 15
- [3] OMS. Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA).;. Available from: [http://www.who.int/elena/titles/exclusive\\_breastfeeding/es/index.html](http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/index.html). 15
- [4] Heimerdinger A, Ravelo Celis J, Briceño Iragorry L, Aoun Soulie C, Colmenares Arreaza G. Salud Colectiva e Individual. Recomendaciones Academia Nacional de Medicina. 2008-2010. Caracas: Ateproca.; 2010. 15
- [5] Datos sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño;. Available from: [http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi\\_trainingcourse\\_s2\\_transparencies\\_es.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse_s2_transparencies_es.pdf). 15
- [6] OMS;. Available from: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/index.html](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/index.html). 15
- [7] Carjaval Pérez M, Alpízar Becil D, Moreira Tusell L. Intervención educativa aplicada a madres adolescentes para prologar la lactancia materna hasta el primer año. MEDICIEGO. 2011;17:1–10. 16, 17, 23, 24, 34, 42, 67
- [8] La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud. Comisión de Lactancia MINSAL, Unicef; 1995. 16
- [9] Pinilla Gómez E, Carlos Orozco L, Camargo FA, Alfonso EP, Peña ER, Villabona LN, et al. Lactancia materna ineficaz: prevalencia and factores asociados. Salud UIS. 2011;43(3):271–279. 17, 24, 25, 34, 42, 67

- [10] Santiso Cepero A, Santiso Legón Y, Cidre Zayas FM, Gómez Rodríguez IM, Díaz Brito RJ. Evaluación del tiempo de lactancia materna como factor de riesgo en alteraciones de la oclusión dentaria temporal. *MEDICIEGO*. 2011;17:1–8. [17](#), [39](#)
- [11] Lawrence RA. Breastfeeding Triumphs. *Birth Issues Perinatal Care*. 2012;39(4):311–314. [17](#)
- [12] Barriuso Lapresa LM, Sánchez Valverde Visus F, Romero Ibarra C, Vitoria Comerzana JC. Epidemiología de la lactancia materna en el centro-norte de España. *Anales Españoles de Pediatría*. 1999;50(3):237–243. [17](#), [22](#), [23](#), [24](#), [25](#), [35](#)
- [13] Martín Calama J. Lactancia materna en España hoy. *Boletín de Pediatría*. 1997;37:132–142. [17](#), [22](#), [23](#), [24](#), [25](#), [66](#), [67](#), [68](#)
- [14] Prendes Labrada MC, Vivanco del Río M, Gutiérrez González RM, Guibert Reyes W. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. *Revista Cubana Med Gen Integr*. 1999;15 (4):397–402. [17](#), [23](#), [24](#), [25](#), [35](#), [65](#), [66](#), [67](#), [69](#)
- [15] Ahmed A, Bantz D, Richardson C. Breastfeeding knowledge of University nursing students; 2011. [17](#), [24](#), [34](#)
- [16] Gormaz M, Roqués V, Dalmau J, Vento M, Torres E, Vitoria I. Actividad de un banco de leche humana implantado en una unidad neonatal. *Acta Pedričtrica España*. 2011;69 (6):283–287. [18](#), [32](#)
- [17] Rivara Dávila G, BriceŪo Clemens D, Bucher Oliva A, Liu Bejarano C, Huaipar Rodríguez S, Salazar M, et al. Saturación sensorial and lactancia materna como métodos analgésicos no farmacológicos: estudio randomizado controlado. *Revista Horizonte Médico*. 2011;11(2):80–85. [18](#), [32](#), [39](#)
- [18] Buñuel Álvarez JC. Triángulo Lactancia materna-chupete-síndrome de muerte súbita del lactante: el fin de una polémica. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2011;4(3):134–135. [18](#), [32](#), [39](#)
- [19] Schmied V, Gribble K, Sheehan A, Taylor C, Dykes FC. Ten step or climbing a mountain: A study of Australian health professionals perceptions of implementating the baby friendly health initiative to protect, promote and support breastfeeding. *BMC Health Services Research*. 2011;11:1–10. [18](#), [32](#), [41](#), [68](#)
- [20] Gonzalez Fernández M. Situación de la lactancia materna en España. *Parainfo Digital*. 2011;12:1–12. [18](#), [22](#), [23](#), [24](#), [66](#)

- [21] Responsables de SMI de los comités de Unicef. Promoción de la lactancia materna en España. Asociación IHAN, Unicef.; 2003. 18
- [22] Aguayo-Maldonado J. La lactancia materna en Andalucía. Programa de salud materno-infantil, Junta de Andalucía.; 2005. 18, 65
- [23] González Mariño MA. La lactancia y la madre. Médicas UIS. 2012;25(1):55–62. 21, 32, 40
- [24] Organización Mundial de la Salud;. Available from: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>. 21
- [25] Pinzón Villate GY. La evaluación en promoción de la salud: su desarrollo en las iniciativas latinoamericanas que promueven, protegen and apoyan la práctica de la lactancia materna. Universidad Nacional del Colombia.; 2011. 22, 23, 27
- [26] Greiner T. Programas de protección, apoyo y promoción de la lactancia materna. Enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia. 1-8; 2010. 22
- [27] Stuartmacadam P, Dettwyler K. Breastfeeding: biocultural Perspectives,. Hawthorne, Nueva York: Aldine de Gruyter; 1995. 22
- [28] Código internacional de comercialización de sucedáneos de leche maternal. WHO, Genova; 1981. Available from: [www.ibfan.org/spanish/resource/who/fullcode-es.html](http://www.ibfan.org/spanish/resource/who/fullcode-es.html). 22
- [29] Vargas Bonilla A. La Lactancia Materna y sus Beneficios. Revista de Enfermería Actual en Costa Rica. 2009;15:1–19. 23, 40
- [30] Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. Programa de Alimentación y Nutrición. Organización Panamericana de la Salud; 2002. 23
- [31] Piovanetti Y. Breastfeeding Beyond 12 months: A Historical Perspective. Breastfeeding 2001, part 1: the evidence for breastfeeding. The Pediatric Clinics of North America. 2001;48. 23
- [32] Demirtas B. Strategies to support breastfeeding: a review. International Nursing Review. 2012;59:474–481. 24, 34, 41, 69
- [33] Condon L, Ingram J. Increasing support for breastfeeding: what can Childrens Centres do? Health and Social Care. 2011;19(6):617–625. 24, 34, 41
- [34] Sherriff N. Engaging and supporting fathers to promote breastfeeding: a new role for Health Visitors? Scandinavian Journal of Caring Science. 2011;. 24, 34, 43

- [35] Labarere J, Gelbert-Baudino N, Laborde L, Arragain D, Schelstraete C, François P. CD-ROM-based program for breastfeeding mothers. *Maternal and Child Nutrition*. 2011;7:263–272. [24](#), [34](#), [42](#)
- [36] Ebraim H B y Al-Enezi, Al-Turki M, Al-Turki A, Al-Rabah F, Hammoud MS, Al-Taiar A. Knowledge, Misconceptions, and Future Intentions Towards Breastfeeding Among Female University Students in Kuwait. *Journal of Human Lactation*. 2011;27(4):358–366. [24](#), [34](#)
- [37] Mitchell-Box K, Braun KL. Fathers Thoughts on Breastfeeding and Implications for a Theory-Based Intervention. *AWHONN, Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*. 2012;41:1–10. [24](#), [34](#), [43](#), [67](#)
- [38] Nor B, Ahlberg BM, Doherty T, Zembe Y, Jackson D, Ekstrom EC. Mothers' perceptions and experiences of infant feeding within a community-based peer counselling intervention in South Africa. *Maternal & Child Nutrition*. 2011;8:448–458. [24](#), [34](#)
- [39] Bai YK, Wunderlich SM, Weinstock M. Employers readiness for the mother-friendly workplace: an elicitation study. *Maternal & Child Nutrition*. 2012;8:438–491. [24](#), [34](#), [40](#)
- [40] Britton C, McCormick F, Renfrew M, Wade A, King S. Apoyo para la lactancia materna. *La Biblioteca Cochrane Plus* 4. 2008;. [24](#)
- [41] Cano Obando M, Piñeros Niño A, Vargas Lopez A. Propuesta de cuidado de enfermería durante la lactancia materna enmarcado en la teoría de Kristen Swanson. *Universidad Nacional de Colombia*; 2012. [24](#)
- [42] Arena Ansotegui J. La lactancia materna en la Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. *Anales de pediatría*. 2003;58(3):208–210. [25](#), [36](#)
- [43] Garcia Vera C, Esparza Olcina M. Las intervenciones dirigidas a promocionar y mantener la lactancia materna son efectivas si se realizan antes y después del nacimiento y con apoyo de personal no sanitario. *Evidencias en Pediatría*. 2009;5(16):1–4. [25](#), [69](#)
- [44] Martínez Suárez V, Dalmau Serra J, Gil Campos M, Moráis López A, L MA. Alimentación del lactante y riesgo nutricional. *Acta pediátrica España*. 2012;70(5):205–208. [25](#)
- [45] Gallardo Sánchez R. Efectividad de intervenciones educativas postnatales en la duración de la lactancia materna. *Reduca (Enfermería, fisioterapia y podología)*. 2012;4(5):174–209. [25](#), [42](#)

- [46] Declaración de Innocenti sobre la Protección, Promoción and Apoyo de la Lactancia Materna, 1 de Agosto de 1990, Florencia, Italia.;. . 27
- [47] Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La Lactancia materna. Cómo promover and apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del comité de Lactancia de la AEP. An Esp Pediatr. 2005;63(4):340–356. 28
- [48] Blázquez Garcia M. Via láctea, 20 años de ayuda madre a madre. Medicina naturista. 2006;10:526–532. 28
- [49] Comisión Europea. Proyecto de la unión europea sobre la promoción de la LM en Europa. Protección, promoción and apoyo a la lactancia en Europa. Plan estratégico para la acción.;. Available from: [http://europa.eu.int/health/ph\\_projects/2002/promotion/promotion0\\_2002\\_18\\_en.htm](http://europa.eu.int/health/ph_projects/2002/promotion/promotion0_2002_18_en.htm). 28
- [50] La Alimentación de Lactantes y Niños Pequeños. Declaración de Innocentini de 2005.;. . 29, 36
- [51] Jovani Roda L, Gutiérrez Culsant P, Aguilar Martín C, Navarro Caballé R, Mayor Pegueroles I, Jornet Torrent Y. Influencia del personal sanitario de asistencia primaria en la prevalencia de la lactancia materna. An Esp Pediatr. 2002;57(6):534–539. 31, 65, 66
- [52] Suárez Gil P, Alonso Lorenzo JC, López Días AJ, Martín Rodríguez D, Martínez Suárez MM. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias. Gaceta Sanitaria. 2000;15(2):104–110. 31
- [53] Review of Breastfeeding Practices and Programs. British Columbia and Plan-Canadian Jurisdictional Scan.; March 2012. 31
- [54] Organización Internacional del Trabajo.;. Available from: <http://www.ilo.org>. 31
- [55] Guia de consultas frecuentes. Proyecto Artemisa. UGT.; 2012. 31
- [56] La Liga de la Leche.;. Available from: [http://www.laligadelaleche.es/lactancia\\_materna/legal.htm](http://www.laligadelaleche.es/lactancia_materna/legal.htm). 31
- [57] Osorio González A. ABP lactancia materna- regresión lineal. En Blanco & Negro. 2011;1(2):1–14. 32
- [58] Kramer MS. Lactancia materna y alergia: la evidencia. Annales Nestlé. 2011;59:20–26. 32, 39



- [59] Shelton KH, Collishaw S, Rice FJ, Harold GT, Thapar A. Using a genetically informative design to examine the relations between breastfeeding and childhood conduct problems. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011;20:571–579. [32](#), [40](#), [67](#)
- [60] Capsi Pires S, Justo Giugliani ER, Carames de Silva F. Influence of the duration of breastfeeding on quality of muscle function during mastication in preschoolers: a cohort study. *BMC Public Health*. 2012;12:1–6. [32](#), [39](#)
- [61] Spatz DL, Schmidt KJ. Breastfeeding success in infants with giant omphalocele. *Advances in Neonatal Care*. 2012;12:329–335. [32](#)
- [62] Arora A, Gay M, Thirukumar D. Parental choice of infant feeding behaviours in South West Sydney: A preliminary investigation. *Health Education Journal*. 2012;71(4):461–473. [32](#)
- [63] Hostalot Abása AM, Sorní Hubrechta A, Jovaní Rodaa L, Rosal Roiga J, Gratacòsa M, J Iglesias Niubóa J, et al. Lactancia materna en el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento. *An Esp Pediatr*. 2001;54:297–302. [35](#), [65](#), [66](#), [69](#)
- [64] I V S, Vann WF, Dee DL. Breastfeeding: An overview of oral and general health benefits. *Journal of the American Dental Association*. 2013;3:143–151. [39](#)
- [65] Stolzer J. Breastfeeding and obesity: a meta-analysis. *Open Journal of Preventive Medicine*. 2011;3(1):88–93. [39](#)
- [66] Hasan Arshad S. Food allergen avoidance in primary prevention of food allergy. *Allergy*. 2001;67:113–116. [39](#)
- [67] Bettinelli M. Breastfeeding policies and breastfeeding support programs in the mother's workplace. *J Matern fetal neonatal Med*. 2012;4:81–82. [40](#)
- [68] Mangasaryan N, Martin L, Brownlee A, Ogunlade A, Rudert C, Cai X. Breastfeeding Promotion, Support and Protection: Review of Six Country Programmes. *Nutrients*. 2012;4:990–1014. [41](#), [68](#)
- [69] Javanparast S, Newman L, Sweet L, McIntyre E. Analysis of Breastfeeding Policies and Practices in Childcare Centres in Adelaide, South Australia. *Matern Child Health J*. 2012;16:1276–1283. [41](#)
- [70] Beake S, Pellowe C, Dykes F, Schmied V, Bick D. A systematic review of structured compared with non-structured breastfeeding programmes to support the initiation and duration of exclusive and any breastfeeding in acute and primary health care settings. *Maternal & Child Nutrition*. 2011;8:141–161. [41](#)

- [71] Williamson I, Leeming D, Lyttle S, S J. It should be the most natural thing in the world: exploring first-time mothers breastfeeding difficulties in the UK using audio-diaries and interviews. *Maternal & Child Nutrition*. 2012;8:434–447. [41](#), [69](#)
- [72] Doherty T, Sanders D, Jackson D, Swanevelder S, Lombard C, Zembe W, et al. Early cessation of breastfeeding amongst women in South Africa: an area needing urgent attention to improve child health. *BMC Pediatrics*. 2012;12:1–10. [42](#)
- [73] Langellier BA WS Chaparro MP. Social and Institutional Factors that Affect Breastfeeding Duration Among WIC Participants in Los Angeles County, California. *Maternal Child Health J*. 2012;16:1887–1895. [42](#), [68](#)
- [74] Nesbitt S, Campbell K, Jack S, Robinson H, Piehl K, Bogdan J. Canadian adolescent mothers's perceptions of influences on breastfeeding decisions: a qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2012;p. 1–14. [42](#)



# Anexo A

## Encuesta

CÓDIGO ENCUESTA:

Estimada participante,

Son numerosos los estudios que han demostrado la importancia de la Lactancia Materna. Las instituciones sanitarias recomiendan que, como mínimo, se amamante durante los 6 primeros meses de vida de manera exclusiva y, hasta 2 años con el complemento de otros alimentos. Sin embargo, el actual ritmo de vida y las exigencias a nivel profesional, hacen que mantener la lactancia durante este tiempo sea, en algunos casos, imposible.

Aunque se han realizado esfuerzos para estudiar los motivos que llevan a una madre a dejar de dar el pecho, son escasas las publicaciones que buscan analizar las dificultades con la que se encuentran dichas madres.

Este estudio se enmarca dentro de un proyecto fin de máster del Máster en Ciencias de la Enfermería, Universidad de Almería. Su principal objetivo es analizar las dificultades que perciben las madres de un grupo de apoyo a la lactancia materna, así como las motivaciones que las alientan a continuar con la misma. Los datos obtenidos de estas encuestas, servirán para aumentar el conocimiento sobre los factores que influyen en el mantenimiento de la lactancia natural.

Los datos y opiniones expresados a continuación serán tratados de manera anónima y confidencial. No se pedirán datos personales que hagan posible la futura identificación de las participantes.

En las preguntas de múltiple respuesta se podrá marcar más de una opción. Por favor, marque su respuesta con una X, salvo en el caso de que se le requiera escribir alguna información.

Le agradecemos de antemano su sinceridad para que este estudio pueda ayudar a mejorar la información que existe sobre el mantenimiento de la Lactancia Materna así como la importancia de un correcto apoyo a las madres que la practican.

Atentamente,

Pilar Segura Sánchez,

Diplomada en Enfermería.

Estudiante del Máster en Ciencias de la Enfermería.

Lactancia Materna = LM

1. Edad:
2. Nacionalidad:
3. Situación profesional
  - Desempleada
  - Estudiante
  - Ama de casa
  - Trabaja fuera de casa
  - Trabaja desde casa
4. En el caso de estar usted empleada, ¿a qué se dedica?
5. ¿Cuál es su nivel de estudios?
  - Estudios primarios (EGB, Primaria)
  - Estudios secundarios (E.S.O., BUP, COU, Bachiller, FP o similar)
  - Estudios universitarios (Diplomatura, Licenciatura)
  - Estudios post-universitarios (Máster, Doctorado)
6. En el caso de tener estudios universitarios, ¿Podría usted indicar qué estudios cursó?
7. ¿Cuántos hijos/as tiene?
8. ¿Podría indicarnos qué familiares viven con usted?
9. ¿Cuántos son y qué edades tienen?
10. ¿Cuánto tiempo hace que nació su hijo/a?
11. ¿Es primeriza?
  - Si
  - No

*Las 2 preguntas siguientes solo para aquellas madres que **NO** son primerizas*

12. *¿Dio el pecho a sus hijos/as anteriores*

- *Si*
  - *No*
13. *En el caso de haber dado el pecho a sus hijos/as anteriores, ¿Durante cuánto tiempo?*  
Para **TODAS** las madres
14. *¿Su hijo/a cumple alguna de las siguientes características:*
- Son gemelos/mellizos
  - Ha sido prematuro/a
  - Padece una enfermedad crónica
  - Ninguno de los casos anteriores
15. *¿Ha acudido a sesiones de Educación Maternal durante su embarazo?*
- *Si*
  - *No*
16. *¿Recibiste en el Centro de Salud o en el Hospital un curso sobre LM?*
17. *¿En qué centro fué?*
18. *¿El nacimiento de su hijo/a fue por cesárea?*
- *Si*
  - *No*
19. *¿Utiliza su hijo/a el chupete?*
- *Si*
  - *No*
20. *¿Cuándo introdujo usted el chupete?*
21. *¿Por qué decidió usted introducir el chupete?*
22. *¿Cuántas horas pasa usted, aproximadamente, al cabo del día separada de su hijo/a por motivos profesionales o por estar este en una guardería?*
23. *¿Recibe usted algún tipo de ayuda o apoyo en sus labores diarias que le permitan pasar más tiempo dedicándose a amamantar a su hijo/a?*

- Mi pareja me ayuda
  - Mi madre/suegra me ayuda
  - Cuento con una empleada del hogar
  - Otros:
24. En el caso de recibir dicha ayuda, ¿Con qué frecuencia la recibe?
- Inexistente
  - Puntual
  - A menudo
  - Siempre
25. ¿Cómo valoraría del 1 al 5 dicha ayuda? (siendo 1 muy mala, 5 muy buena)
26. ¿Entre tus familiares quién te ayuda más con la LM?
27. ¿Te elogian o felicitan por amamantar a tu hijo/a, quien?
28. ¿Te regañan o critican por no poder dar alguna toma de leche materna a tu hijo/a, quien?
29. ¿Comentan o charlan contigo acerca de tu LM, quien?
30. ¿Planifican actividades familiares teniendo en cuenta tu LM, quien?
31. ¿Co laboran contigo dejándote descansar cuando lo necesitas, quien?
32. ¿Planifican actividades familiares que no sean adecuadas para tu LM, quien?
33. ¿Leen por su cuenta o te preguntan cosas relacionadas a la educación y cuidados en la LM, quien?
34. ¿Dejan de hacer cosas que les gustaría hacer para colaborar contigo, quien?
35. ¿Ha recibido usted información sobre LM durante el embarazo o previo a este?
- Si
  - No
36. ¿Dónde ha recibido usted dicha información?
- Madre, hermana o familiar cercano
  - Personal sanitario



- A través de Internet
  - Revistas especializadas
  - Grupos de apoyo
  - Otros:
37. ¿Cómo valoraría del 1 al 5 dicha información? (siendo 1 muy mala y escasa, 5 muy amplia y buena)
38. En función de su experiencia, ¿Considera usted que existe poca información fiable y de calidad sobre la LM?
- Si
  - No
39. ¿Cómo supo de la existencia del grupo de apoyo a la lactancia?
- A través de un conocido
  - Por personal sanitario
  - Por un familiar
  - Por Internet
  - Otros:
40. ¿Por qué recurrió usted a un grupo de apoyo a la LM?
41. ¿Cuántas veces ha tenido que consultar a los profesionales de la salud por la LM?
42. ¿Por qué motivo?
43. ¿Estas teniendo problemas con la LM?
44. Si has respondido que si, ¿Qué problemas?
45. ¿Han sido usted o su pareja amamantados por sus madres?
- Si
  - No
46. ¿Por qué decidió dar el pecho?
- Porque es más económico
  - Por los beneficios de la lactancia
  - Por insistencia de algún familiar o sanitario

- Para no sentirme culpable
  - Porque actualmente personas de mi entorno están dando el pecho
  - Otros:
47. ¿Crees que amamantar te hace diferente a los demás?
48. Antes de nacer su hijo/a, ¿Tenía claro si iba o no a dar el pecho?
- Tenía claro que iba a dar el pecho
  - Tenía claro que **no** iba a dar el pecho
  - No lo tenía claro
49. ¿Cuánto tiempo lleva dando el pecho?
50. ¿Ha pensado usted hasta qué momento quiere seguir dando el pecho? En el caso de si haberlo pensado, ¿Hasta cuánto tiene pensado darlo?
- Si
  - No
  - Tiempo:
51. ¿Crees que la LM está limitando mucho tu vida?
52. ¿Cómo mantiene usted su LM?
- Directamente del pecho
  - Empleo un sacaleches y le doy leche materna en biberón
  - Ambas opciones dependiendo del momento
53. ¿Complementa usted su LM con leche artificial?
- Si
  - No

*Las siguientes preguntas son para el caso en que **complemente la leche materna** con leche artificial*

54. *¿En qué medida alimenta a su hijo/a con leche materna y artificial*
- *Principalmente con leche **materna**, la leche artificial es un complemento*
  - *Aproximadamente a partes iguales*
  - *Principalmente con leche **artificial** y lo complemento con leche materna*

55. *¿Durante cuánto tiempo mantuvo solo LM?*

56. *¿Por qué decidió introducir la leche artificial?*

- *Por recomendación del pediatra*
- *Porque mi hijo/a no cogía suficiente peso*
- *Porque mi hijo/a se quedaba con hambre*
- *Porque no estaba segura de que mi leche fuera lo suficientemente buena*
- *Por recomendación de algún familiar cercano o amigo*
- *Porque con la leche artificial se sacia más y duerme toda la noche*

Para **TODAS** las madres.

57. *¿Ha sufrido usted durante su periodo de LM, algún momento en el que su producción de leche haya disminuido mucho?*

- *Si*
- *No*

*Las siguientes preguntas solo para aquellas madres que hayan sufrido una disminución de la producción de leche*

58. *¿Por qué motivos cree que ha podido ocurrir?*

- *Por estrés*
- *Por no pegarme a mi hijo/a demasiadas veces*
- *Por enfermedad*
- *Por decisión propia*
- *Otros:*

59. *¿Ha recurrido usted a algún tipo de fármaco para incrementar su producción?*

- *Si*
- *No*

60. *¿Ha resultado eficaz?*

- *Si*
- *No*

Para **TODAS** las madres.

61. Señale si ha sufrido alguno de los siguientes problemas:

- Mastitis
- Candidiasis (Hongos)
- Grietas en el pezón
- Ampollas
- Anomalías en el pezón (pezón invertido, plano, etc.)
- Infecciones
- Confusión del pezón (el bebe confunde tetina y pezón)
- Dolor al dar el pecho
- Dentición y mordiscos
- Otros:

62. ¿Tiene pudor a dar el pecho en público?

- Si
- Yo no, pero mi pareja si
- No
- Mi entorno no ve correcto que de el pecho en público

63. ¿Recibe un seguimiento de su LM por parte de su pediatra?

- Si
- No

64. A pesar de que este profesional realice un seguimiento de su LM, ¿Siente usted que fomenta la continuación de la misma?

- Si
- No

65. ¿Qué opinas del médico/a o enfermeros/as que te han atendido por algún tema relacionado con la LM?

En el siguiente espacio usted puede expresar su opinión, crítica o sugerencia respecto a los temas tratados en este estudio.

Muchas gracias por su colaboración.