



**MÁSTER OFICIAL
EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA**

Curso Académico 2010/2011

Trabajo de Fin de Máster

**DIFERENCIA DE CONOCIMIENTOS DE LACTANCIA MATERNA QUE POSEEN
LAS MADRES QUE PERTENECEN A GRUPOS DE APOYO A DICHA LACTANCIA
SOBRE LAS QUE NO PERTENECEN.**

Autora: Rocío Barrios Maqueda

Tutora: M^a Isabel Gutiérrez Izquierdo

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría dar las gracias a mi tutora Maribel Gutiérrez, por sus consejos, transmisión del saber y sobre todo por siempre haber estado cuando la necesitaba.

También me gustaría dar las gracias a mi amiga Laura Carmona por su apoyo y valiosa orientación.

Para finalizar, agradecer a mi familia, especialmente a mis padres, mi pareja y mi hijo ya que sin ellos este fruto no hubiera sido posible.

Gracias.

INDICE

INDICE DE TABLAS-----	3
INDICE DE FIGURAS-----	4
RESUMEN-----	5-6
INTRODUCCIÓN .(JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA)-----	8-10
ESTADO DEL CONOCIMIENTO-----	11-15
MARCO TEÓRICO-----	16-38
Bases conceptuales de la Lactancia Materna. -----	16-26
Características de la Lactancia materna. -----	26-35
Marco conceptual -----	36-38
OBJETIVOS-----	39
METODOLOGÍA-----	40-43
RESULTADOS-----	44-61
Resultados Univariente -----	44-55
Resultados Bivariante -----	56-61
DISCUSIÓN-----	62-64
CONCLUSIONES-----	65
Nuevas líneas de investigación. -----	66
BIBIOGRAFIA-----	67-72
ANEXOS-----	73-80
Anexo I-----	73-74
Anexo II-----	75-76
Anexo III-----	77-80
INDICE DE TABLAS	
Tabla 1.Beneficios de la lactancia materna.-----	17
Tabla 2.Incovenientes de la lactancia artificial para el bebé y la madre.-----	18
Tabla 3.Diferentes tipos de lactancia.-----	19
Tabla 4.Incidencia de lactancia materna en España, por comunidades autónomas.-----	20
Tabla 5.Composicion de la leche humana, calostro y la leche de vaca.-----	28
Tabla 6.Componentes de la leche humana, animal y artificial.-----	29
Tabla 7.Comparación de la ocupación con la duración de la lactancia materna.-----	57
Tabla 8.Comparación del nivel de escolaridad con la administración de LME.-----	61

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Edad de la muestra-----	44
Figura 2. Datos relativos a la media, mediana, varianza, desviación típica de ambas muestras-----	45
Figura 3. Porcentaje de muestra aleatoria y grupo de apoyo-----	46
Figura 4. Porcentaje de nivel de escolaridad.-----	46
Figura 5. Nivel de estudios de ambas muestras-----	47
Figura 6. Porcentaje de ocupación de la muestra.-----	47
Figura 7. Ocupación materna-----	48
Figura 8. Porcentaje de estado civil de la muestra-----	48
Figura 9. Estado civil de ambas muestras.-----	49
Figura 10. Porcentaje de tipo de lactancia de la muestra.-----	49
Figura 11. Tipos de lactancia de ambos grupos -----	50
Figura 12. Porcentaje de duración de lactancia materna de la muestra.-----	50
Figura 13. Duración de la lactancia-----	51
Figura 14. Porcentaje de respuestas sobre inicio de lactancia materna de la muestra.-----	51
Figura 15. Lactancia de ambas muestras.-----	52
Figura 16. Porcentaje de respuestas sobre cuando se debe poner el niño al pecho materno.-----	52
Figura 17. Cuando se debe poner al niño al pecho materno.-----	53
Figura 18. Porcentaje de por qué el niño debe tomar la leche materna.-----	53
Figura 19. Razón de por qué la leche materna es el alimento más completo para el niño de ambas muestras.-----	54
Figura 20. Porcentaje del tiempo que debe darse la lactancia.-----	54
Figura 21. Conocimiento del tiempo de lactancia para ambas muestras.-----	55
Figura 22. Comparación del nivel de escolaridad con la duración de la LM.-----	56
Figura 23. Comparación del nivel de escolaridad con la no toma de lactancia materna.-----	56
Figura 24. Relación entre la ocupación materna con la duración de la LM hasta 4 meses y más de 4 meses.-----	57
Figura 25. Relación ocupación-no toma de L.M.-----	58
Figura 26. Relación ocupación-duración con lactancia hasta 4 meses.-----	58
Figura 27. Relación ocupación-duración de la lactancia más de 4 meses y no toma de lactancia.-----	59
Figura 28. Relación entre el nivel de escolaridad con la administración de LM y LA.-----	59
Figura 29. Relación entre el nivel de escolaridad con la administración de L.M. más otro tipo de leche--	60
Figura 30. Relación entre el nivel de escolaridad con la administración de LME-----	60

RESUMEM

Introducción: La lactancia materna (LM) es la mejor forma de nutrición infantil. Además aporta beneficios a la madre, la sociedad y medioambiente. Sin embargo, pese a todos los beneficios y ventajas que esta posee, su prevalencia ha descendido en los países desarrollados, pero poco a poco se va recuperando con el apoyo de organismos internacionales, como la OMS, UNICEF y políticas de Salud que creen necesario recuperar la cultura de amamantar. Frente a esta perspectiva, nos propusimos evaluar los conocimientos que tienen las madres sobre la LM, diferenciándolas en dos grupos, uno perteneciente a las madres que van a grupos de apoyo a la lactancia (GDA) y otro grupo de mujeres lactantes que no pertenecen a ningún grupo de apoyo a dicha lactancia (GMA). Para llevar a cabo la investigación, nos basamos en el modelo de necesidad de Virginia Henderson.

Objetivo: Determinar la existencia de diferencias en cuanto a conocimiento sobre LM entre los dos grupos establecidos (GMA y GDA).

Método: Estudio descriptivo observacional, con un tamaño muestral de 80, subdividido en dos grupos homogéneos. La información se recogió mediante cuestionarios autoadministrados, siendo las variables observadas: edad, nivel de escolaridad, ocupación, datos de prevalencia y de conocimiento de la lactancia.

Resultados: En el GDA respondieron de forma correcta a las preguntas de conocimientos de lactancia un 92,5% frente al 67,5 % del GMA. La prevalencia de la LME en GMA fue de un 52.5% frente al 82.5% en el grupo GDA. Observamos que el 86,3% de la muestra dio LM más de cuatro meses frente al 8,8% que lo realizó hasta los cuatro meses. El 95% de las madres con estudios de secundaria y el 95,8% de las madres con estudios universitarios dieron LM de más cuatro meses frente al 33,3% de las mujeres con estudios de primaria. Un 97,2% y un 100% y de las madres cuyo nivel de ocupación es profesional y técnico respectivamente dieron LM más de cuatro meses. El 55% de la GMA respondió de forma correcta a los conocimientos de inicio de LM frente al 97,5 % de la GDA. El 62,5% de GMA contestó correctamente al mantenimiento del tiempo de LM frente al 82,5% de GDA. El 25% de las madres con estudios de primaria dio LM frente al 33,3% que dio LA. El 70% de las madres con estudios de secundaria dieron LM a sus hijos mientras que ninguna dio LA. El 77,1% de las madres con estudios universitarios dio LM a sus hijos mientras que el 2,1% de las

mismas dio LA. El 41,7% de las mujeres con estudios de primaria dieron lactancia mixta a diferencia del 30% de las mujeres con estudios de secundaria y el 20,8% de las mujeres con estudios universitarios.

Discusión: Al ver la relación entre escolaridad y conocimientos de LM y relación duración de la lactancia con la ocupación hay diferencia en la literatura. La prevalencia de la LM es más alta en nuestro estudio que en los revisados en la literatura. En relación a los conocimientos de iniciación los estudios coinciden con nosotros.

Conclusión: Las madres que van a GDA poseen mayores conocimientos y la prevalencia de LME es más alta. Siendo las que tienen estudios superiores las que dan mayor LM.

"Nuestro primerísimo acto después de nacer, es succionar la leche de nuestra madre. Es un gesto de cariño, de compasión. Sin este acto no podemos vivir..."Dalay Lama 'The art of Happiness, a handbook for Living' (1998)

INTRODUCCIÓN.

JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA.

La leche materna a lo largo de la evolución de nuestra especie, se ha convertido en el alimento básico y primordial para nuestra supervivencia. Permite proveer al recién nacido de aquellos elementos que favorecen un mejor crecimiento y desarrollo neuronal, adaptándose al cambio de las necesidades con el paso de los meses y siendo, por tanto, el mejor y más nutritivo de los alimentos¹. Los descubrimientos científicos acerca de su composición y propiedades no hacen sino avalar este recurso fundamental para la vida, como el primer y más completo alimento que la humanidad produce de forma natural. Cabe destacar los múltiples beneficios de la lactancia materna (LM) en la salud infantil, el desarrollo intelectual y motor, el posterior riesgo de enfermedad crónica y la mejora de la salud de la madre. A medida que la investigación avanza, y el conocimiento sobre el tema se incrementa, prevalece la superioridad de la LM sobre los diferentes métodos de alimentación alternativos.

Si nos atenemos a la morbi-mortalidad debemos afirmar que la LM supone una mejora de la salud y la supervivencia del lactante, pues disminuye las tasas de diarrea e infecciones en general, habiéndose demostrado que durante los primeros seis meses de vida la incidencia de diarreas e infecciones es menor en aquellos con LM que los que toman lactancia artificial (LA). Lo que es debido a una mayor inmunización y menor exposición a infecciones².

Siguiendo con los beneficios de la L.M, en lo que respecta al desarrollo intelectual y motricidad del niño, se demuestra que los niños que han amamantado sobresalen en pruebas de desarrollo intelectual y motor en comparación con los que no han sido amamantados. A diferencia de otras leches, la materna contiene ácidos grasos poliinsaturados de larga cadena, indispensable para el crecimiento y el desarrollo del cerebro. Esto, junto al contacto físico entre madre-hijo proporciona un vínculo que aporta beneficios para el desarrollo².

Sin embargo, pese a todas las ventajas y beneficios que posee la LM, las prevalencias han ido descendiendo en los países desarrollados³.

Hasta el s. XX, las mujeres habían recibido el legado de la LM de generación en generación, es entonces cuando la biomédica promovió la LA como el sustituto ideal a la LM; así que la mayoría de las madres, movidas por este movimiento, junto con la incorporación de la mujer al trabajo y el nacimiento de las leches artificiales, decidieron alimentar a sus hijos con LA favoreciendo el que se perdiera la cultura de amamantamiento^{4,5}.

Las recomendaciones de la OMS y UNICEF son que todos los niños reciban lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses de vida y que continúen con la LM, junto con alimentos complementarios adecuados, hasta los dos años de vida⁶. Para reinvertir esta situación se lleva años trabajando a nivel mundial. Los esfuerzos para promover la LM constituyeron para la OMS un elemento clave dentro de su plan ‘Salud para todos en el año 2000’⁷.

En 1974, la 27ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS) advirtió el descenso de la LM en muchos países del mundo y lo relacionó con la promoción indiscriminada de sucedáneos industriales, recomendando a los estados miembros adoptar medidas correctoras⁸.

La OMS, en 1989, junto a UNICEF, elabora el documento “*Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna*” en el que se determinaron los ‘*Diez pasos hacia una feliz lactancia natural*’⁹. Al año siguiente, ambos se reúnen en Florencia y surge la “Declaración de Innocenti”¹⁰ en la que se insta a los gobiernos a tomar las medidas necesarias para recuperar la cultura de la LM.

Sumándose a estos movimientos, en el congreso de Pediatría de Ankara de 1991, se presenta la iniciativa ‘*Hospital amigo de los niños*’ que se extiende con rapidez a nivel mundial, galardonando a los hospitales maternos que se distinguen en la aplicación de los diez pasos¹¹.

En el 2002 surge la preocupación por la falta de indicadores adecuados sobre alimentación complementaria, por lo que la OMS inicia un proceso de revisión y desarrollo de indicadores que culmina en la publicación de un marco conceptual que identificara los indicadores potenciales de alimentación complementaria¹⁶.

A partir del 2004, los miembros del Grupo de Trabajo sobre los Indicadores de Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño iniciaron una serie de actividades dirigidas hacia la definición y validación de indicadores que reflejaran la calidad y cantidad de la dieta, utilizando grupos de datos existentes provenientes de 10 diferentes

lugares en países en desarrollo¹⁵. Además de utilizar como guía las referencias anteriores, también tomó como guía las recomendaciones y objetivos de la *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*¹⁷. Los resultados de los análisis fueron resumidos en un informe en agosto del 2006¹⁸. Posteriormente se realizarían análisis adicionales para cubrir preguntas y preocupaciones pendientes, presentándose como un informe en septiembre del 2007¹⁹.

Siguiendo un análisis retrospectivo respecto a este siglo basándonos en la actualidad que nos concierne, vemos que las políticas de salud consideran de forma prioritaria la recuperación de la cultura de amantar^{12,13,14}.

En conclusión, podemos decir que el abandono de la LM supone un problema social pues conlleva una carencia en materia de salud. Con la presente investigación, nos propusimos evaluar los conocimientos que tenían las madres sobre la lactancia, diferenciando entre aquellas que habían acudido a grupos de apoyo (en adelante GDA) y las que no habían recibido este tipo de ayuda (desde ahora GMA).

ESTADO DEL CONOCIMIENTO

Al iniciar nuestro estudio realizamos una búsqueda bibliográfica a través del aula virtual del SAS, utilizando las principales bases de datos (CUIDEN plus, SCIELO, MEDLINE) y tomando como descriptores en ciencias de la salud: lactancia, materna, conocimientos.

Nos interesaban tanto los estudios que analizaban lo beneficios de la LM, como los que relacionaban la prevalencia de la misma con el nivel de conocimientos maternos. Tras leer los múltiples textos encontrados decidimos seleccionar los referenciados en la bibliografía, por ser los más adecuados al tema de estudio.

Nos resulta destacable la existencia de una amplia literatura en relación a los beneficios de la LM, que permite aconsejar la leche materna como el mejor alimento para el lactante humano^{20,22,39,46,,49}. Frente a un menor número de artículos que hacen referencia específica a la LM en relación con el nivel de conocimientos^{32,33,38}.

Entre los estudios que hacen alusión específica a los beneficios de la LM se encuentra el elaborado por Unicef¹³, donde se afirma que 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.

En el mismo sentido, Puertas, P. junto con Unicef^{2,13} concluyen en su estudio que la leche materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas. La lactancia natural exclusiva reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad. La lactancia natural contribuye a la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario, incrementa los recursos de la familia y el país, es una forma segura de alimentación y resulta inocua para el medio ambiente.

A favor de esto, nos encontramos también con el estudio de León-Cava, N.²⁰ que alude a la inmediata salud y supervivencia del lactante como los beneficios más importantes y visibles de la LM. Las tasas de diarrea, las infecciones de las vías respiratorias, la otitis media y otras infecciones, así como las defunciones causadas por estas enfermedades, son menores en niños amamantados que en los que no lo son. Éstos

beneficios, resultado de una mayor inmunidad y una menor exposición a los agentes infecciosos, son mayores en los niños pequeños y cuando existen una higiene o un saneamiento inadecuados. En este estudio se subraya que los niños con LME durante 6 meses experimentan menor morbilidad por infecciones gastrointestinales que los que reciben lactancia mixta a partir de los tres o cuatro meses, y que no se demostró la existencia de déficit de crecimiento entre los lactantes de países en vías de desarrollo o desarrollados con LME por un período de seis meses o más. Se confirma que los niños amamantados sobresalen en la pruebas de desarrollo intelectual y motor, en comparación con los que no son amamantados. En último lugar, si bien los mecanismos no son sumamente claros, existen posibles explicaciones biológicas para la relación causal entre la LM y el desarrollo intelectual. Se considera además que el contacto físico único entre madre e hijo proporcionado por la LM conlleva un estímulo psicosocial y un vínculo que proporcionarían beneficios para el desarrollo.

En cuanto a la defensa de la LM, Puertas² en su guía práctica para profesionales defiende que el inicio de la LM inmediatamente después del parto estimula la liberación de la oxitocina, una hormona que ayuda a contraer el útero, expelle la placenta y reduce el sangrado de posparto. La LM retrasa además el regreso de la fertilidad, reduciendo de este modo la exposición a los riesgos de la salud materna asociados a cortos intervalos entre nacimientos. A largo plazo, las madres que amamantan tienden a correr un riesgo menor de sufrir cáncer de mama o cáncer de ovario.

Respecto al coste de la LM, León²⁰ junto con Puertas² argumentan que además de ser el método de alimentación infantil más seguro y saludable, la LM es además el menos costoso de los métodos. Para muchas familias pobres, el costo prohibitivo de los sucedáneos de la leche materna los hace inaccesibles. Para otros, el impacto de la compra de fórmulas en el presupuesto familiar puede resultar agobiante. En especial cuando se presenta el sorpresivo costo adicional del cuidado de salud del niño enfermo. Cuando el costo del cuidado médico recae sobre el sistema de salud o las prestadoras de servicios de salud, el impacto económico se siente a ese nivel. Cuando la enfermedad del niño motiva la ausencia de la madre al trabajo, los empleadores y la economía también se ven afectados. A pesar de que los costos económicos de no amamantar son generalmente mayores para las familias y los países pobres, la evidencia demuestra un serio impacto en los países desarrollados.

Navas¹⁴, señala en sus estudios que el riesgo de muerte infantil es cinco veces superior en bebés alimentados con LA exclusivamente, y tres veces mayor en bebés con alimentación mixta que en bebés alimentados con LME.

Otros estudios como Kramer y OMS,^{46,47} señalan que, si bien los lactantes aún deben considerarse de forma individual para que no se ignore el crecimiento insuficiente u otros resultados adversos y se brinden intervenciones apropiadas, la evidencia disponible no muestra ningún riesgo evidente para recomendar, como política general, la LME durante los primeros seis meses de vida en lugares que pertenezcan a países en vías de desarrollo y países desarrollados.

A pesar de las evidencias científicas y los datos proporcionados por la OMS, “en 2003 se pone de manifiesto un panorama en el abandono temprano y las bajas tasas de lactancia materna son una constante, tanto en países desarrollados como en los que aun se encuentran en vías de desarrollo,” *World Health Organization*²⁶

En lo que respecta a Europa, nos encontramos con porcentajes muy lejos de los mejores, así sólo el 14% mantiene la LM por un periodo de tiempo inferior a los seis meses (A.E.P, Kramer, MS^{28,29})

Fuera de nuestras fronteras, Salazar, L³³ en su estudio de investigación realizado en la zona urbana de Neiva, Colombia, con el fin de identificar los factores físicos y socioculturales que influyen en el abandono prematuro de la lactancia natural, se encontró con un grupo de madres predominantemente jóvenes, con uno o dos hijos, con niveles de instrucción bajos con escasa prevalencia de L.M.

Otro de los factores que influyen en el seguimiento de la LM es el nivel de estudios de las mujeres. Gutiérrez, E³² realizó un estudio en Cuba y comprobó que existe una relación directa entre el grado de escolaridad y el conocimiento sobre la LM así como la vinculación de la ocupación y residencia de la madre y la duración de la lactancia.

Para Mazza, N³⁵, en su estudio de investigación realizado a una muestra de puérperas adolescentes en Brasil, demostró que poseen conocimientos coherentes sobre el amamantamiento. Para muchas, ese momento era placentero, para otras, una experiencia con momentos buenos y malos. La mayoría no manifestó dificultades para amamantar. El apoyo de la familia fue importante en el proceso de amamantar.

En esta misma línea, Andrés I³⁷ en su estudio realizado en Argentina recogió que además del déficit general de conocimientos, se rescataron como datos importantes

que las mujeres no reconocían su utilidad para la anticoncepción y/o espaciamiento de los embarazos, ni la posibilidad de almacenar la leche humana en la madre trabajadora y evitar así reemplazarla por leche industrializada.

Las razones que aluden ³⁸ sobre el abandono de LM, son el trabajo de la madre, estudios, ignorancia o falsas creencias de algunas mujeres como pensar que la LM puede afectar su belleza. Esta situación se ha incrementado a la par que han aparecido en el mercado gran cantidad de productos industrializados que venden la idea de ser sustitutos de la leche humana, tal situación ocasiona que la madre establezca la lactancia mixta provocando pobre producción o abolición de la secreción láctea. A esto, se suma la práctica en algunos hospitales del uso de fórmulas y el contacto tardío entre la madre y su hijo, los cuales se consideran factores de riesgo para la suplementación con fórmulas artificiales.

Para conocer la prevalencia de la LM en los últimos años en España hay que recurrir, sobre todo, a estudios epidemiológicos realizados a nivel autonómico. Según datos del 2005 en Catalunya (España) ²⁵ la prevalencia de la LM al inicio se sitúa en el 81,1% aunque de ésta únicamente el 66,8% es exclusiva. Al tercer mes el índice de lactancia total (exclusiva no exclusiva) se sitúa en el 61,9%, a los seis meses en el 31,3% y al año en el 11,5%. Sin embargo con datos de 1989, la LM total al inicio era del 72%, a los tres meses del 39,2% y a los seis del 6,3%, no existen datos de prevalencia al año en esa fecha.

Siguiendo en nuestro país, Rodríguez ⁴⁹ en su estudio elaborado en 2008 concluye que el tiempo medio de mantenimiento de la LM no supera los tres-cinco meses, el abandono precoz durante el primer mes de vida ocurre en un 30% de los casos y solo un 10-20% se mantiene a los seis meses.

Continuando esta línea de investigación, para Puig ³⁶, las dificultades para una promoción eficaz de la LM provienen de un déficit de conocimientos, de perjuicios al respecto y de multitud de mitos y falsas creencias.

Indagando un poco más en el tema que nos aborda Fidalgo,I y Martin J ^{30,31}, hacen evidente que la mayor parte de las mujeres que deciden amamantar a sus hijos con LM lo abandona en los primeros meses. Para buscar soluciones algunos estudios se centran en conocer las causas de no inicio y abandono precoz de la LM.

Fijándonos en nuestro entorno, en Andalucía datos recientes señalan que al momento del nacimiento el 85% de las madres amamantan a sus hijos, a los tres meses solo el 40% , al llegar a los seis meses se reduce la cifra al 17%.³⁴

Otro estudio realizado también en Andalucía en 2004 refleja que los motivos principalmente indicados por las madres para el abandono de la lactancia son la sensación de falta de leche, la falta de información y la vuelta al trabajo, pero no como abandono precoz sino entre el cuarto y sexto mes de lactancia.³⁴

Así pues podemos resumir o concluir o afirmar que:

La LM supone un importante beneficio para la salud del lactante disminuyendo el número de infecciones y la morbi-mortalidad infantil.

La relación afectiva materno-filial y la mejor calidad de la leche materna conlleva un mayor y mejor desarrollo intelectual y motriz.

Existe una relación directa entre el nivel educativo de la madre y la continuidad de la LM.

La LA supone un alto coste económico individual y estatal.

Son múltiples los factores que influyen en el abandono de la LM destacando la adaptación al medio laboral de la mujer, el desconocimiento sobre la conservación y congelación de la leche materna, la frecuencia de lactancia mixta que lleva a una pérdida de la cantidad de la leche... Lo que lleva a una alta tasa de abandono de la LM en los países desarrollados.

MARCO TEÓRICO

Bases conceptuales de la Lactancia Materna.

La leche materna es el mejor alimento para el niño desde el nacimiento hasta los seis meses y continúa siendo importante hasta los dos años, acompañada de una adecuada introducción de alimentos.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha pasado a la historia como una de las principales instituciones en la lucha por el beneficio de la LM.

En 1919 adopta el Convenio sobre la Protección de la Maternidad, destinado a proteger a las trabajadoras embarazadas durante el embarazo y en el postparto, constituyendo la primera norma universal de protección de la gestación en el ámbito laboral. El Convenio no sería vuelto a revisar hasta 1952. En la actualidad es el responsable de que toda embarazada tenga reconocido el derecho a una baja maternal que comprenda una licencia mínima de doce semanas (84 días), aunque se recomiendan catorce semanas (98 días), asegurando un 65% del salario y reservando un tiempo, una vez se produce la incorporación, para la lactancia materna.

En la actualidad, 119 países dan cumplimiento a la licencia mínima de doce semanas prevista por la OIT; de éstos, 62 otorgan licencias de una duración de catorce semanas o superior. En sólo 31 países la duración de la licencia legal de maternidad es inferior a doce semanas. En España actualmente queda recogido en el estatuto del trabajador una baja maternal de dieciséis semanas, ampliable en caso de embarazo múltiple en dos semanas por cada hijo a partir del segundo. Que serán distribuidas según la interesada, siempre que seis semanas sean disfrutadas inmediatamente después del parto (descanso obligatorio), pudiendo llegar a repartirse con el padre si así lo desea. Durante este periodo se asegura el mantenimiento del sueldo íntegro y la rescisión del contrato y el despido disciplinario se consideran nulos (salvo que se decida que la causa no esté relacionada con el embarazo o con el ejercicio de los permisos y excedencias a que éste dé lugar). A lo que se le suma que las trabajadoras, por lactancia de un hijo menor de nueve meses, tendrán derecho a una hora de ausencia del trabajo, que podrán dividir en dos fracciones que no coincidan con el principio y final de la jornada de trabajo, o, por su voluntad, podrá sustituir este derecho por una reducción de su jornada en media hora con la misma finalidad.

Como podemos comprobar tanto en publicaciones recientes como en otras del pasado siglo XX, se ha relacionado la LA con un aumento de la frecuencia de infecciones graves; Así pues, podemos asegurar que la leche materna disminuye la incidencia de enfermedades respiratorias superiores y alergias alimentarias. Es el alimento ideal para el lactante y niño pequeño, constituyéndose como el único que satisface las necesidades nutricionales y emocionales del bebé durante los primeros meses de vida de forma exclusiva (asegurando la variación progresiva de su composición según los cambios biológicos que acontecen en el recién nacido) y hasta los dos años de forma complementaria¹³.

En los estudios realizados por Puertas, A junto con UNICEF^{2,13} se demuestra que leche materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, protegiendo a su vez al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas. Se introduce que la lactancia natural exclusiva reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia y favorece la pronta recuperación en caso de enfermedad. Contribuye a fomentar la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario. A su vez incrementa los recursos de la familia y el país y es una forma segura de alimentación que además resulta inocua para el medio ambiente. Como se demuestra en la siguiente tabla, la LM supone un beneficio para la salud tanto a corto como a largo plazo con un grado de evidencia A lo que se suma a una serie de ventajas económicas y emocionales.

Tabla 1. Beneficios de la lactancia materna.

		Nivel de evidencia
Beneficios para la salud		
<i>A corto plazo</i>	Disminución del sangrado postparto	A
	Aumento de la contracción uterina	A
	Mejoría de la areola	A
	Recuperación del tamaño uterino	A
<i>A medio plazo</i>	Recuperación peso/silüeta	A
	Amenorrea prolongada = ahorro de hierro	A
	Espaciamiento embarazos	A
<i>A largo plazo</i>	Disminución del riesgo de cáncer de mama premenopáusicas	A
	Disminución del riesgo de cáncer de ovario	A
	Disminución del riesgo de fracturas espinales y de cadera postmenopáusicas	A
Ventajas de tipo económico		
<ul style="list-style-type: none"> • Menor gasto en fórmulas infantiles • Menor gasto en artículos para biberones • Menor gasto en fármacos, consultas y hospitalizaciones del bebé 		
Beneficios de tipo emocional		
<ul style="list-style-type: none"> • Vivencia íntima, especial, placentera • Mejor apego madre-bebé, mejor comunicación con el hijo • Satisfacción íntima • Superación de barreras biológicas • Menor depresión postparto/aparición más tardía 		

Fuente. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. *Lactancia Materna: guía para profesionales.* (2004).²⁸

Hay que destacar que la lactancia artificial conlleva una serie de inconvenientes para el bebé y la madre.

Tabla 2. Inconvenientes de la lactancia artificial para el bebé y la madre.

-
- Menor vínculo afectivo
 - No tiene especificidad de especie
 - Es menos digestiva. Mayor reflujo gastroesofágico. Retrasa la eliminación de meconio. Lentifica la maduración intestinal. Flora intestinal patógena
 - Mayor incidencia de caries, maloclusión y caída dental
 - Aumenta la incidencia y/o gravedad de las infecciones del lactante
 - Peor desarrollo intelectual
 - Mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas: alergias, diabetes, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca, esclerosis múltiple, artritis crónica juvenil, obesidad, leucemia infantil y linfoma, hipertensión arterial e hipercolesterolemia
 - Mayor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante
 - Existen evidencias científicas de que la alimentación con lactancia artificial tiene repercusión sobre el bienestar y la salud del bebé
 - El efecto beneficioso de la lactancia materna aumenta cuanto más prolongada es su duración

Fuente: comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. (2004).²⁸

Para UNICEF, no practicar la lactancia natural, y de forma especial LME durante seis meses, representa un factor de riesgo importante a efectos de morbi-mortalidad del lactante. Los beneficios más importantes y visibles consisten en la inmediata salud y supervivencia del lactante. Las tasas de diarrea, infecciones de las vías respiratorias, otitis media y otras infecciones, así como las defunciones secundarias a las mismas, son menores en niños amamantados que en los que no lo son. Estos beneficios, que se estiman relacionados con una mayor inmunidad y una menor exposición a los agentes infecciosos, se ha visto que son mayores en los niños pequeños y cuando existen una higiene o un saneamiento inadecuados en el ámbito familiar¹³

La LM ha sido la única fuente de alimentación de los recién nacidos y lactantes hasta el siglo pasado, en que comienza a ser sustituida por leche de otra especie. La LA surge como respuesta a necesidades médicas, constituyendo un gran avance en la medicina pediátrica. El problema aparece cuando se asocia a una alarmante caída de los índices de LM lo que activa la voz de alarma en los países desarrollados, por lo que en la década de los setenta comienzan a firmarse políticas de promoción de la misma como una medida prioritaria de salud. Tendencia que se extendería a toda Europa y, actualmente, a las áreas urbanas de los países en vías de desarrollo.

Si analizamos las distintas formas de alimentación infantil podemos diferenciar:

Tabla 3. Diferentes tipos de lactancia.

Práctica Alimentaria	Requiere que el lactante reciba	Permite que el lactante reciba	No permite que el lactante reciba
Lactancia materna exclusiva	Leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza)	SRO, gotas, jarabes (vitaminas, minerales, medicinas)	Cualquier otra cosa
Lactancia materna predominante	Leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) como la fuente predominante de alimentación	Ciertos líquidos (agua y bebidas a base de agua, jugos de fruta), líquidos rituales y SRO, gotas o jarabes (vitaminas, minerales, medicinas)	Cualquier otra cosa (en particular, leche de origen no humano, alimentos líquidos o licuados)
Alimentación complementaria ^a	Leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) y alimentos sólidos o sem sólidos	Cualquier cosa: cualquier comida o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes (leche artificial)	No aplica
Lactancia materna	Leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza)	Cualquier otra cosa: cualquier alimento o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes (leche artificial)	No aplica
Alimentación con biberón	Cualquier líquido (incluyendo leche materna) o alimento sem sólido proporcionado mediante un biberón con tetina	Cualquier otra cosa: cualquier alimento o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes (leche artificial)	No aplica

Fuente:OMS (Organización Mundial de la Salud)/UNICEF (2009a). Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington; 2009: OMS Pág. 4.⁴⁸

Incluso dentro de España encontramos diferencias entre las diversas autonomías, como demuestra el Instituto Nacional de Estadística, según datos recogidos en el 2006

Tabla 4. Incidencia de lactancia materna en España, por comunidades autónomas.

	6 semanas			3 meses			6 meses		
	Natural	Mixta	Artific.	Natural	Mixta	Artific.	Natural	Mixta	Artific.
Total	68,40	2,27	29,34	52,48	10,83	36,70	24,72	14,03	61,25
Andalucía	66,83	1,86	31,31	46,88	15,56	37,56	20,20	15,45	64,35
Aragón	75,42	6,68	17,90	62,17	9,47	28,37	27,85	19,95	52,20
Asturias	45,80	1,83	52,37	28,47	15,97	55,55	14,68	7,25	78,07
Baleares	59,21	2,33	38,46	51,53	5,21	43,26	30,27	13,23	56,50
Canarias	60,04	0,00	39,96	47,18	1,08	51,74	25,77	3,18	71,05
Cantabria	66,37	4,27	29,36	45,90	16,31	37,79	17,47	8,62	73,92
Castilla y León	70,59	1,26	28,15	53,07	7,63	39,29	25,61	20,67	53,72
Castilla-La Mancha	73,21	3,26	23,53	55,26	20,49	24,25	24,75	18,98	56,27
Cataluña	69,57	1,17	29,25	55,88	9,68	34,45	28,89	10,01	61,10
Comunidad Valenciana	69,65	4,00	26,35	47,74	14,09	38,17	25,61	14,53	59,86
Extremadura	56,97	2,94	40,08	44,47	11,72	43,81	20,64	11,21	68,15
Galicia	55,40	1,31	43,28	44,05	7,98	47,97	20,15	9,92	69,93
Madrid	71,17	2,63	26,20	61,17	6,74	32,09	23,54	17,93	58,53
Murcia	72,77	2,05	25,18	52,34	8,52	39,14	20,14	13,18	66,68
Navarra	76,58	2,04	21,39	57,03	14,26	28,71	25,69	21,11	53,20
País Vasco	81,37	0,00	18,63	64,14	5,82	30,04	39,19	10,86	49,96
Rioja	84,11	0,00	15,89	74,37	0,00	25,63	35,02	19,89	45,10
Ceuta y Melilla	37,29	15,35	47,36	13,65	22,14	64,21	1,59	6,10	92,30

Fuente. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estadística del 2006 de la Encuesta Nacional de salud²⁷.

Cuando nos enfocamos en las causas del abandono del amamantamiento como forma habitual de alimentación durante la lactancia, debemos tener en cuenta que nos enfrentamos a un problema con importante implicaciones personales, sociales y sanitarias. Habiendo sido su relevancia destacada por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas (UNICEF) en diferentes declaraciones. Aunque actualmente, podemos evidenciar un paulatino aumento de la práctica de amamantar, extendida cada día más en nuestra sociedad.^{22, 23,24.}

Desde las primeras llamadas de alerta entre 1974 y 1978 de la Asamblea Mundial de la Salud, hemos podido observar que las bajas tasas de incidencia y duración de la lactancia materna son reconocidas como un problema de salud pública y diversos organismos internacionales han publicado recomendaciones y planes de acción dirigidas a la solución del mismo³⁹. Los organismos competentes en salud a nivel nacional e internacional desarrollan documentos para promocionar y apoyar la LM.

- ✓ En 1981 la OMS y UNICEF aprueban el código internacional de Sucedáneos de leche que rige las prácticas de comercialización de leches y alimentación

infantil. Recogido en legislación europea en 1991 tiene como objetivo asegurar el uso correcto de los sucedáneos de leche materna y controlar las practicas inadecuadas de comercialización de alimentos infantiles.^{40, 41}

Destacamos los siguientes artículos del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. (OMS 1981):

- Artículo 4.2 Los materiales educativos para gestantes o madres de lactantes deberán incluir: efectos negativos que ejerce sobre la lactancia natural la introducción parcial de la alimentación con biberón, información sobre los riesgos para la salud del uso innecesario de los sucedáneos.
- Artículo 5.1 Los sucedáneos no pueden ser objeto de publicidad directa ni de ninguna otra forma de promoción destinada al público en general.
- Artículo 5.2 Los fabricantes no pueden proporcionar muestras gratuitas, directa o indirectamente, a las gestantes, a las madres o a sus familias.
- Artículo 6.3 Las instalaciones de los sistemas de atención de salud no deben utilizarse para exponer carteles relacionados con los sucedáneos o distribuir material facilitado por un fabricante o distribuidor.
- Artículo 7.3 Los fabricantes no deben ofrecer, incentivos financieros o materiales a los agentes de salud o a sus familias, y éstos no deben aceptarlos.
- Artículo 7.4 Los fabricantes no pueden facilitar a los agentes de salud, muestras de sucedáneos de leche materna.
- Artículo 7.5 Los fabricantes deben declarar a la institución a la que pertenezca un agente de salud toda contribución hecha a éste o en su favor para financiar becas, viajes de estudio, investigación,...El beneficiario debe hacer una declaración análoga.
- Artículo 8.1 En los sistemas de incentivos de ventas para el personal de comercialización, el volumen de ventas no debe incluirse en el cómputo de las gratificaciones ni deben establecerse cuotas específicas para la venta de estos productos.
- Artículo 9.2 Las etiquetas de los envases no deben contener imágenes de lactantes ni otras imágenes que idealicen la utilización de estos preparados.

- Artículo 11.2 La vigilancia de la aplicación del Código corresponde a los gobiernos. Los grupos de profesionales deben colaborar con los gobiernos a este fin.

En 1989 La OMS y UNICEF en su documento “Declaración de innocenti” dictaminan que “La lactancia materna es el mejor modo de alimentación para el lactante. Todas las madres tienen derecho a amamantar y sus lactantes a ser alimentados con leche materna, en exclusiva hasta los 6 meses y junto con otros alimentos hasta los 2 años”. Debido a ello realizarán de forma conjunta los *Diez pasos para una feliz lactancia materna* (1989)⁶, en donde queda recogido que todos los servicios de Maternidad y atención a los recién nacidos deberán:

1. Disponer de una norma escrita sobre lactancia natural que se comunique sistemáticamente 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 lactancia materna a demanda.
 9. No dar a los niños alimentados a 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.
- ✓ En 1991 OMS-UNICEF desarrollan la “*Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños*” cuyo objetivo es englobar las acciones necesarias para el apoyo a la lactancia en las Maternidades: el Comité Español, funciona desde 1995.
 - ✓ En 1992 se acreditarán los primeros hospitales, los cuales debían cumplir con los diez pasos antes descritos y contar con un albergue para las madres, en el cual pudiesen alimentarse, descansar y realizar sus abluciones durante todo el

tiempo que durase el ingreso del hijo. Asimismo se estableció el MADLAC, que es el Monitoreo de Apoyo Directo de la lactancia materna, evaluándose trimestralmente el mantenimiento del cumplimiento de los 10 pasos.

- ✓ En el Salvador desde 1993, El Centro de Apoyo a la Lactancia Materna (CALMA), celebra la semana de la LM (1 al 5 de agosto) donde se desarrollan eventos científicos relacionados con los avances de la lactancia materna, lo que permite promocionar dicha práctica.
- ✓ Entre 1997-2004 se crean unas” *Guías de actuación Clínicas Basadas en la Evidencia para el manejo de la lactancia materna*” promovidas por la Asociación Internacional de Consultores de Lactancia (ILCA), Asociación de matronas y enfermeras pediátricas (AWHONN) y Pediatras del Área 9 de la Comunidad Valenciana, para el manejo, la promoción y el apoyo de la lactancia materna.
- ✓ En 2002 en el documento “*Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*” creado por la *Asamblea Mundial de la Salud* subraya la necesidad de que todos los servicios de salud protejan, fomenten y apoyen la lactancia natural exclusiva y una alimentación complementaria oportuna y adecuada sin interrupción de la lactancia natural.
- ✓ En 2004 en el documento “*Amamantamiento y uso de leche humana*” publicado por American Academy of Pediatrics se resumen los beneficios de la lactancia para el lactante, su madre y la sociedad. Creándose una guía de recomendaciones para pediatras y trabajadores de la salud respecto a la asistencia a las madres en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna. Además resume diferentes modos de promoción y apoyo a la lactancia que los pediatras pueden poner en marcha no sólo en la labor clínica, sino en el hospital, facultad, comunidad y nación.
- ✓ En 2004 se elabora el “*Plan de Acción Europeo para la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en Europa*” en el cual queda recogido el amamantamiento como una prioridad de salud pública para Europa, lo que había sido puesto de manifiesto por las bajas tasas de lactancia materna y el precoz abandono de la misma. Habiendo quedado comprobado el perjuicio subsidiario de dicha práctica en la salud materno infantil, la comunidad y el medio

ambiente; lo que se sumaba al aumento del gasto sanitario y aumentaba las desigualdades sociales en Europa. Este programa insta a los pediatras a asumir su responsabilidad en la promoción y puesta en marcha de medidas adecuadas de apoyo y en el abandono de prácticas, rutinas y protocolos erróneos. Urge a las administraciones nacionales y comunitarias a poner en marcha planes de actuación consistentes y recursos humanos y financieros que promuevan y apoyen eficazmente el amamantamiento. Se reconoce el amamantamiento como una prioridad de salud pública a nivel europeo y las bajas tasas de amamantamiento y su abandono temprano como un problema de graves consecuencias para la salud materno infantil, la comunidad y el medio ambiente, que ocasiona gasto sanitario y desigualdades sociales y de salud evitables para Europa. Insta a los pediatras a asumir su responsabilidad en la promoción y puesta en marcha de medidas adecuadas de apoyo y en el abandono de prácticas, rutinas y protocolos erróneos. Urge a las administraciones nacionales y comunitarias a poner en marcha planes de actuación consistentes y recursos humanos y financieros que promuevan y apoyen eficazmente el amamantamiento. Fue en el año de 2004 cuando el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), a través de la gerencia de atención integral en salud a la niñez, elaboró un documento, *“Iniciativa Unidades de Salud Amigas de la Niñez y las Madres (U.S.A.N.Y.M.)”*, que ha sido incorporado a su programa de atención primaria y se considera como una extensión de la *“Iniciativa de los Hospitales Amigos de los Niños” (IHAN)*. Dichos programas (I.H.A.N. y U.S.A.N.Y.M.) van encaminados a promover, proteger y apoyar la nutrición de la madre y el niño por medio de la vigilancia y atención en el periodo de gestación y lactancia, así como la promoción de la lactancia exclusiva hasta los seis meses y la continuación hasta los dos años o más, acompañada de una alimentación adecuada a partir del sexto mes de edad, siendo esto uno de los pilares básicos y fundamentales para el adecuado desarrollo del niño.

Con esta iniciativa se pretende fortalecer la red de apoyo de la lactancia materna para la madre y los niños, a la par que se establece una red de comunicación entre hospitales, unidades de salud y comunidad en favor de la lactancia. U.S.A.N.Y.M.

consta de trece pasos básicos obtenidos a través del estudio y determinación de aquellas áreas que serían claves para garantizar el éxito de la práctica de la lactancia:

1. Existencia y sostenibilidad del comité multidisciplinario.
2. Aplicación de la normativa institucional sobre la lactancia materna.
3. Brindar atención nutricional y consejería 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 en la gestante a que inicie la lactancia materna 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.
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 la consejería.
12. Que cada establecimiento forme y mantengan activos los grupos de apoyo a la lactancia materna.
13. promoción y monitoreo de la práctica de la lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria a nivel comunitaria.

Si bien estos elementos son fundamentales, en la práctica diaria nos enfrentamos a otras dificultades para el inicio y continuación de la LM:

- Muchas madres encuentran dificultad para amamantar sobre todo las primíparas, adolescentes o las que no cuentan con un apoyo familiar
- La necesidad de realizar actividades
- laborales que generen ingreso económico para la subsistencia de la familia.

- Presiones de su compañero de vida
- Dudas sobre la propia imagen corporal en cuanto a la forma y tamaño de los senos.

Siendo a este nivel donde puede y debe actuar el profesional de la salud de forma individualizada para cada caso que enfrente.

- ✓ En 2006 la oficina europea de la OMS publica el documento “*recomendaciones estándar para la alimentación del lactante y niño pequeño en Europa*” así como nuevos criterios estándar de crecimiento infantil, basados en lactantes y niños según dispersión geográficas.^{42,43}
- ✓ En 2008 se publica la revisión del “*Plan de Acción Europeo para la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna*” y las conclusiones finales obtenidas.⁴⁴

Características de la lactancia materna.

Lactancia Materna.

La LM es de gran importancia para la supervivencia, la salud, la nutrición y el desarrollo infantil disminuyendo el índice de morbi-mortalidad en los niños/as menores de dos años.

La leche materna es el alimento más completo y natural que incluye todos los nutrientes. El aporte más importante contra las infecciones lo hace la fracción proteica, que aparte de abastecer al lactante de aminoácidos esenciales y nitrógeno para el crecimiento y desarrollo, le provee de inmunoglobulinas (IGA) que actúan en la protección contra infecciones.

Anatomía de la mama

La mama se encuentra por delante de los músculos pectorales mayores y están unidos a ellos por una capa de tejido conectivo llamado fascia, también cuenta con tejidos graso y glandular, que es el que le da forma y tamaño a la mama, desde la pubertad los estrógenos estimulan paulatinamente y en forma progresiva las glándulas mamarias, haciendo que crezca tanto la glándula como el depósito de grasa que le da el tamaño y forma final.

El tejido glandular produce la leche a partir de la sangre obedeciendo las órdenes del cerebro el cual responde a los reflejos estimulados por la succión, esta es transportada al pezón a través de pequeños conductos, llamados conductos lactíferos, cuya función es transportar la leche desde el sitio de la producción hasta el sitio de almacenamiento. Estos conductos se localizan por debajo de la areola.

Fisiología de la producción de leche

Durante el embarazo las hormonas tales como: estrógenos, progesterona, prolactina, Hormona Estimulante de la Tiroides o Tirotrópica (STH) y la hormona adrenocorticotropa o corticotropina (ACTH), son importantes en el proceso de la preparación del cuerpo para la lactancia inmediatamente después del parto y hacer posible la producción de leche, a lo que se suma el desarrollo de la glándula mamaria en cuatro procesos:

- **Desarrollo Mamario:**

Se inicia en la pubertad (niñas de 10 a 12 años) por acción de los estrógenos, la cual se suma a la acción de la hormona del crecimiento y maduración prepuberal de la glándula mamaria.

- **Lactogénesis:**

Es la iniciación de la secreción láctea.

Además de la prolactina que es la promotora de la lactancia, existen hormonas coadyuvantes necesarias para que se establezca la secreción. Al desaparecer la placenta e iniciarse la succión del seno comienza la lactogénesis. La eyección se produce a través de los alvéolos y conductos lactíferos. Estas fibras musculares son estimuladas y se contraen por la acción de la hormona Oxitocina. De ésta manera forma, el niño en el acto de mamar desencadena dos reflejos simultáneos: Uno de mantenimientos de la secreción láctea o Reflejo de Lactopoyesis y otro de contracción de la musculatura lisa de los conductos o Reflejo de Eyección.

- **Lactopoyesis o mantenimiento de la secreción:**

El mantenimiento de la secreción láctea una vez establecida la lactancia depende de la prolactina, del estímulo de la succión y la acción de las hormonas antes descritas. El mecanismo para una mayor producción de leche consiste en la succión frecuente del pezón.

- **Eyección láctea:**

Es desencadenado por el estímulo de la boca del recién nacido sobre la areola y el pezón.

Composición de la leche materna

La leche materna contiene todos los nutrientes que el lactante necesita durante los primeros seis meses de vida. En este período no es necesario agregar otro alimento, incluso agua, ya que la leche materna contiene proteínas, grasas e inmunoglobulinas necesarias. Por otra parte, si se compara con la de vaca u otras leches maternizadas, se observa que la leche humana es más fácil de digerir, pues la caseína de la leche de vaca forma en el intestino del niño un coágulo difícil de digerir, al contrario que la humana que forma micelas pequeñas y blandas. Esto determina que el tiempo de vaciamiento gástrico de las otras leches es aproximadamente de 4 horas, mientras que el de leche humana sólo es de media hora. Al analizar la composición de la leche humana y las otras, se encuentran en cada una de ellas elementos diferentes que se representan en la siguiente tabla:

Tabla 5. Composición de la leche humana, calostro y la leche de vaca.

COMPOSICION DE LA LECHE HUMANA, CALOSTRO Y LA LECHE DE VACA			
Elementos	Leche Humana	Calostro	Leche de Vaca
Agua	88	87	38
Energía	70	58	69
Lactosa g/100ml	70	5.0	4.0
Nitrógeno total MG/100ml	171	360	550
Nitrógeno proteico MG/100ml	129	313	512
Nitrógeno no proteico MG/100ml	42	47	32
Proteínas totales g/100ml	0.25	2.3	3.3
Caseína g/100ml	0.26	-	2.73
Lactalbumina g/100ml	0.17	0.16	0.11
Blaetalbumina g/100ml	-	-	0.36
Lactoferrina g/100ml	0.17	0.33	Trazos
Lisozima g/100ml	0.05	-	Trazos
IGA g/100ml	0.14	0.36	0.003
Grasas totales g/100ml	4.2	2.9	3.8
Acido Linoleico % de la grasa	8.3%	6.8%	1.6%
Colesterol MG/100ml	16	28	-
Calcio MG/100ml	28	-	125
Fósforo MG/100ml	15	-	96

Fuente: *Hacia una feliz Lactancia Materna Osorno, Jairo*⁵¹

Al considerar la importancia y beneficios de la LM es necesario valorar la diferencia que existe entre la leche Humana, leche animal y la artificial, lo que nos muestra la tabla contigua:

Tabla 6. Componentes de la leche humana, animal y artificial.

	Leche Humana	Leche Animal	Leche Artificial
Contaminantes Bacterianos	Ninguno	Probable	Probable al mezclarla
Factores anti-infecciosos y de crecimiento	Presentes	No los presenta	No están presentes
Proteínas	Cantidades correctas fácil de digerir	Demasiada, difícil de digerir	Parcialmente corregidos
Grasa	Suficientes ácidos grasos esenciales lipasa para la digestión.	Falta de ácidos grasos. No tiene lipasa.	Faltan ácidos grasos no tiene lipasa.
Hierro	Pequeña cantidad bien absorbida	Pequeña cantidad difícil de absorber.	Cantidad extra añadida. No se absorben bien.
Vitaminas	Suficientes	Insuficiente vitamina A y C	Se le agregan vitaminas
Agua	Suficiente	Se necesita agua extra	Necesita agua extra

Fuente .Consejería en Lactancia Materna: Curso de capacitación manual del participante⁵²

Observamos que la leche humana presenta grandes beneficios para el lactante ya que no contiene contaminantes y aporta los nutrientes adecuados en relación a la leche animal y a la artificial.

Reflejos que intervienen en la lactancia

Intervienen reflejos por parte de la madre y otras del niño lo que permite una lactancia exitosa.

En cuanto a los reflejos de la madre se encuentra el reflejo productor que permite que los senos produzcan leche de acuerdo a la necesidad y demanda del niño. Este estímulo se da cuando el niño succiona. También se encuentran el reflejo de erección del pezón y el reflejo de eyección.

En relación a los reflejos del recién nacido nos encontramos con el reflejo de búsqueda, succión y deglución.

Factores sociales y culturales que influyen en la práctica de la lactancia materna

Hay que tener en cuenta que en una sociedad donde no esté bien vista la LM la madre se sentirá incómoda, lo que puede causar inhibición del reflejo de " subida de la leche" o disminuir la producción. Así mismo si el núcleo familiar no apoya a la madre esta no podrá superar sola algunas de las dificultades inherentes al amamantamiento.

Se han destacado los siguientes factores sociales y culturales:

- Factores culturales y educativos como :
 - ✓ Desconocimiento de las ventajas de la lactancia materna en pro de la Salud.
 - ✓ Imitación de patrones de la LA de otras culturas no acordes a nuestras condiciones económicas.
 - ✓ Utilización de los medios de comunicación masiva para propaganda equivocada e intensiva de alimentos infantiles y sustitutos de la leche materna.
 - ✓ Poco énfasis sobre la lactancia materna en programas educativos a todo nivel..
 - ✓ Trato descortés y/o desconsiderado de la embarazada en las maternidades por parte de algunos miembros del personal, lo que influye en el estado de la parturienta.
 - ✓ Conceptos erróneos sobre deterioro de la belleza femenina por el amamantamiento.
 - ✓ Factores relacionados con salud:
 - ✓ Uso indiscriminado de medicamentos que modifican la leche. Ej.; Anticonceptivos orales
 - ✓ Consejos inadecuados o ambivalentes de salud sobre LM.
 - ✓ Falta de orientación adecuada sobre LM a la mujer durante su embarazo, parto y post-parto.
 - ✓ Influencia de normas hospitalarias tradicionales en el cuidado de la parturienta y el recién nacido.
 - ✓ Falta de apoyo emocional para resolver los problemas de la madre.
 - ✓ Factores sociales

- ✓ Incorporación de la mujer al trabajo; siendo muchas veces esta situación incompatible con el cuidado del niño por diversas causas (horario, distancia).
- ✓ Familias que no favorecen el aprendizaje de la lactancia materna; la joven no tiene oportunidad de aprender de otras madres.
- ✓ Imitación de hábitos de alimentación.
- ✓ Limitada y poca eficiencia y/o poca difusión de la política nacional sobre alimentación y nutrición.
- ✓ Legislación inoperante para la protección de madres y niños; así como la comercialización de leches artificiales o productos alimenticios para niños.
- ✓ Factores Sociales y Culturales que afectan la lactancia

Aunque es frecuente en la sociedad creer que la lactancia es un proceso sencillo el inicio de la misma suele entrañar muchas dificultades para la mayoría de las madres los primeros días. A esto se suma la situación de estrés que supone la incorporación a la vida urbana tras el parto, lo que empeora la subida de la leche, así como la tendencia que tiene muchas mujeres a alimentar a sus bebés con otras leches o alimentos distintos a la misma, tentación que encuentran muy difícil de resistir y que se fundamenta en grandes tópicos:

- ✓ ***“El niño se queda con hambre”***

Si el amamantamiento es adecuado, el niño no queda con hambre. Sin embargo, si la madre tiene dudas hay que indicarles que el hambre es el mejor estímulo para que el niño mame y que la mamada es el mejor estímulo para que se produzca más leche.

- ✓ ***“Hay que darles líquidos a los niños para quitarles la sed”***

La leche del comienzo de cada mamada está hecha para apagar la sed del niño y, a medida que transcurre el tiempo, va cambiando de composición y estará más concentrada.

- ✓ ***“El niño llora demasiado de noche”***

La cultura del biberón ha creado una generación de familiar con expectativas distintas a los requerimientos de alimentación del niño, los cuales no necesariamente coinciden con la necesidad del sueño de sus papás. Si un niño no es amamantado cada vez que él quiera, la producción de leche disminuirá y muchos de los beneficios de la LME de los primeros meses se perderá. Lo

que la mamá debe hacer es alimentar al niño a libre demanda, de día y de noche.

✓ ***“El niño rechaza el pecho y no quería más”***

Casi ningún niño lo hace en los primeros meses. El destete es un proceso gradual que toma varios meses. En la mayoría de los casos, si un niño no quiere ponerse a mamar es porque se le está amamantando inadecuadamente y porque la experiencia está resultando algo frustrante para él y para la mamá.

✓ ***“El niño que pide de mamar muy frecuentemente lo hace porque no está recibiendo suficiente alimento: de ahí que se requiere darle alimentación complementaria”***

El niño pide ser amamantado tantas veces como necesita o desea. Como la leche materna, por ser la más adecuada, se digiere mucho más rápidamente al darle alimentación complementaria, que no necesita, no querrá chupar con la frecuencia requerida para que la producción de leche se mantenga en niveles óptimos. Todo alimento diferente a la leche materna, que el niño no necesita, le quita las ganas de mamar además le puede traer problemas como: infecciones, alergias respiratorias y más trabajo para sus riñones, todavía inmaduros por ser un lactante menor. También puede traer problemas para la madre, por ejemplo: pechos congestionados, mastitis y amamantamiento incómodo.

✓ ***“Darle de mamar cada vez que el niño pida es malcriarlo”***

Los horarios de alimentación impuestos al niño lactante son antifisiológicos, especialmente al comienzo. Ponerles horario rígidos de alimentación a un lactante es no entender cómo funciona la lactancia y es, además, propiciar su fracaso. Con el tiempo, la madre y el hijo irán encontrando momentos y espacios satisfactorios para acomodarse mutuamente a una alimentación sincronizada.

✓ ***“Cada vez que el niño llora es porque tiene hambre”***

Además de que los niños lloran cuando quieren ser alimentados, hay muchas otras razones por las cuales lloran, y toda madre aprende a identificarlas con el tiempo, si no existen demasiadas presiones familiares y sociales que distorsionen su percepción.

Factores Físicos o Complicaciones que impiden el amamantamiento.

Entre los factores físicos que influyen en la práctica de la lactancia materna tenemos;

✓ **Mastitis**

La mastitis se produce por un mal vaciamiento de las mamas debido a deficiencias en la técnica de amamantamiento. Con un tratamiento antibiótico correcto y el vaciado completo de las mamas, se puede continuar con éxito la lactancia.

✓ **Pezones invertidos**

Las mujeres que tienen este tipo de pezones frecuentemente podrán dar de mamar al bebé. Cuando el bebé se dispone a mamar se pega al pecho, y no sólo al pezón.

✓ **Agrietamiento del pezón**

La postura incorrecta del niño al mamar es la principal causa de grietas en el pezón. Por esta razón, cuando aparece dolor con la mamada, se debe observar al niño mientras mama y corregir la postura. Las pezoneras no son recomendables porque dificultan el vaciamiento de la mama e interfieren con el aprendizaje de la succión.

✓ **Abscesos mamarios**

Acumulación de material purulento producido por una infección bacteriana. La madre presenta síntomas de infección como fiebre, escalofrío, malestar general y se caracteriza por masa dolorosa de consistencia quística con eritema de piel.

✓ **Conductos obstruidos**

El tejido glandular del seno está formado por lóbulos y esos por lobulillos. De cada uno de ellos sale un ducto que en ocasiones se obstruye, en especial cuando la leche no fluye permanentemente a través de él.

Ventajas de la lactancia materna

Cuando hablamos de las ventajas que tiene la lactancia materna lo hacemos haciendo mención a cuatro perspectivas como son el niño, la madre, la familia y la sociedad.

En relación al **niño** vemos los siguientes beneficios:

✓ **Nutrición Óptima:**

Ningún alimento sustituto posee el aporte nutritivo que la leche materna, ya que la calidad de sus componentes le confiere máxima biodisponibilidad, permitiendo un desarrollo adecuado al niño.

- ✓ Disminuye el riesgo de obesidad
- ✓ Protege la salud del lactante:
Los niños amamantados al pecho tienen menor riesgo de morbimortalidad y son más resistentes a las infecciones.
- ✓ Estimula un desarrollo adecuado de la dentadura y evita caries:
Con el movimiento que existe al succionar desarrollan los arcos dentales paladar y otras estructuras faciales las caries son en menor incidencia debido a la sacarosa que es contenido en las leches artificiales.
- ✓ Favorecen el desarrollo intelectual y psicosocial:
Todos los recién nacidos amamantados presentan una capacidad y desarrollo psicomotor en aprendizaje mayor, sobre todo posee menos trastornos del habla. Además; Favorece la relación entre madre e hijo.
- ✓ Favorece la maduración del sistema nervioso central:
Contiene taurina y cistina (aminoácidos esenciales), para el desarrollo de cerebro.
- ✓ Apoyo inmunológico específico que da protección pasiva.
La madre le transfiere su inmunidad activa a través de la inmunoglobulina de los demás componentes.
- ✓ Disponibilidad inmediata y a temperatura ideal.
Siempre está lista en el momento que el niño necesita y a una buena temperatura.
En cuanto a los beneficios obtenidos por la **madre** observamos que:
 - ✓ Favorece la involución uterina por acción de la oxitocina.
 - ✓ Disminuye la incidencia de cáncer de mama, ovarios y de útero está demostrado que con periodos prolongados de lactancia materna se disminuye la incidencia de ellos en la menopausia.
 - ✓ La alimentación nocturna implica menor esfuerzo.
 - ✓ Favorece el espaciamiento de las gestaciones, siempre que haga uso de la lactancia materna exclusiva a libre demanda (día-noche) si se cumplen estas

condiciones la lactancia materna le confiere un 98% de protección de un nuevo embarazo durante los primeros seis meses del puerperio.

En lo que se refiere a la **familia**, observamos los siguientes beneficios.

✓ Alojamiento conjunto

Es una forma de facilitar la producción de leche, dado el hecho que la mayoría de los niños necesitan mamar de día y de noche, se recomienda que los niños/as duerman con sus madres. El alojamiento conjunto es recomendable para garantizar una lactancia exitosa.

✓ No representa costo económico

✓ Proporciona comodidad para todos pues no se tiene que preparar biberón ni cargar utensilios cuando se sale de casa.

Por último observando las ventajas para la **sociedad** vemos que:

✓ Los niños alimentados al pecho tienen la oportunidad de ser personas más seguras y estables.

✓ Ofrece ahorros en materiales y recursos, ya que los niños se enferman menos y si lo hacen se recuperan con más facilidad.

✓ Favorece la conservación de recursos naturales.

MARCO CONCEPTUAL

La misión de la enfermería gira alrededor de los cuidados, por ello se puede afirmar que es la ciencia del arte de cuidar la salud y el bienestar de las personas.

Estos cuidados están basados en las necesidades y respuestas humanas del individuo y/o grupo. Las enfermeras como proveedoras de cuidados deben satisfacer las necesidades de salud. Estos servicios deben asumir una doble responsabilidad, no sólo la de prestar cuidados, sino también que estos sean de calidad. De esta manera es importante que el profesional priorice la calidad científico técnica como competencia profesional (capacidad de utilizar el más avanzado nivel de conocimientos para abordar los problemas de salud).

Basándonos en el modelo conceptual de Virginia Henderson vamos a utilizar su concepto de necesidad. Según el análisis bibliográfico, en España, Virginia Henderson es la autora más referenciada por los investigadores enfermeros (Richard, Cabrero y Vizcaya, 1999)⁵⁷

“El modelo enfermero constituye el marco de referencia imprescindible para guiar la recogida de datos y sobre todo, la síntesis y análisis de los mismos: cuales son relevantes y cuáles no, como se relacionan entre sí y que significado tienen a la luz de la concepción filosófica y científica de la persona, salud, entorno y el papel profesional” (Fernández y Luis, 1998)⁵⁸.

El propósito de Henderson fue describir los cuidados que requiere cualquier persona, independientemente de su diagnóstico y tratamiento si ambos influyen en el plan que la enfermera lleva a cabo. El principio de derivar esos cuidados de las necesidades humanas puede servir de orientación tanto en el fomento de la salud, como en la prestación de servicios a pacientes.

Las ideas principales de su modelo se vislumbran en el siguiente texto escrito por ella misma:

“la función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades (14 necesidades básicas) que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarles padecimiento a la hora de su muerte); actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza (física y psíquica), voluntad o conocimientos necesarios, en forma que ayude a la persona a independizarse lo más rápidamente posible.

Además la enfermera ayuda al paciente a seguir el plan de tratamiento en la forma indicada por el médico, y colabora con los demás miembros del equipo en la ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarles sufrimientos a la hora de su muerte.

Cuando se trate de un paciente adulto con capacidad de razonamiento debería hacerle sentir que la elección le pertenece, sólo en casos de absoluta dependencia se justifica que la enfermera decida por el paciente. La enfermera ha de adentrarse en el interior de cada paciente para saber no sólo lo que éste desea sino además lo que necesita.

Toda persona tiene unas necesidades humanas fundamentales comunes a todos los individuos pero cada cultura las expresa de manera distinta y cada individuo a su propio modo, y se ven afectadas por la edad, la formación cultural, equilibrio emocional y las incapacidades físicas o intelectuales del individuo, lo que repercutirá en el plan de cuidados. Para comprender al paciente la enfermera debe estar atenta a sus palabras y a sus gestos y alentarle a que manifieste como pueda lo que en cada momento siente. La determinación de las necesidades del paciente exige entre otras cosas, sensibilidad, conocimientos y buen criterio; y la adaptación de los procedimientos de enfermería a las necesidades particulares del paciente una competencia considerable. Mientras la enfermera presta sus cuidados básicos tiene oportunidad de escuchar al paciente, conocer su idiosincrasia y la de sus familiares, determinar sus necesidades y ganarse la confianza que tan esencial es para la mayor eficiencia de los cuidados de enfermería.”(Henderson, 1971)⁵⁹

“El modelo de Henderson ha sido considerado como un pensamiento original sobre la profesión enfermera, basado en una concepción humanista y en el rigor científico y práctico, de ahí que su modelo haya sido reconocido por la OMS” (Valls,1988)⁶⁰

“Está basado en el desarrollo de unos valores de respeto hacia nosotros mismos y hacia los demás, de compromiso profesional con los receptores de los cuidados y con la sociedad en general, que traspasa el ámbito de lo disciplinario para ayudarnos a ser mejores, completos y maduros también como seres humanos, como personas” (Fernández y Figuerido)⁶¹.

Para Henderson, los diagnósticos de enfermería representan un problema de dependencia que puede ser solucionado, dando al paciente aunque sea una milésima de independencia. El diagnóstico comprende varias acciones: Análisis de datos,

identificación de los diagnósticos de enfermería, identificación de los problemas interdependientes, problemas de enfermería. Aplicando el proceso de atención en Enfermería al modelo de Henderson podemos identificar los siguientes diagnósticos relacionados con nuestra investigación: Lactancia materna ineficaz, Interrupción de la Lactancia materna, Lactancia materna eficaz (*anexo 2*).

Son muchos los que han ensalzado el valor ético, científico y humano de este tipo de modelo, habiendo tenido tanta importancia que es la base de los cuidados en la enfermería actual y utilizada en este caso como marco conceptual.

OBJETIVOS.

✓ General

1. Diferenciar los conocimientos sobre lactancia materna que tienen las madres que pertenecen a grupos de apoyo a la lactancia sobre las que no pertenecen.

✓ Específicos

1. Averiguar la prevalencia de la lactancia materna de la muestra estudiada y la lactancia materna exclusiva.

2. Conocer el tiempo de duración de la lactancia materna de la muestra.

3. Identificar la relación entre nivel de escolaridad con duración de la lactancia materna.

4. Relacionar la ocupación de la madre en relación a la duración de la lactancia materna.

5. Evaluar los conocimientos de la iniciación de la lactancia materna.

6. Saber los conocimientos de duración de la lactancia materna.

7. Relacionar el nivel de escolaridad de la muestra con el tipo de lactancia.

METODOLOGÍA

Diseño.

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal.

Muestra.

Partimos de una población diana de 42.620 mujeres entre 15 y 45 años en el municipio de Almería, según datos del I.N.E., para un nivel de confianza Z del 90% con un error de e de 0.01, asumimos que tanto la probabilidad a favor como en contra eran iguales, pues desconocíamos el valor de lo estudiado para nuestra población por lo que obtuvimos un tamaño muestral de 69 personas.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{Ne^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Ante la posibilidad de perder muestras durante el estudio decidimos ampliar nuestro tamaño hasta 80 (compensado de esta manera la posible pérdida de hasta un 15%)

Esta población se subdividió a su vez en otros dos grupos simétricos de 40 integrantes cada uno, cuya diferencia consistía en si habían acudido a grupos de apoyo de la lactancia (GDA) o no (GMA). Así para asegurar que nuestra muestra fuese representante de la sociedad estudiado elegimos a los integrantes de cada grupo de forma aleatoria. De esta manera se eligió uno de los grupos de apoyo a la lactancia de Almería reconocidos como tales en la página iHan de Unicef (<http://www.ihan.es/index3.asp>), pasando nuestro test a mujeres que habían acudido a una de las reuniones. Para determinar el segundo grupo se eligió un centro de salud de forma aleatoria y se realizó la encuesta a las madres que acudían para valoración de niño sano de 6 meses.

Criterios de inclusión.

- ✓ Ser mujer.
- ✓ Tener un hijo en edad de lactancia.
- ✓ Pertenecer a un grupo de apoyo (esto sólo lo cumplirían el 50% de nuestra muestra).

Criterios de exclusión.

- ✓ No reunir cualquiera de los requisitos anteriormente expuestos.
- ✓ No desear participar en el estudio.

Variables.

Variabes cualitativas: Nivel de escolaridad, ocupación, estado civil, tipo de leche, duración de la lactancia, inicio de la lactancia, indicadores de lactancia y razones de LM.

- ✓ Variables cuantitativas: Edad

Instrumentos de recogida de datos.

Los datos se recogieron mediante un cuestionario autoadministrado de tipo estructurado cerrado validado por una muestra piloto de sujetos.

Para diseñar el cuestionario nos basamos en los utilizados en otros estudios que seguían la misma línea de investigación ³⁸.

El cuestionario cuenta con 10 preguntas de respuesta única, con un lenguaje asequible a la población general y de fácil lectura (*anexo 1*).

Sesgos y limitaciones

Para evitar el sesgo del entrevistador se dieron cuestionarios autoadministrables.

Se contaba como limitación poder perder a alguna de las madres durante el estudio por lo que se decidió ampliar el tamaño muestral.

Procedimiento

El estudio se llevó a cabo entre los meses de Noviembre de 2010 a Septiembre de 2011, siguiendo los pasos indicados en el cronograma.

CRONOGRAMA

	Nov'10	Dic'10 Ene'11	Feb'11 Mar'11	Ab'11 May'11	Jun'11 Jul'11	Ago'11	Sep'11
FASE PRELIMINAR	X	X					
IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	X						
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	X	X					
ANÁLISIS DE PERTINENCIAS	X	X					

PLANIFICACIÓN		X					
INTRODUCCIÓN		X	X				
OBJETIVOS			X				
DISEÑO METODOLÓGICO			X				
EJECUCIÓN				X			
RECOGIDA Y PROCESADO DE DATOS					X		
ANÁLISIS						X	
INTERPRETACIÓN							X

Previo a nuestro estudio, al haber cambiado preguntas de los test, tuvimos que hacer una validación previa del cuestionario mediante la selección aleatoria de un colectivo de mujeres.

Tras haber seleccionado nuestra muestra se obtuvo el consentimiento verbal de las encuestadas para intervenir en un estudio de investigación sobre la lactancia.

Una vez confirmada su participación se les dio el cuestionario, que si bien es auto administrado, para evitar sesgos por mala interpretación por parte de las madres, se procedió a responder delante del entrevistador para que éste pudiese responder las dudas acaecidas de la lectura del mismo, limitando de esta manera la posible influencia del entrevistador en las respuestas. Se vio conveniente para la homogeneidad de la muestra que ambos grupos tuviesen igual número de integrantes.

Para la muestra de GDA, las mujeres fueron captadas a lo largo de 4 meses de abril a julio de 2011 en las clases habilitadas para realizar los talleres. Los talleres fueron dirigidos por las responsables de la asociación de lactancia, aunque otras socias también participaron en la dirección del taller. Primero, se procedía a la presentación de la directora del taller y luego se presentaba la madre que generalmente iba con su hijo al que también presentaba. Tras nuestra presentación, se les informaba del objetivo del estudio y se les pedía participar en él, realizándose al final de la clase. En los talleres se daban información sobre lactancia materna, se hablaba sobre la fisiología del amamantamiento y soluciones a la gran mayoría de los problemas que podrían surgir al lactar como dolor en las tomas, mastitis, hipogalactia....La mayoría, explicaban problemas personales o dudas que tenían que eran resueltas de forma grupal para

beneficiarse de forma colectiva. Se ofrecían contenidos educativos y se utilizaba un método interactivo, además la información era reforzada con material audiovisual.

Análisis de datos

Tras finalizar el proceso de recogida, los cuestionarios fueron codificados con un número, para garantizar su confidencialidad. Toda la información se procesó en una base de datos elaborada para el estudio dentro del Paquete Estadístico para ciencias sociales (SPSS) de Windows versión 17.0, donde posteriormente se analizaron los datos y se obtuvieron resultados. Obteniendo medidas centrales y de dispersión para las variables cuantitativas y de frecuencia para las cualitativas.

RESULTADOS

A continuación se van a exponer los resultados obtenidos en esta investigación.

En primer lugar, describiremos los resultados de manera univariante atendiendo a las variables expuestas anteriormente, los vamos a secuenciar de la siguiente forma: edad, porcentajes de ambos grupos, nivel de escolaridad, ocupación, estado civil, tipo de leche, duración lactancia, inicio lactancia, razones de cuando se debe poner al niño al pecho materno, razones de lactancia y tiempo de lactancia; mostrando los resultados tanto en términos generales como fraccionados según el subgrupo muestral al que hacen referencia. En segundo lugar se describen asociaciones entre ambas realizando así un análisis bivalente.

Análisis univariante

Edad

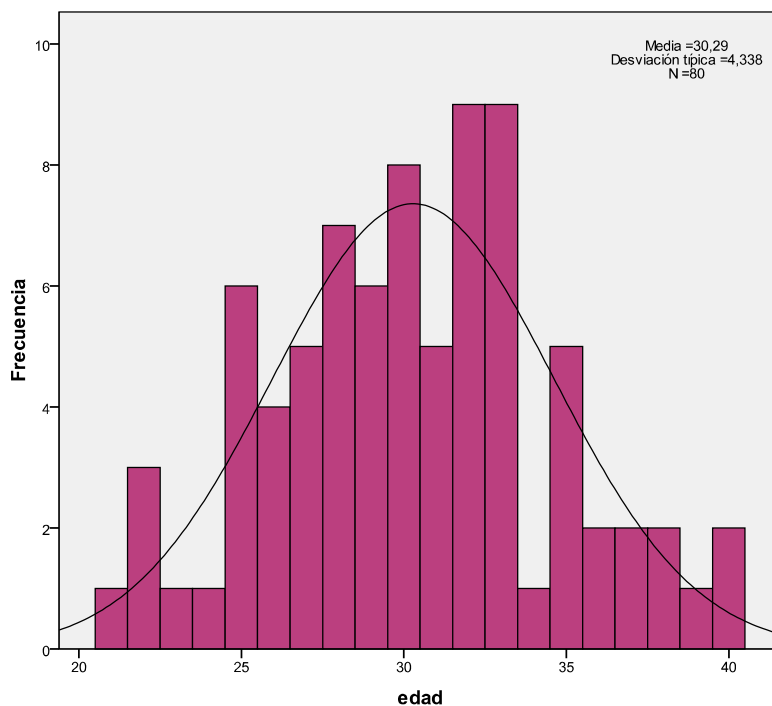


Figura 1. Edad de la muestra

Analizando los datos estadísticos en conjunto obtuvimos que la media de edad de la muestra analizada era de 30,29 años, la mediana correspondía a 30 y el valor de la varianza era de 18,815 con una desviación típica de 4,338.

A su vez cuando se disgregaron los datos según el subgrupo muestral al que pertenecían vimos que para el GMA la media de edad es de 29, 25 años, siendo la mediana 28,5, la varianza 24,551 y la desviación típica de 4,955. Mientras que en el la media de edad corresponde a 31,33 años, la mediana 31, la varianza 11,353, y la desviación típica supone un 3,369. (Ver tabla 9 en anexo3)

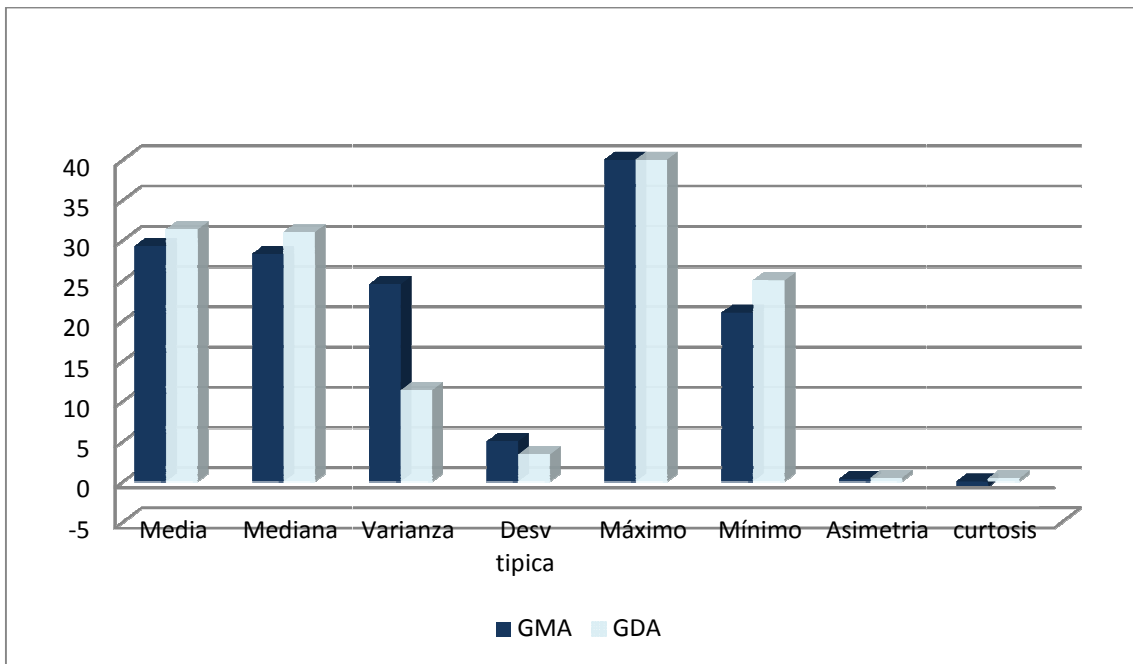


Figura 2. Datos relativos a la media, mediana, varianza, desviación típica de ambas muestras

Para realizar la comparación de ambas medias de edades utilizamos la prueba T de student para datos independientes, siendo necesario para ello asumir la igualdad de las varianzas, aplicando pues el test de Levene (test de hipótesis para la igualdad de las varianzas), de tal manera obtuvimos una $p=0,008$ lo que quiere decir que las varianzas no son iguales, en virtud a estos resultado, ante la hipótesis de igualdad de medias, para una $p=0.032$ podemos decir que las medias de edad de ambos grupos no son iguales.

Muestra

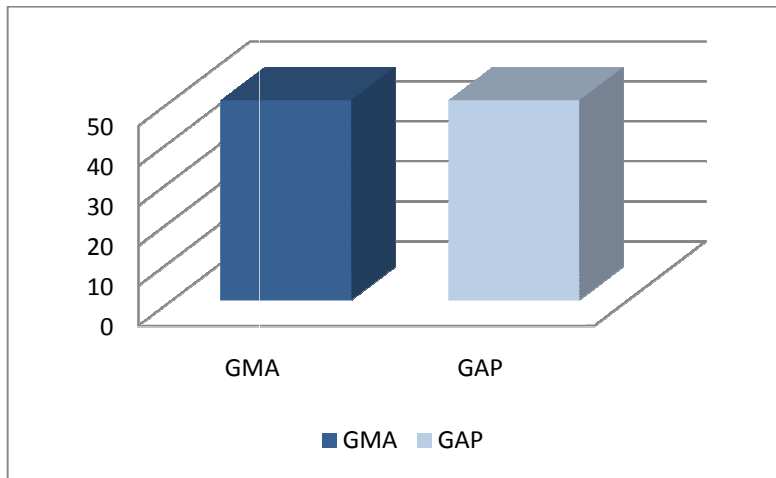


Figura 3. Porcentaje de muestra aleatoria y grupo de apoyo

Haciendo referencia a la figura 3 pudimos ver que a cada uno de los grupos se le asignó el 50% del tamaño muestral, creando así dos grupos simétricos de 40 personas cada uno.

Nivel de escolaridad

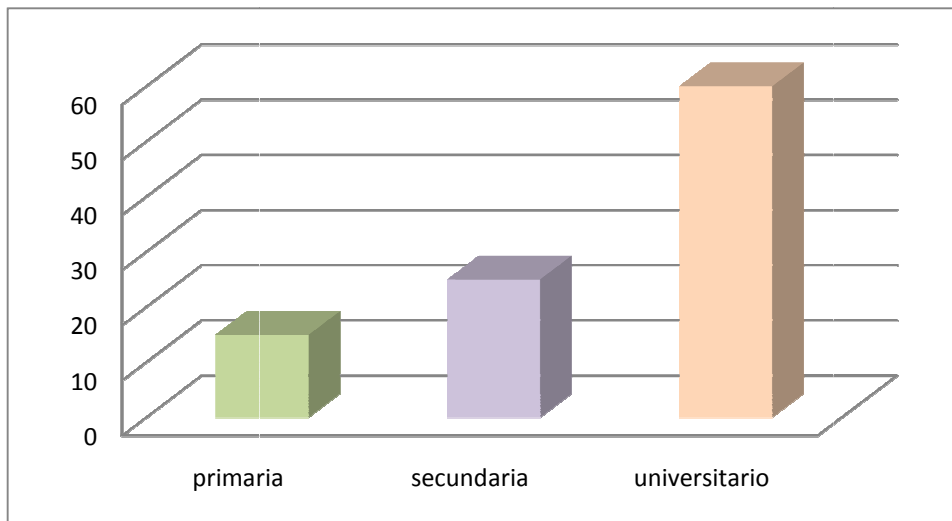


Figura 4. Porcentaje de nivel de escolaridad.

Analizando los resultados descubrimos que sólo el 15% de la muestra tenían un nivel de estudios primarios, frente a un 25% de secundarios y presentado la mayoría, un 60%, estudios universitarios. Cuando relacionamos estos datos con el grupo de muestra destacó que en GMA el 27,5% tenían estudios de primaria y secundaria y un 45%

habían cursado estudios universitarios. A diferencia que el GDA donde sólo un 2.5% tenían estudios primarios, un 22.5% secundarios y hasta un 75% de la muestra presentaba estudios universitarios (*figuras 4 y 5*).

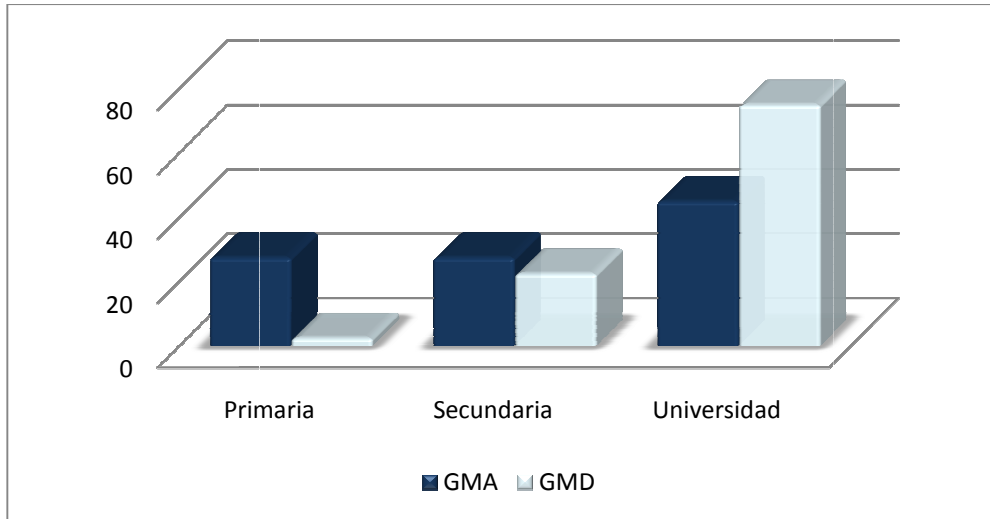


Figura 5. Nivel de estudios de ambas muestras

Ocupación

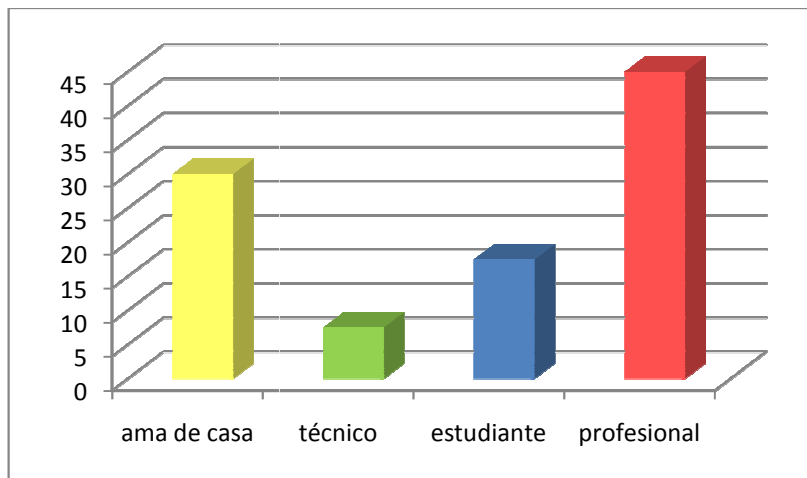


Figura 6. Porcentaje de ocupación de la muestra.

Respecto a la ocupación de la muestra obtuvimos que el 30% eran amas de casa, el 7,5% técnicos, el 17,5% correspondían a estudiantes y el 45% eran profesionales. Al estratificar por grupos vimos que en el GMA el 37,5% correspondían a amas de casa, el 5% eran técnicos, un 20% estudiantes y el 37,5% profesionales. Lo que difería del GDA en donde sólo el 22.5% eran amas de casa y hasta un 52.5% eran profesionales, con valores más similares en técnicos (10%) y estudiantes (15%) (*figuras 6 y 7*).

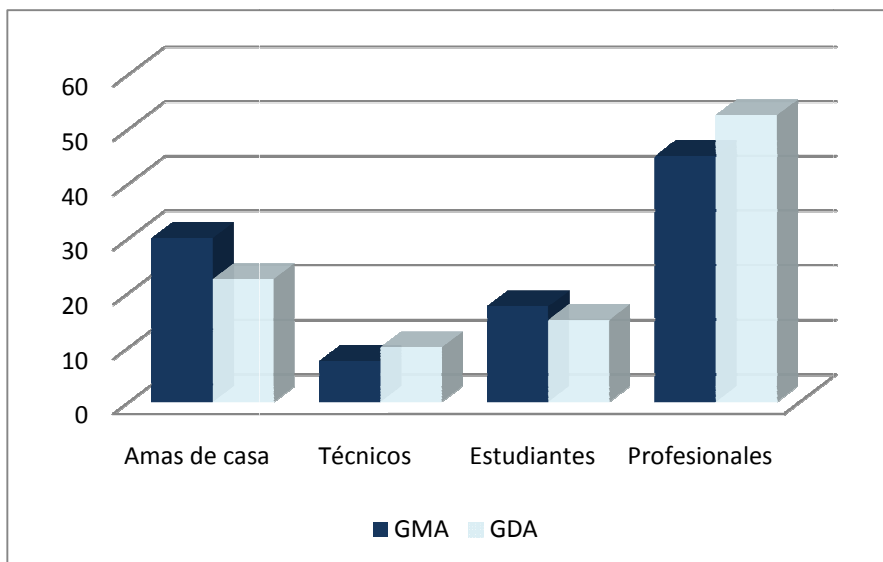


Figura 7. Ocupación materna

Estado civil

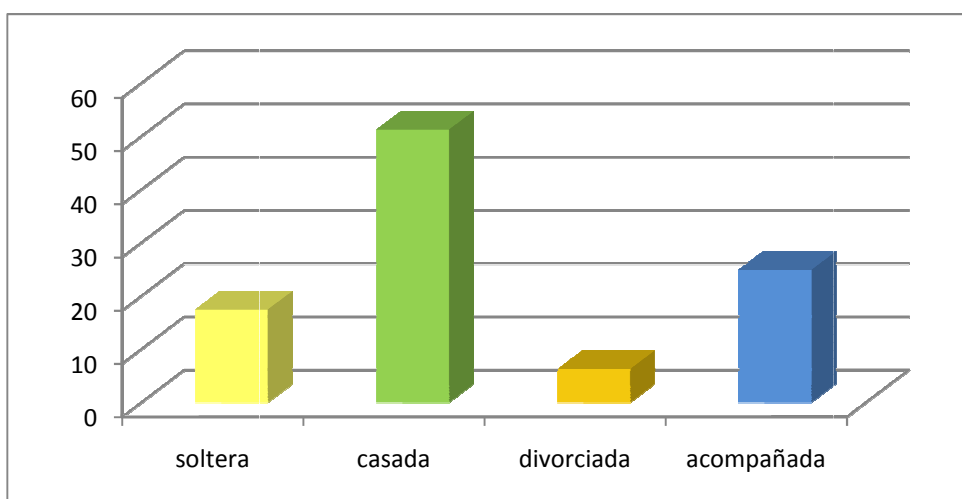


Figura 8. Porcentaje de estado civil de la muestra.

En lo referente al Estado civil pudimos observar que el 51,3 % lo representaban mujeres casadas, frente a un 25% de acompañadas, un 17,5% de solteras y un 6,3% de divorciadas. Al separar los resultados según el grupos obtuvimos que en el GMA el 27,5% eran solteras, el 40% casadas, un 10% divorciadas y el 22,5% estaban acompañadas; mientras que en el GDA los valores eran parecidos siendo 7,5% solteras, un 62,5% casadas, el 2,5% divorciadas y el 27,5% encontrándose acompañadas (figuras 8 y 9).

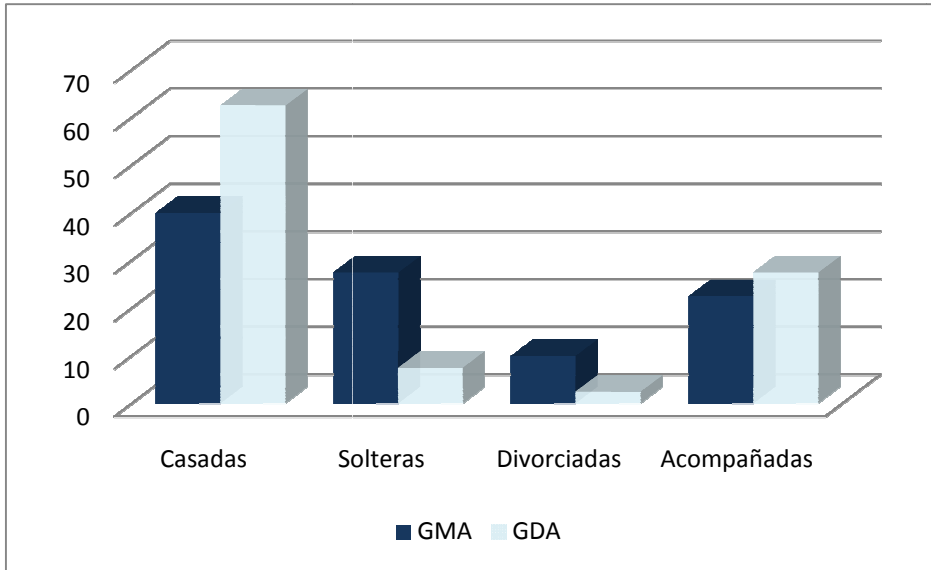


Figura 9. Estado civil de ambas muestras.

Tipo de leche

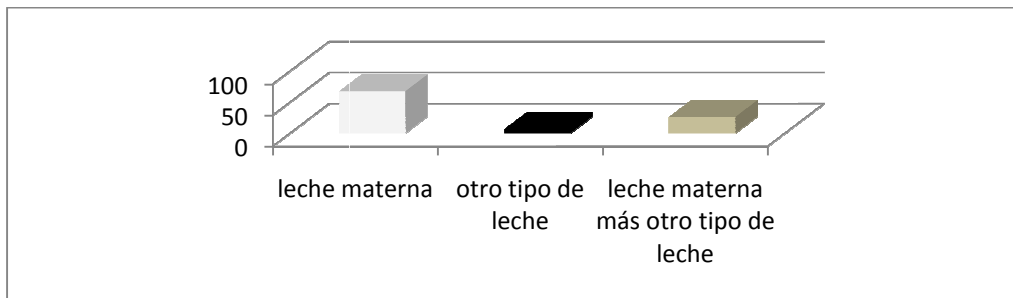


Figura 10. Porcentaje de tipo de lactancia de la muestra.

En las figuras 10 y 11 obtuvimos que cuando se analizó el tipo de leche usada por la muestra descubrimos que la mayoría, un 67,5%, optaban por la lactancia materna frente a un 6,3% que usaron lactancia artificial y un 26,3% lactancia mixta. En el GMA el 52,5% daban L.M. frente a un 12,5% con L.A y un 35% que dieron una lactancia mixta. Siendo mayores las cifras de LM en GDA donde alcanzó el 82.5% de la muestra, participando sólo un 17.5% de la lactancia mixta y no dando ninguna LA.

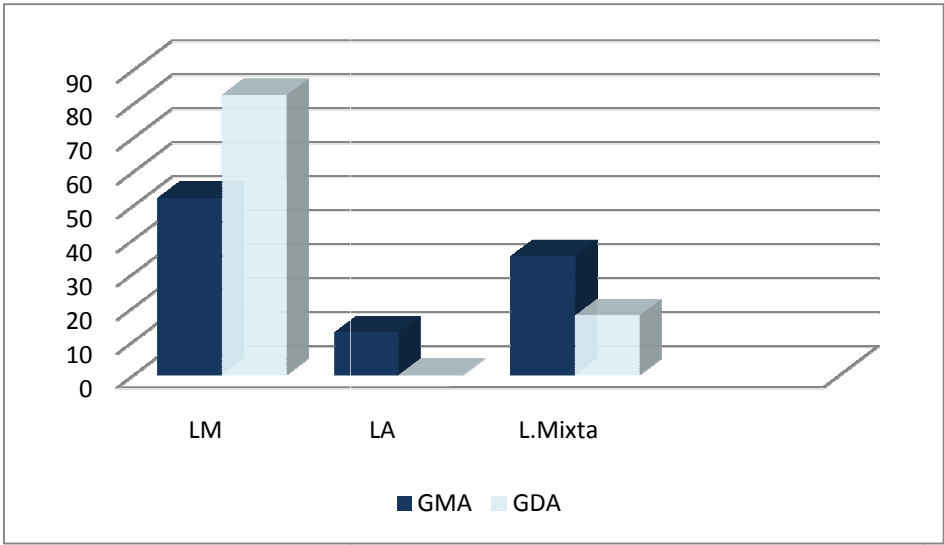


Figura 11. Tipos de lactancia de ambos grupos.

Duración de la lactancia materna.

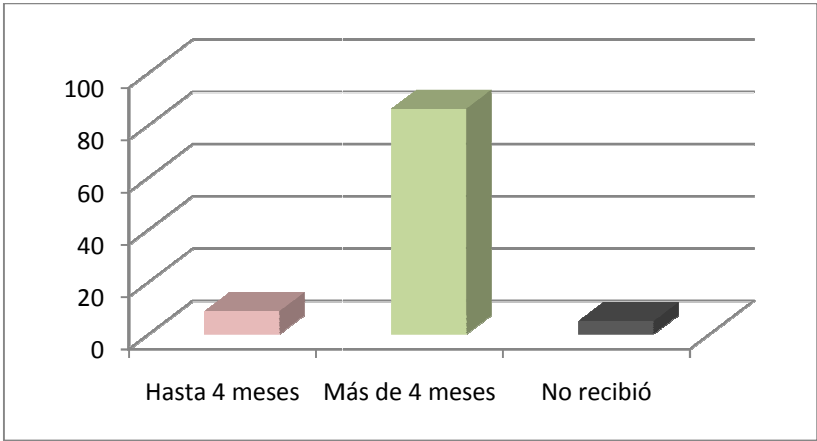


Figura 12. Porcentaje de duración de lactancia materna de la muestra.

Nos encontramos con que mientras el 86,3% dio más de cuatro meses, sólo el 8,8% lactarían menos de cuatro meses y el 5% no recibirían lactancia materna. (figura 12) Dentro del GMA destacamos que se mantuvo la LM hasta los cuatro meses en un 15%, sobrepasando dicha edad un 75% y no llegando a dar LM sólo un 10%. Por el contrario en el GDA mantuvieron las LM más de cuatro meses un 97.5%, quedándose antes de esta fecha sólo un 2.5% de la población, no optando ninguna por no iniciarla. (figura 13)

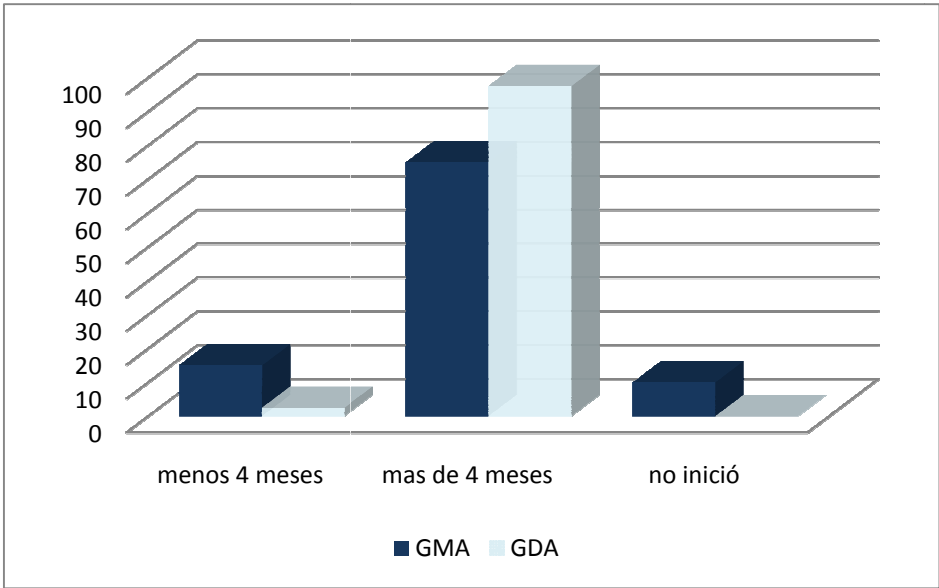


Figura 13. Duración de la lactancia

Inicio de la lactancia

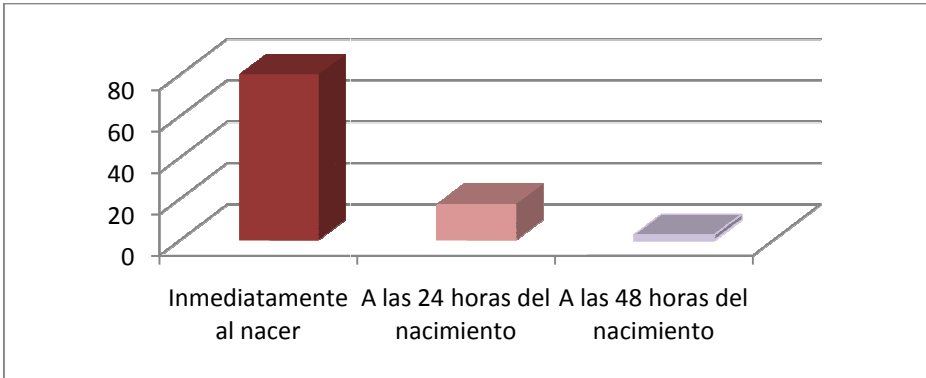


Figura 14. Porcentaje de respuestas sobre inicio de lactancia materna de la muestra.

Respecto al inicio de la lactancia el 80% de la muestra consideraron correcto que debía comenzarse inmediatamente al nacer, el 17,5% eligieron que debía ser a las 24 horas del nacimiento, y sólo el 2,5% respondió que debería producirse a las 48 horas del nacimiento. (figura14). En el GMA respondieron que inmediatamente un 67.5%, en las primeras veinticuatro horas un 27.5% mientras que un 5% consideraba que había que esperar cuarenta y ocho horas. En el GDA consideraban que debía iniciarse lo antes posible un 92.5% y que podía hacerse durante las primeras veinticuatro horas el 7.5% restante (figura15).

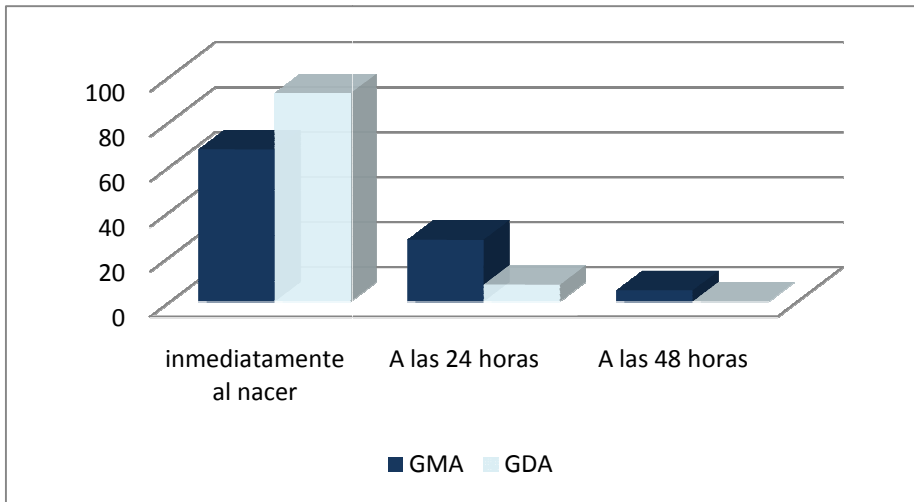


Figura 15. Lactancia de ambas muestras.

Cuando lactar

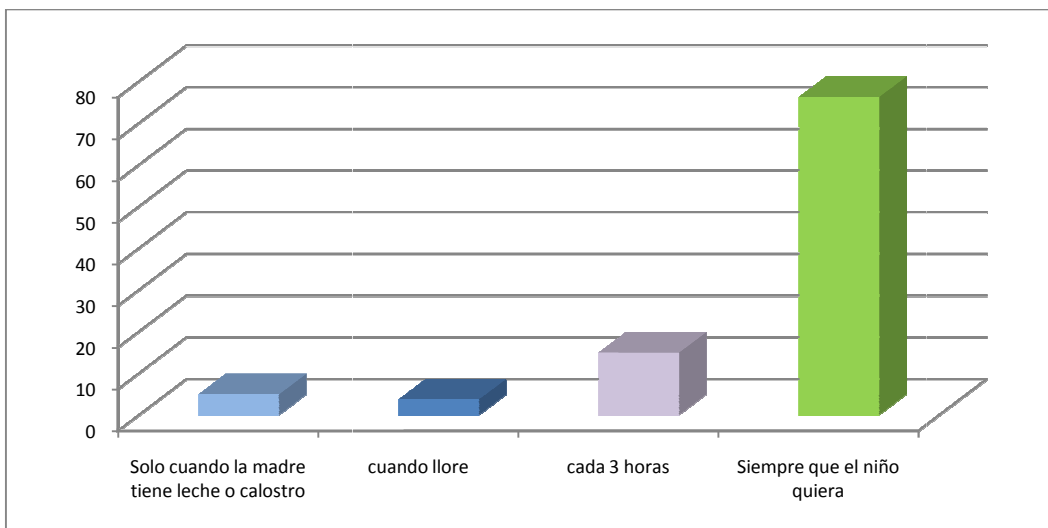


Figura 16. Porcentaje de respuestas sobre cuando se debe poner el niño al pecho materno.

Con respecto a la pregunta de cuándo debería ponerse al niño en el pecho materno, un 5% respondió que sólo cuando la madre tiene leche o calostro, un 3,8% consideraban que había que hacerlo cuando el niño o niña llorase, un 15% respondieron que cada tres horas y un 76,3 % que siempre que el niño quisiera. Al centrarnos en lo que respondieron cada uno de nuestros grupos vimos que en GMA consideraban oportuno poner al niño al pecho cuando quisiese en un 55%, cuando la madre tuviese calostro en un 10%, al llorar en un 7.5% y cada tres horas en un 27.5%. Las madres que pertenecían al GDA contestaron el primer ítem en un 97.5% y sólo un 2.5% que debía hacerse cada tres horas (figuras 16 y 17).

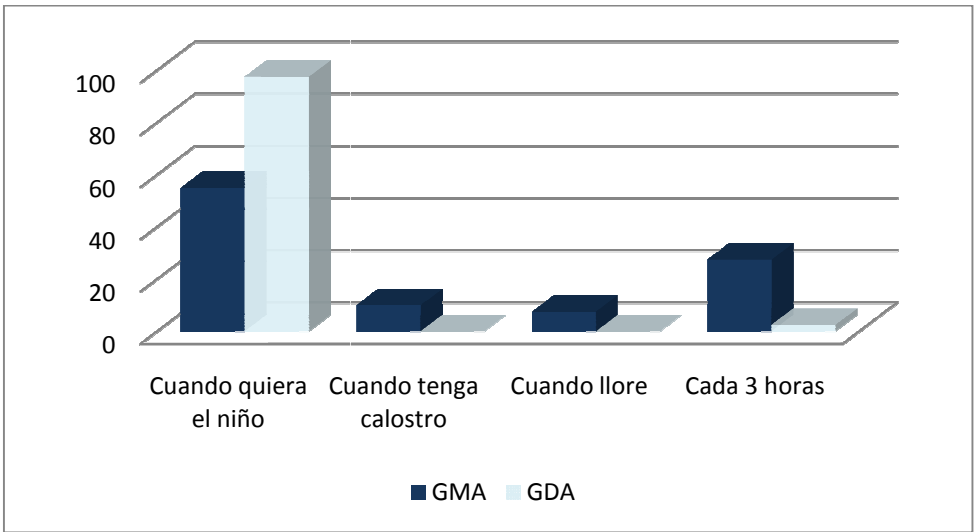


Figura 17. Cuando se debe poner al niño al pecho materno.

Razón de lactancia materna

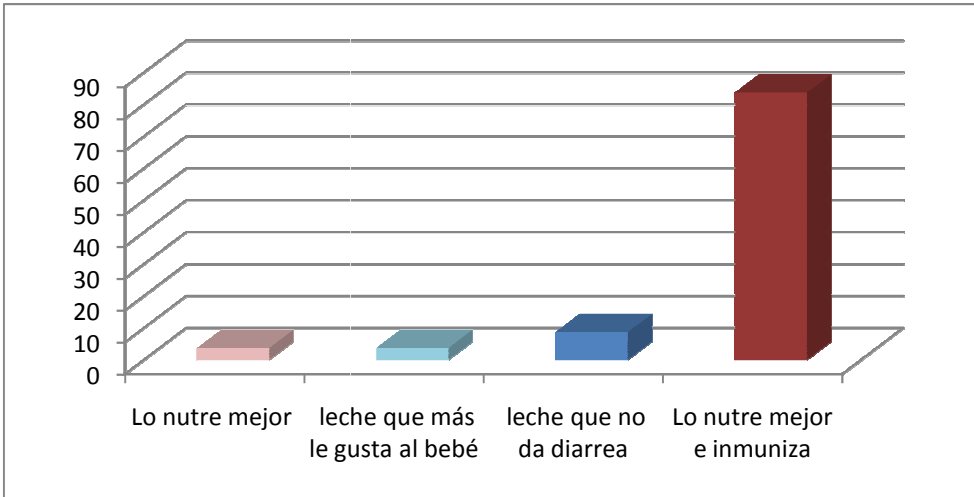


Figura 18. Porcentaje de por qué el niño debe tomar la leche materna

Cuando lo que preguntamos fueron las causas por las cuales era preferible la lactancia materna a la artificial obtuvimos que un 3,8% opinaban que lo nutriría mejor que otro alimento, el 3,8% que le gustaba más al bebé, el 8,8% argumentan que debía darse para evitar diarreas y el 83,8 % afirmaron que la leche materna era el alimento que mejor nutría al bebé aportando también inmunización. Al analizar estos conocimientos en virtud del grupo al que pertenecían vimos que mientras en el GMA consideraban por orden de frecuencia: mejor nutrición e inmunización en un 67%, no diarrea en un

17.5%, mejor sabor y mejor nutrición el 7.5% ; en el GDA el 100% contestó que la leche materna la que los nutre mejor y los inmuniza frente a enfermedades. (figura18 y19).

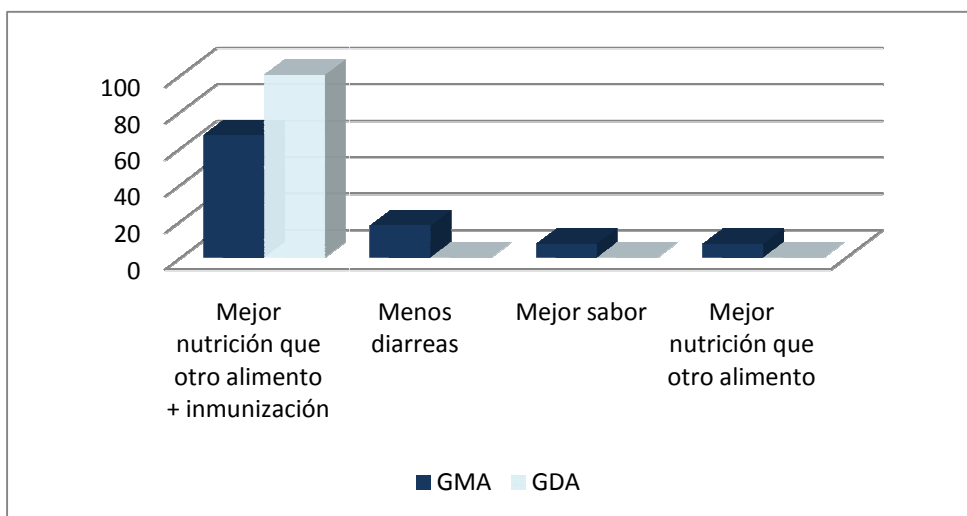


Figura 19. Razón de por qué la leche materna es el alimento más completo para el niño de ambas muestras.

Duración del tiempo de lactancia

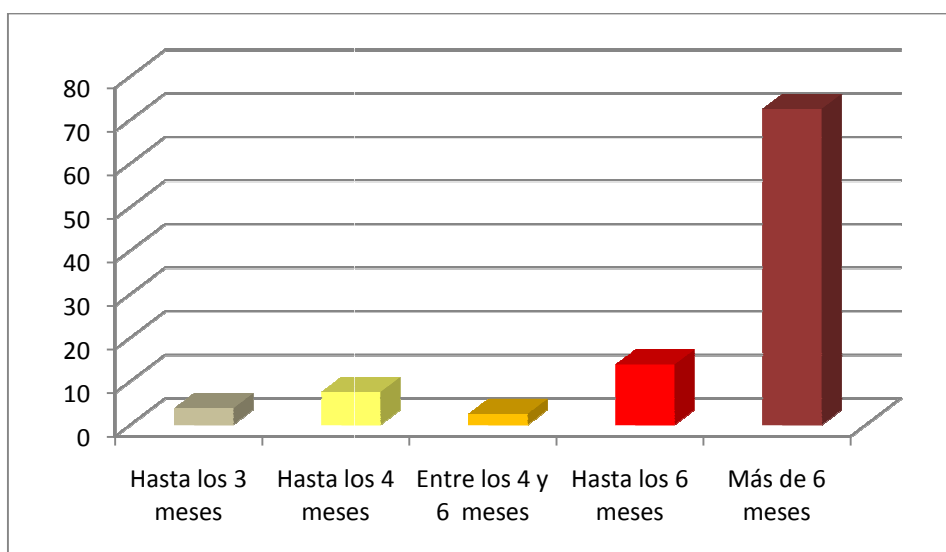


Figura 20. Porcentaje del tiempo que debe darse la lactancia.

Ante dicho ítem el 3,8% de la muestra consideraba que se debía dar hasta los tres meses, el 7,5% afirmaron que hasta los cuatro meses, el 2,5% respondieron que se debía dar entre cuatro y seis meses, el 13,8% lo alargaron hasta los seis meses y el 72,5% contestaron que se debía dar más de seis meses. Al comprobar lo que contestaron las madres de nuestro estudio vimos que aquellas que pertenecían GMA consideraron

que había que mantener la LM hasta los tres meses en un 7.5%, los cuatro meses el 15%, entre cuatro y seis meses un 5%, hasta los seis meses un 10% y más de seis meses un 62.5%. las madres que pertenecían al GDA opinaron en un 17,5% opina que lo correcto era dar lactancia materna hasta los seis meses frente al 82,5% que consideraba que debía darse más de seis meses (figuras 20 y 21).

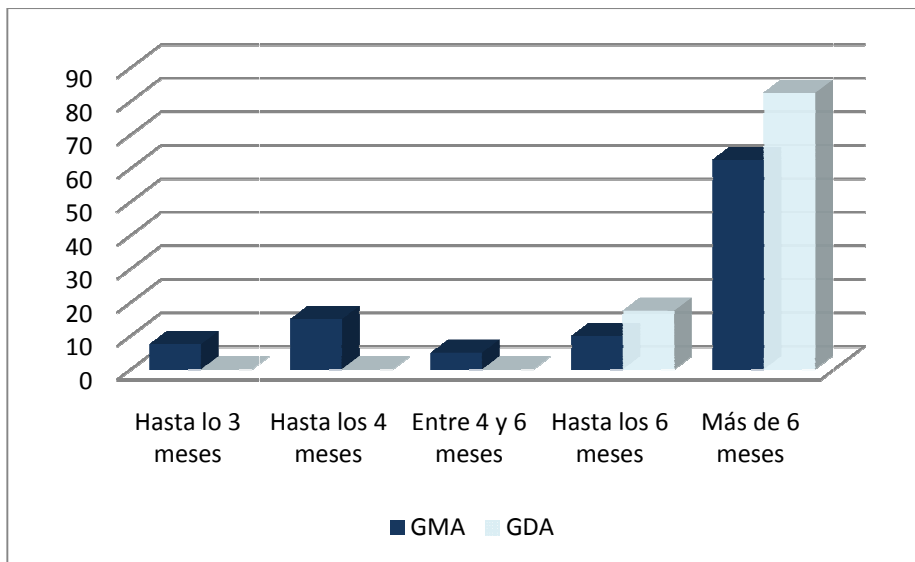


Figura 21. Conocimiento del tiempo de lactancia para ambas muestras.

Análisis bivalente

Comparación del nivel de escolaridad con la duración de la LM.

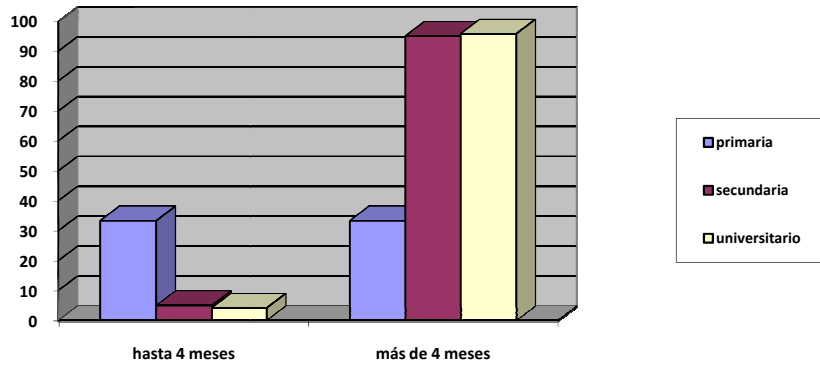


Figura 22. Comparación del nivel de escolaridad con la duración de la LM.

En lo referente a las madres que tienen estudios de primaria un 33,3% dio L.M hasta los cuatro meses y un 33,3% dio más de cuatro meses.

En el siguiente grupo de madres con estudios de secundaria un 5% dio L.M. hasta los cuatro meses y un 95% dio más de 4 cuatro meses.

Respecto a las madres con estudios universitarios dio L.M. un 4,2% hasta los cuatro meses y un 95,8% dio más de cuatro meses (ver tabla 10 en anexo 3).

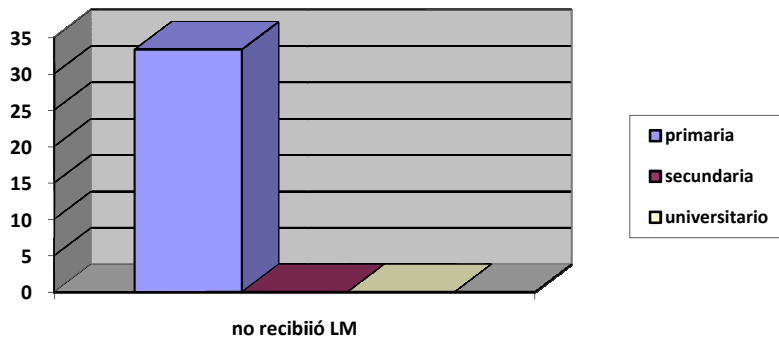


Figura 23. Comparación del nivel de escolaridad con la no toma de lactancia materna.

Pudimos apreciar que en la relación asociada de nivel de escolaridad con no realización de LM únicamente el 33,3% de las madres con estudios de primaria no dieron nunca el pecho a sus hijos.(ver tabla 11 en anexo3)

Relación ocupación/duración LM

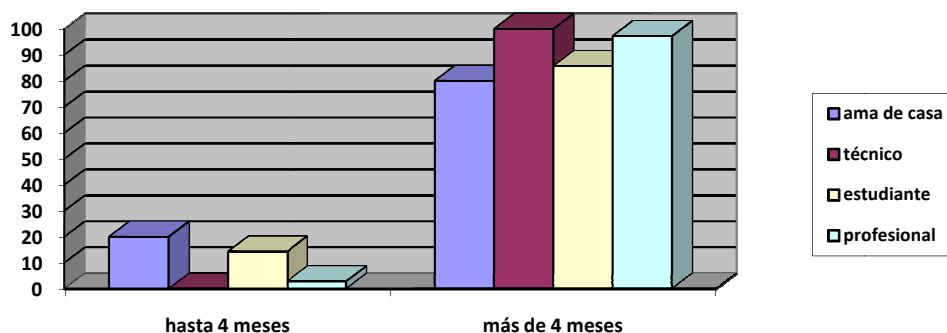


Figura 24. Relación entre la ocupación materna con la duración de la LM hasta 4 meses y más de 4 meses.

Dentro del grupo de las amas de casa un 80% lactaría más de cuatro meses. En el conjunto de las técnicas el 100% daría LM por encima de los cuatro meses. Las estudiantes mantuvieron la LM pasados los cuatro meses en un 85.7%. Por último el grupo de las profesionales, las cuales mantuvieron la LM más de cuatro meses en un 97.2%. (ver tabla 12 en anexo3)

Tabla 7: Comparación de la ocupación con la duración de la lactancia materna.

	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)	Sig. Exacta (bilateral)	Sig. Exacta (unilateral)
Chi-cuadrado Pearson	de 5,237 ^a	1	,022		
Corrección continuidad ^b	por 3,570	1	,059		
Razón verosimilitudes	de 5,583	1	,018		
Estadístico exacto Fisher	de			0,041	,028
Asociación lineal lineal	por 5,168	1	,023		
N de casos válidos	76				

Al pretender la comparación de dos variables cualitativas como son la ocupación

materna y la duración de la LM realizamos una prueba de la Chi-cuadrado, obteniendo una $p=0.041$, lo que nos permite confirmar que existe una relación entre las variables.

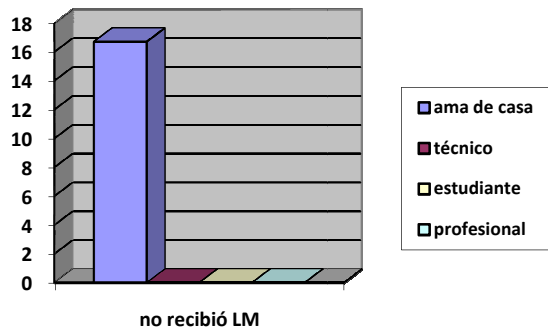


Figura 25. Relación ocupación-no toma de L.M.

Observamos que el 16,7% de las amas de casa no dieron L.M. a sus hijos mientras que el 100% de las técnicas, estudiantes y profesionales dieron L.M a sus hijos.

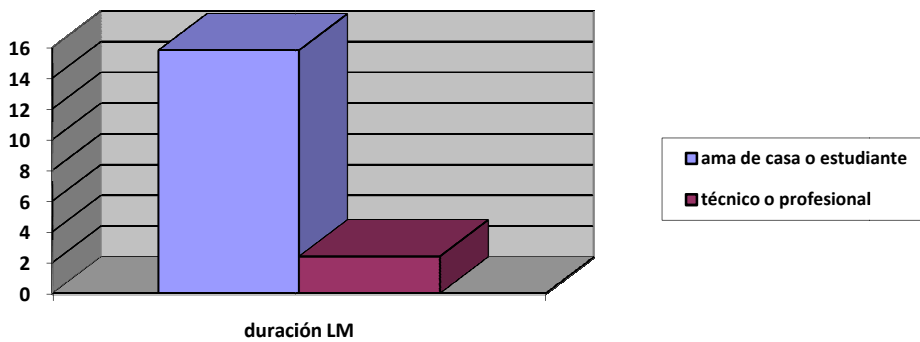


Figura 26. Relación ocupación-duración con lactancia hasta 4 meses.

Habiendo realizado la asociación ocupación-duración de la lactancia materna obtuvimos que el 15,8% de las amas de casa o estudiantes dieron L.M hasta cuatro meses a sus hijos frente al 2,4% de las técnicas o profesionales.

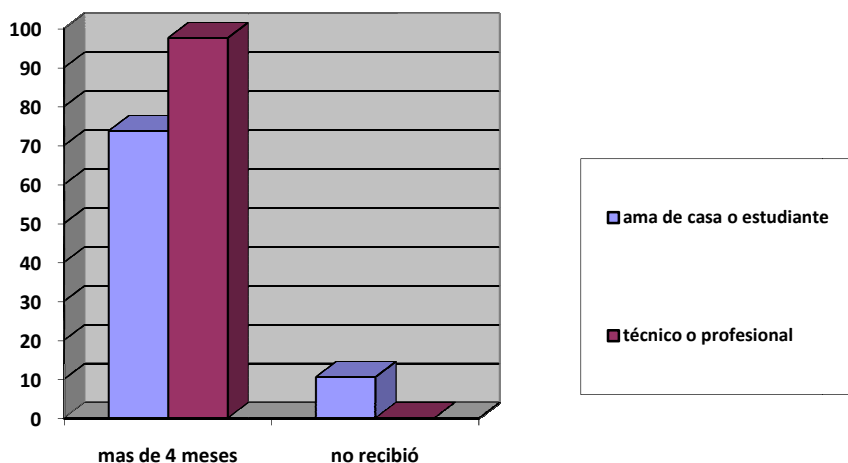


Figura 27. Relación ocupación-duración de la lactancia más de 4 meses y no toma de lactancia.

Pudimos observar que el 73,7% de las amas de casa o estudiantes dieron más de cuatro meses de L.M a sus hijos frente al 97,6% de las técnico o profesionales que lo realizaron también.

Relación entre el nivel de escolaridad con la administración de LM , LA y Lactancia Mixta.

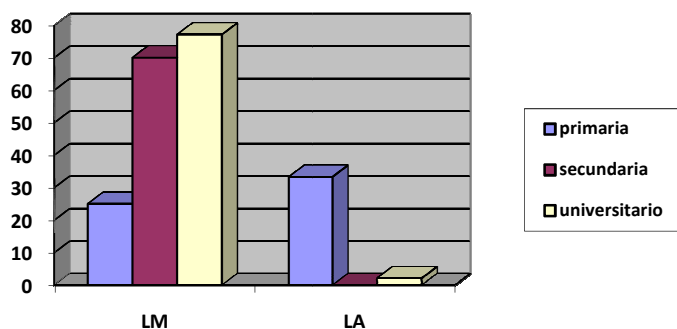


Figura 28. Relación entre el nivel de escolaridad con la administración de LM y LA.

Pudimos observar que el 25% de las madres con estudios de primaria dieron LM a sus hijos mientras que el 33,3% de las mismas dieron LA. El 70% de las madres con estudios de secundaria dieron LM a sus hijos dando las restantes lactancia mixta pero no LA. El 77,1% de las madres con estudios universitarios dieron LM a sus hijos mientras que el 2,1% de las mismas dieron LA (ver tabla 13 en anexo 3).

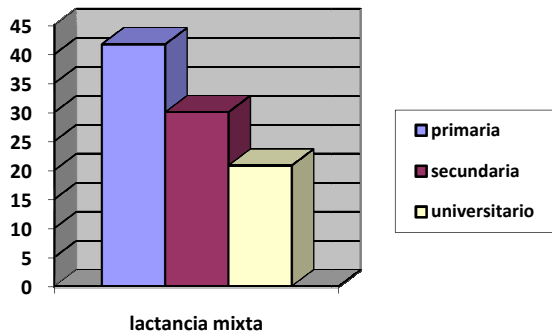


Figura 29. Relación entre el nivel de escolaridad con la administración de L.M. más otro tipo de leche.

A esto se suma que el 41,7% de las mujeres con estudios de primaria dieron lactancia mixta mientras que el 30% de las de estudios de secundaria y el 20,8% de las mujeres con estudios universitarios realizaron lo mismo. (ver tabla 14 en anexo 4)

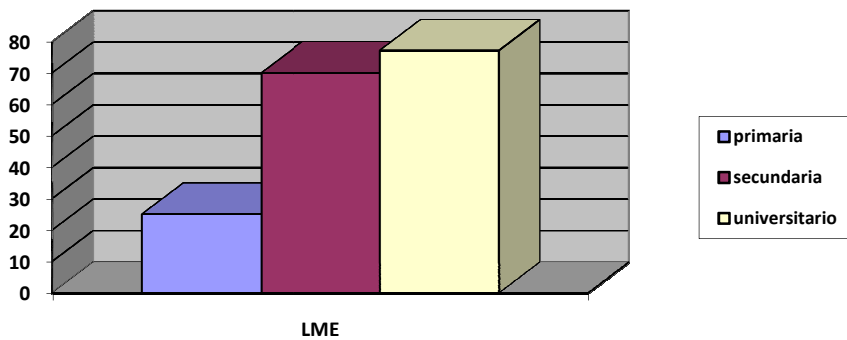


Figura 30. Relación entre el nivel de escolaridad con la administración de LME.

Así pues, relacionando el nivel de estudios con la LME podemos decir que ésta se presentó en un 25% de las madres con estudios de primaria, un 70% de las de estudios secundarios y un 77,1% de las que habían cursado estudios universitarios (ver tabla 15 en anexo 5).

Tabla 8: Comparación del nivel de escolaridad con la administración de LME.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,947 ^a	2	0,003
Razón de verosimilitudes	11,289	2	,004
Asociación lineal por lineal	9,670	1	,002
N de casos válidos	80		

Como en el ítem anterior comparamos dos variables cualitativas: LME y nivel de estudios materno, para lo cual usamos la prueba de la chi-cuadrado, obteniendo una $P=0.003$, por lo que pudimos afirmar que sí existe una asociación entre las variables.

DISCUSIÓN

Al comparar los conocimientos sobre lactancia que tienen el grupo que acude a charlas de apoyo frente al que no, vemos que existe una estrecha vinculación entre la escolaridad y el conocimiento de las ventajas de la L.M , hecho que ya ha sido puesto de manifiesto en otros trabajos como el de Saunero,R¹⁴, Gutiérrez ,E³²y González,A³⁷. En nuestro estudio, se observa que mientras el 67,5 % responden de forma correcta en la muestra aleatoria a las preguntas sobre conocimiento de lactancia materna, el 92,5 % lo realizan correctamente en las madres que pertenecen y van a grupos de apoyo. A diferencia de lo presentado por el trabajo realizado en el Policlínico Bruno Sayas de La Habana³⁸, donde dividiendo el conocimiento sobre la lactancia en bien, regular y mal, según el número de respuestas correctas en el test pasado, sólo el 29% contestó adecuadamente el test.

Al valorar la relación entre el nivel de estudios y la lactancia materna, nos encontramos con que sólo un 5% de las madres con estudios primarios no iniciaron la lactancia, lo que difiere de lo expuesto por L. Santana en La Habana³⁸ donde las mujeres con nivel primario o secundario en los estudios abandonaban la lactancia, en su mayoría, a los 4 meses o antes, en igual proporción que las mujeres con nivel universitario. En otros estudios como el de Duran, R⁵³, realizado también en La Habana, no se encontró relación entre el nivel educacional y el tiempo de mantención de la lactancia. Por otra parte, Guzmán, en Sao Pablo (Brasil)⁵⁵, encontró un muy bajo nivel educacional, siendo algunas incluso analfabetas, guardando este hecho relación con la duración de la lactancia pero en sentido inverso a lo manifiesto hasta ahora, pues por la precaria situación económica que presentaban aumentaban su tiempo de lactancia algunas inclusive hasta después del año de edad.

Cuando, lo que intentamos es relacionar el nivel educativo con el tipo de lactancia que se usó, destacamos que el 25% de las madres con estudios de primaria dieran LM frente a un 33,3% de las mismas que dieron LA. El 70% de las madres con estudios de secundaria dieron LME. El 77,1% de las madres con estudios universitarios dieron LM a sus hijos mientras que el 2,1% de las mismas dieron LA. También se observa que el 41,7% de las mujeres con estudios de primaria dan LM más otro tipo de leche a sus hijos (Lactancia Mixta) mientras que el 30% de las mujeres con estudios de secundaria y el 20,8% de las mujeres con estudios universitarios realizan lo mismo. Así

pues, al relacionar el nivel de escolaridad con la LME obtenemos que dan el 25% de las madres con estudios de primaria, el 70% de las madres con estudios de secundaria y el 77,1% de las madres con estudios universitarios. De igual modo a lo valorado por otros autores como Gutiérrez³² “*Existe una estrecha vinculación entre la escolaridad y el conocimiento de las ventajas de la lactancia materna... Podemos concluir que existe estrecha relación entre la escolaridad de la madre y su conocimiento sobre la lactancia materna*” en donde fundamenta que el nivel escolar se relaciona con un mejor conocimiento sobre las ventajas de la LME y por lo tanto un mayor porcentaje de esta misma. En nuestro estudio, las mujeres con nivel universitario suponen el colectivo con mayor prevalencia de LME al igual que los estudios realizados por Vandale⁶² y Bautista⁶³ en donde se afirma que existe una relación directamente proporcional entre el nivel de estudios cursados y la frecuencia de la LME.

Cuando nos enfocamos en la prevalencia de la lactancia materna en nuestra muestra, y más concretamente en la Lactancia Materna Exclusiva, comprobamos que tenemos unos altos valores en nuestro estudio, siendo la LME en nuestro grupo GMA del 52.5% y del 82.5% en el grupo GDA. Lo que nos da cifras superiores a las de otros estudios, como el realizado por la OMS en 2003²⁶, en el que se estudió las cifras de LME durante los primeros cuatro meses de vida obteniéndose una prevalencia sólo del 35%²⁶. Otros estudios sobre lactancia materna como el de Owen y Col²⁹ y el del Comité de la lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría en 2004²⁸, nos aportan cifras muy inferiores a las nuestras, con un mantenimiento de la LME hasta los 6 meses de un 14%. En la misma línea, las cifras barajadas para España, según datos del INE obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud del 2006²⁷ presentan una lactancia natural hasta los tres meses del 52.48% y del 24.72% hasta los seis meses, lo que siguen siendo cifras peores que las de nuestro estudio.

Ya en Andalucía el estudio de prevalencia de la lactancia materna realizado en el año 2004⁵⁶, señala que sólo el 4,8% de los niños recibe LME a los seis meses de edad. Según las cifras del INE para los datos del 2006²⁷, la LME supondría un 46.88% en el grupo de menores de tres meses y un 20.20% para los seis meses, porcentajes por debajo de los que hemos aportado.

Atendiendo a la duración de la lactancia podemos decir que, a nivel global, un 86.3% dieron más de cuatro meses, frente a un 8.8% que dieron menos y un 5% que no llegaron a dar LM. Si lo comparamos con otros estudios como el realizado por Martín,

J⁵ observamos que más del 50% de los niños mantuvieron la LM al menos durante tres meses y el 30% iniciaron la LA en el momento del nacimiento, valores peores que los presentadas en nuestro trabajo.

Cuando relacionamos la duración de la lactancia con la ocupación podemos ver que el 20% de las madres que son amas de casa han mantenido la LM hasta los cuatro meses, frente a un 80% más de cuatro meses. Si por el contrario metemos dentro de este mismo grupo a las estudiantes destaca que el 15.8% de este colectivo mantuvo la LM hasta los cuatro meses, frente a un 2.4% del colectivo que engloba a profesionales y técnicos. Al comparar con los resultados obtenidos en otros estudios³⁸ observamos que el 57.6% de las amas de casa mantiene la LM más de 4 meses, seguidas por un 52.6% de las profesionales, mientras que las estudiantes sólo la mantienen en un 25.0%, lo que dicho estudio justifica por el aumento del tiempo libre en el caso de las amas de casa y menor en el caso de las madres estudiantes que se deben incorporar rápidamente a los estudios. Nosotros obtuvimos resultados distintos a los anteriormente planteados pues en nuestro estudio la muestra más alta de mujeres que dan lactancia de más de cuatro meses son las técnicas, seguidas de las profesionales, continuando con las estudiantes y por último las amas de casa. En la literatura revisada podemos ver el trabajo de Duran Menéndez⁴³, cuya muestra estaba constituida sólo por amas de casa, que evidencia que no existieron diferencias en el tiempo de lactar. Mientras que Díaz y Cabrera⁵⁴ en Colombia, al estar su muestra constituida solo por mujeres trabajadoras, encuentra una cifra mayor de obreras y técnicas con mayor tiempo de lactancia que las profesionales como nos ocurre a nosotros en nuestro trabajo.

Si por el contrario, lo que nos interesa son los conocimientos sobre la duración de la LM observamos que el 37,5% del GMA respondió de forma incorrecta mientras que el 62,5% lo realizó de forma correcta. El 17,5% del GDA respondió de forma incorrecta mientras que el 82,5% lo realizó de forma correcta, resultados estos últimos similares con el estudio realizado por Puig, N³⁶ que sitúa en un 72% los resultados correctos.

En lo referente a la evaluación de conocimientos de iniciación de la lactancia materna, en nuestro estudio se observa que el 67,5 % del GMA responden de forma correcta frente al 92,5 % de las madres del GDA. En el mismo sentido, en el estudio realizado por Bolado³ el 86% de las gestantes que reciben preparación de la matrona contestan significativamente mejor, con mayor número de aciertos.

CONCLUSIONES.

Las conclusiones obtenidas en este estudio han sido las siguientes:

- Existe una amplia diferencia en cuanto a conocimientos de lactancia materna, siendo el GDA el que presenta mayor nivel.
- Hay una mayor prevalencia de L.M.E en las madres que van al GDA.
- Obtuvimos que un gran porcentaje de la muestra dio más de cuatro meses L.M.
- Vimos que existe una asociación importante entre nivel de estudios y duración de la lactancia ya que a mayores conocimientos mayor duración de la lactancia.
- Respecto a la relación entre la ocupación de la madre con la duración de la lactancia materna, nos encontramos con resultados parecidos para todas las ocupaciones, no hay diferencias significativas, siendo las técnicas las que tuvieron el porcentaje de lactancia más alto con la totalidad de sus representantes.
- En relación a los conocimientos de iniciación de la lactancia materna observamos que el GDA posee mayores conocimientos que el GMA.
- Evaluando los conocimientos que poseen las madres acerca de la duración de la lactancia concluimos que la GDA posee mayores conocimientos que el GMA.
- Evaluando el nivel de escolaridad con el tipo de lactancia elegido por las madres observamos que madres técnicas y universitarias dieron más L.M y las madres con estudios de primaria dieron más L.A. En cuanto a la lactancia mixta obtuvimos que el mayor porcentaje lo dan las madres con estudios de primaria.

Nuevas líneas de investigación.

El estudio llevado a cabo ha sido descriptivo, a partir de los datos obtenidos han surgido cuestiones interesantes que plantean nuevos proyectos, quedando reflejada la importancia de la formación en este sentido, viéndose la opción de que en un futuro se pueda realizar de manera cuantitativa y correlacional comparando las diferencias entre ambos grupos.

Se podría abrir una línea de investigación para profesionales de la salud y estudiantes, ya que como vemos reflejado en el estudio la formación es imprescindible para la adquisición de conocimientos en relación a la Lactancia.

BIBLIOGRAFIA

1. Martín S. Lactancia Artificial. La punta del iceberg. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 1998; 22. Disponible en:

http://www.index-f.com/index-enfermeria/22revista/22_articulo_8-9.php

[Fecha de acceso: 14 de Enero de 2011]

2. Puertas Prieto, A. “lactancia materna” dentro del proceso Embarazo parto y puerperio (hospital universitario “virgen de las Nieves” y distrito granada metropolitano, nordeste y Jaén sur). Guía práctica para profesionales sobre lactancia materna .Granada 2005.

3. Bolado, A; Crespo, S; Hernaiz, M; Hoz A, Lasarte, L; Llano, C; Moragon, M. Estudio y análisis de los conocimientos sobre lactancia materna en el puerperio inmediato. Revista Nuberos.2010.14(56);18-23.

4. Patricio, JM. Lactancia Materna, Lactancia natural. Factores de pérdida de una cultura. Comité de lactancia de la Asociación Española de Pediatría .Guía rápida para profesionales (monografía en internet). Asociación Española de Pediatría; 2008.Disponible en:

http://www.nutrinfo.com.ar/archivos/ebooks/lactancia_materna.pdf.

[Fecha de acceso: 17 de Enero de 2011]

5. Martín Calama, J; Lozano, MJ; Lasarte, JJ; Valero MT. La industria dietética y la promoción de la lactancia materna. Actual Nutric 1995; 21.

6. Declaración conjunta OMS y UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: OMS; 1989.

7. OMS. Declaración de Alma-Ata: La salud para todos en el año 2000. Kazajistán: OMS; 1978.

8. World Health Organization. International code of marketing of breast milk substitutes. Geneva: WHO; 1981.

9. OMS. Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. Ginebra: OMS; 1998.

10. OMS/UNICEF. Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia materna. Florencia: OMS/UNICEF; 1990.

11. OMS. Oficina Regional para Europa. Unidad Nutricional. Módulos de preparación IHAN. Hospitales Amigos de los Niños. Curso de 18 horas para el personal de la maternidad. Génova: WHO; 1992.

12. Tembory Molina, Mc. Papel de pediatría en la promoción de la lactancia materna. *Revista de pediatría de Atención Primaria* 2001;3 (11):361-367.
13. UNICEF. Ventajas de la lactancia materna. Disponible en:
<http://www.unicef.org.co/lactancia/ventajas.htm>
[Fecha de acceso: 20 de Enero de 2011]
14. Saunero Nava, R. Lactancia materna y el personal de salud. *Rev. Soc. Bol. de Ped-* 1991; 30(suplemento):76-81.
15. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington DC, EE.UU. 1. Nutrición infantil. 2. Lactancia materna. 3. Alimentación con biberón. 4. Conducta alimentaria. 5. Indicadores. I. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente. ISBN 978 92 4 359666 2 (Clasificación NLM: WS 120)
16. Ruel, MT; Brown, KH; y Caulfield LE. Moving forward with complementary feeding: indicators and research priorities. [Avanzando con la alimentación complementaria: indicadores y prioridades de investigación.] *Food and Nutrition Bulletin* 24, 2003, 3:289–90 e IFPRI/FCND. Discussion Paper [Documento de discusión IFPRI/FCND], Abril 2003.
17. OMS/UNICEF. *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
18. Grupo de Trabajo sobre los Indicadores de Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. *Developing and validating simple indicators of dietary quality and energy intake of infants and young children in developing countries: Summary of findings from analysis of 10 data sets. [Desarrollo y validación de indicadores simples de calidad dietética e ingesta energética de lactantes y niños pequeños en países en desarrollo: Resumen de resultados de los análisis de 10 grupos de datos.]* Informe presentado a: Proyecto de Asistencia Técnica de Alimentos y Nutrición (FANTA, por sus siglas en inglés)/Academia para el Desarrollo Educativo (AED, por sus siglas en inglés), Agosto de 2006.
19. Grupo de Trabajo sobre los Indicadores de Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. *Developing and validating simple indicators of dietary quality of infants and young children in developing countries: Additional analysis of 10 data sets.* (Desarrollo y validación de indicadores simples de calidad dietética de lactantes y niños pequeños

en países en desarrollo) Informe presentado a: Proyecto de Asistencia Técnica de Alimentos y Nutrición (FANTA)/Academia para el Desarrollo Educativo (AED), Julio de 2007.

20. León-Cava, N; Lutter, C; Ross, J; Martín L. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. Washington: Organización Panamericana de la salud; 2002.

21. Asociación Española de Pediatría. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: Guía para profesionales. 2004. Madrid, A.E.P. /Ed. Ergon.

22 .Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2008.

23. AEPAP-Asociación española de pediatría de atención primaria. Promoción de la lactancia materna. Disponible en:

<http://aepap.org/previnfad/Lactancia.htm>

[Fecha acceso: 19 de Enero 2011]

24. Libro de ponencias. Modelos de calidad y actividades gerenciales orientadas a la adecuación de los servicios sanitarios a la Lactancia materna. Manuel Alcaraz. Gerente del Hospital Universitario “Virgen de la Arrixaca” Español de Lactancia Materna. Murcia, 2009

25. Material de promoción de la lactancia materna. Encuesta de lactancia materna 2005. Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud. Disponible en:

<http://www.grupslactancia.org/es/federacion-catalunya/datos-de-2005>

[Fecha acceso: 28 de Enero de 2011]

26. World health organization. Global Strategy for infant and young child feeding. Geneve, Switzerland: Word health Organization;2003

27. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estadística del 2006 de la Encuesta Nacional de salud. Disponible en :

<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/encuestaNacionalSalud2006.pdf> .

[Fecha acceso: 15 de diciembre de 2011]

28. Asociación Española de Pediatría. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: Guía para profesionales. 2004. Madrid, A.E.P. /Ed. Ergon.

29. Kramer, MS. Do breast-feeding and delayed introduction of solid foods protect against subsequent obesity J Pediatr. 1981; 98:883-7.
30. Fidalgo Álvarez, I; López Pacios, D; Jiménez Rodríguez, M; Blanco Fanco, MP; López Pérez, R. Factores relacionados con la lactancia materna. Revista pediátrica de Atención primaria.2002;IV(16);27-39
31. Martin J. Lactancia materna en España hoy.bol.pediatría.1997;37:132-142.
32. Gutiérrez Gutiérrez, E; Barbosa Rodríguez, B; González Lima, R y Martínez Figueroa, O. Nivel de conocimientos sobre la lactancia materna. Rev Cubana Enfermer 2001;17(1)42-6.
33. Salazar Losada, M; Monje Álvarez, C. Factores que influyen en el abandono prematuro de la lactancia natural en Neiva Base de datos: ENFBIB Identificación del registro: 951200023 N° Clasificación: 1.002834.
34. Minsalud-UNICEF.plan decenal para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna 1998-2008.Ministerio de salud y UNICEF. Bogotá 1998.
35. Nunes Joyce ,M; Oliveira, E; Vieira, Neiva F .Nociones de puérperas adolescentes sobre el proceso de amamantar.Rev RENE. 2009 abr-jun. 10(2):86-94.
36. Puig Comas, N.; Gazo Ortiz de Urbina, A.; Gómez Dávila, P.; Higuera Ruiz, E.; López Sanvicente, A.I.; Salazar González, S.“Conocimientos, valores y creencias sobre lactancia materna.”*Enfermería Científica Altoaragonesa*; 2010. 5:9-16.
37. Andrés González, I; Huespe Auchter, M; Auchter, M. Lactancia Materna exclusiva Factores de éxito y/o fracaso. Institución: Facultad de Medicina. Carreras de Medicina y Licenciatura en Enfermería. Cátedras Pediatría II y Enfermería Maternoinfantil. Moreno 1240. 3400 Corrientes. Argentina
38. Acosta Maceo, M; Lin Santana, Y; Torres Zamora, M.” Conocimiento sobre lactancia materna en el área rural de Arroyo de Mantua” .Ciudad de la Habana 2006.
39. Hernández MT y Aguayo J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del comité de lactancia de laAEP. An Pediatr (Barc) 2005; 63(4):340-56.
40. Stuartmacadam, P, Dettwyler,K. Breastfeeding: biocultural Perspectives, Hawthorne, Nueva York: Aldine de Gruyter,1995;129
41. OMS. Código internacional de comercialización de sucedáneos de leche maternal. WHO, Genova 1981. Disponible en:

www.ibfan.org/spanish/resource/who/fullcode-es.html

[Fecha acceso: 12 diciembre de 2010]

42. Comisión Europea. Proyecto de la unión europea sobre la promoción de la L.M en Europa. Protección, promoción y apoyo a la lactancia en Europa. Plan estratégico para la acción. Disponible en:

http://europa.eu.int/health/ph_projects/2002/promotion/promotionc_2002_18_en.htm

[Fecha acceso: 11 de diciembre de 2010]

43. De Onís, M; Garza,C; Onyango, A.W; Martorell,R.G. Who child Growth Standards. Acta pediatrica int j pediatric 2006; 95(450):1-104.

44. Hernández MT y Aguayo J. Actualización de conocimientos para la promoción y manejo de la lactancia materna. Disponible en:

<http://www.fapap.es/file/anexos/5f3dbd17f17da06489a60be76829ff6c.pdf>

[Fecha acceso: 12 de diciembre de 2010]

45 Hernández Aguilar, M; Lasarte Velillas, J; Lozano La Torre, M. La promoción de la lactancia materna. ¿Cuál es el papel del pediatra? Disponible en:

http://ww2.ttmed.com/sinsecc.cfm?http://ww2.ttmed.com/mexico_sida/texto_art_long.cfm?ID_dis=212&ID_Cou=20&ID_Art=1615&ComeCover=Y&ID_dis=212&ID_cou=20

[Fecha acceso: 10 de Enero de 2011]

46. Kramer MS; Kakuma R. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva. En: La Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software; 2001. Y Britton C,McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Apoyo para la lactancia materna. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca CochranePlus*, 2008, Número 2.

47. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, editor. Oxford: Update Software, 2002.

48. OMS (Organización Mundial de la Salud)/UNICEF (2009a). Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington; 2009: OMS Pag. 4.

49. Rodríguez Martínez G,et al. Programas de intervención para promocionar la lactancia materna. proyecto PALMA. Acta de pediatr Esp.2008;66(11):564-568

50. Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. Comité de la lactancia materna de la AEP. An Esp. Pediatr. 1999; 50:333-340

51. Osorno, Jairo; Hacia una feliz Lactancia Materna.
52. Consejería en Lactancia Materna: Curso de capacitación manual del participante.
53. Durán Menéndez, R; Villegas Cruz, D; Sobrado Rosales, Z; Almanza Mas, M. Factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna. *Rev Cubana Pediatr* 1999; 71(2):72-9.
54. Díaz, C; Cabrera, G; Mateus, JC. Representaciones de lactancia en un grupo de mujeres de Cali. *Colombia Medica* 2002; 134(3)
55. Gusman CR. Os significados da amamentação na perspectiva das mães. Universidade de São Paulo 2005 .Disponible en:
<http://www.scielo.org/>
[Fecha acceso: 14 de Enero de 2011]
56. Pallás Alonso, CR; Baeza Pérez-Fontán, C. El médico de familia y la formación en lactancia materna. *Atención Primaria* 2006; 38(2):67-68 Disponible en:
<http://www.fisterra.com>
[Fecha acceso: 14 de Enero de 2011]
57. Richard Martínez, M; Cabrero García, J; Vizcaya Moreno, M F. El uso de los modelos de enfermería en la investigación enfermera española: 1992-1996. *Cul Cuid.* 1999 ene-jun; Año III(5):75-82.
58. Fernández Ferrin, C., Luís Rodrigo, M.T. (1998). La ciencia y la práctica (II).La enseñanza de los diagnósticos enfermeros. *Metas*, 3, 10-14.
59. Henderson, VA. (1971). *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras.
60. Valls. Virginia Henderson entre nosotros. *Rev. Rol.*1988. 117, 19-23.
61. Fernández Ferrin, C., Figuerido Poulain, J.L. (1996). Valores humanistas de la obra de Virginia Henderson. *Enfermería clínica*, 6 (5), 207-211.
62. Vandale-Toney, S; Rivera-Pasquel, ME; Kageyama-Escobar, ML; Tirado-Gómez, LL; López-Cervantes M. Lactancia materna, destete, ablactación: una encuesta en comunidades rurales de México. *Salud Pública Mex* 1997; 39(5): 412-419.
63. Bautista L. Factores asociados al inicio de la lactancia materna en mujeres dominicanas. *Rev Panam Salud Pública* 1997; 1(3):200-206.

ANEXOS

Anexo 1

ENCUESTA

Escriba y marque con una X entre las distintas opciones lo que Ud. considere correcto.

1. Edad ____ años.

2. Nivel de escolaridad.

____ Primaria.

____ Secundaria.

____ Universitario.

3. Ocupación.

____ Ama de casa. ____ técnico ____ Estudiante ____ Profesional

4. Estado civil.

____ Soltera. ____ Casada. ____ Divorciada. ____ Acompañada

5. Qué tipo de leche le da a su niño en estos momentos.

____ Leche materna ____ Otro tipo de leche

____ Leche materna más otro tipo de leche

6. Tiempo de duración de la lactancia materna.

____ Hasta cuatro meses. ____ Más de cuatro meses.

____ No recibió.

7. Responda marcando con una X lo que Ud. Considere correcto sobre la lactancia materna.

La lactancia materna debe comenzar.

Inmediatamente al nacer ____

A las 24 horas del nacimiento ____

A las 48 horas del nacimiento ____

A las 72 horas del nacimiento ____

8. El niño debe ponerse al pecho materno.

Solo cuando la madre tiene leche o calostro ____

Cuando lllore ____

Cada 3 horas ____

Siempre que el niño quiera ____

9. El niño debe tomar leche materna porque.

Lo nutre mejor que otro alimento ____

Por ser la leche que más le gusta al bebé ____

Por ser la leche que no da diarrea ____

Lo nutre mejor que los otros alimentos y los inmuniza contra enfermedades ____

10. La lactancia materna debe darse:

Hasta los 3 meses. ____

Hasta los 4 meses ____

Entre los 4 y 6 meses ____

Hasta los 6 meses ____

más de 6 meses ____

Anexo 2.

Lactancia Materna Ineficaz: *La madre o el lactante experimentan insatisfacción o dificultad con el proceso de amamantamiento.*

Factores relacionados:

- Anomalías del lactante.
- Anomalías de la mama.
- Cirugía mamaria previa.
- Toma de alimentación complementaria con tetina.
- Reflejo de succión débil del lactante.
- Falta de soporte de la familia o de la pareja.
- Déficit de conocimientos.
- Interrupción de la lactancia materna.
- Ansiedad o ambivalencia maternal.
- Prematuridad.
- Anomalías del lactante.
- Historia previa de lactancia materna ineficaz.

Características:

- Insatisfacción con el proceso de amamantamiento.
- Falta de continuidad en la succión del pecho.
- Resistencia a "coger" el pecho.
- Falta de respuesta a las medidas de confort.
- Signos de aporte inadecuado al lactante.
- Persistencia de úlceras en el pezón después de la primera semana de lactancia.
- El lactante se muestra incapaz de cogerse correctamente al pecho materno.
- Arqueamiento y llanto del lactante al ponerlo a mamar.
- Agitación y llanto del lactante en la hora siguiente a la tetada.
- Inadecuación real o subjetiva de la secreción lactea.
- Falta de signos de liberación de oxitocina.
- Vaciado insuficiente de las mamas en cada toma.
- Insuficiente oportunidad de succionar los pechos.

Lactancia materna, interrupción: *Interrupción del proceso de lactancia materna debido a la incapacidad del niño para mamar o la inconveniencia de que lo haga.*

Factores relacionados:

- Contraindicaciones para la lactancia materna.
- Necesidad de destetar bruscamente al niño.
- Enfermedad de la madre o del niño.
- Prematuridad.
- Empleo de la madre.

Características

- El niño no mama en una o más tomas.
- Separación madre/hijo.
- Falta de conocimiento sobre la obtención y almacenaje de la leche materna.

Lactancia Materna Eficaz: *La familia o la diada madre-lactante, demuestra una habilidad adecuada y satisfacción con el proceso de la lactancia materna.*

Factores relacionados:

- - Conocimientos básicos sobre la lactancia materna.
- - Estructura normal de la mama.
- - Estructura bucal normal del niño.
- - Edad gestacional del lactante mayor de 34 semanas.
- - Fuentes de soporte.
- - Confianza de la madre en sí misma.

Características:

• - La madre es capaz de poner al niño al pecho para promover con éxito una respuesta de succión.

- - El niño parece satisfecho tras las tetadas.
- - Succión de la mama y deglución sostenidas y eficaces.
- - Patrón ponderal del lactante adecuado para su edad.
- - Patrones de comunicación madre/hijo adecuados.
- - Signos o síntomas de liberación de oxitocina.
- - Patrones de eliminación del niño adecuados para su edad.
- - Avidez del lactante por mamar.
- - Verbalización materna de satisfacción con el proceso de amamantamiento.

Anexo 3

Tablas

Tabla 9. Datos estadísticos en ambas muestras.

grupo			Estadístico	Error típ.	
edad	Muestra aleatoria	Media	29,25	,783	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	27,67	
			Límite superior	30,83	
		Media recortada al 5%	29,14		
		Mediana	28,50		
		Varianza	24,551		
		Desv. típ.	4,955		
		Mínimo	21		
		Máximo	40		
		Rango	19		
		Amplitud intercuartil	8		
		Asimetría	,329	,374	
		Curtosis	-,696	,733	
		Grupo de apoyo		Media	31,33
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior			30,25	
	Límite superior			32,40	
Media recortada al 5%	31,19				
Mediana	31,00				
Varianza	11,353				
Desv. típ.	3,369				
Mínimo	25				
Máximo	40				
Rango	15				
Amplitud intercuartil	4				
Asimetría	,487			,374	
Curtosis	,380			,733	

Tabla 10. Comparación entre escolaridad y duración lactancia hasta 4 meses y más de 4 meses.

		Duración Leche	
		Hasta cuatro meses	Más de cuatro meses
Nivel Escolaridad Primaria	Recuento	4	4
	% dentro Nivel Escolaridad	de 33,3%	33,3%
Secundaria	Recuento	1	19
	% dentro Nivel Escolaridad	de 5,0%	95,0%
Universitario	Recuento	2	46
	% dentro Nivel Escolaridad	de 4,2%	95,8%
Total	Recuento	7	69
	% dentro Nivel Escolaridad	de 8,8%	86,3%

Tabla 11. Comparación del nivel de escolaridad con la no duración de la LM.

		Duración Leche	Total
		No recibió	
Nivel Escolaridad Primaria	Recuento	4	12
	% dentro Nivel Escolaridad	de 33,3%	100,0%
Secundaria	Recuento	0	20
	% dentro Nivel Escolaridad	de 0,0%	100,0%
Universitario	Recuento	0	48
	% dentro Nivel Escolaridad	de 0,0%	100,0%
Total	Recuento	4	80
	% dentro Nivel Escolaridad	de 5,0%	100,0%

Tabla 12. Comparación del nivel de escolaridad con la duración de la LM

		Duración Leche		Total
		Hasta cuatro meses	Más de cuatro meses	
Ocupación Ama de casa	Recuento	4	16	20
	% dentro de Ocupación	20,0%	80,0%	100,0%
Técnico	Recuento	0	6	6
	% dentro de Ocupación	0,0%	100,0%	100,0%
Estudiante	Recuento	2	12	14
	% dentro de Ocupación	14,3%	85,7%	100,0%
Profesional	Recuento	1	35	36
	% dentro de Ocupación	2,8%	97,2%	100,0%
Total	Recuento	7	69	76
	% dentro de Ocupación	9,2%	90,8%	100,0%

Tabla 13. Relación entre el nivel de escolaridad con la administración de LM y LA

			Tipo Leche	
			Leche materna	Otro tipo de leche
Nivel Escolaridad Primaria	Recuento		3	4
	% dentro de Nivel Escolaridad		25,0%	33,3%
Secundaria	Recuento		14	0
	% dentro de Nivel Escolaridad		70,0%	0,0%
Universitario	Recuento		37	1
	% dentro de Nivel Escolaridad		77,1%	2,1%
Total	Recuento		54	5
	% dentro de Nivel Escolaridad		67,5%	6,3%

Tabla 14. Relación entre el nivel de escolaridad con la administración de lactancia mixta.

			Tipo Leche	
			Leche materna más otro tipo de leche	Total
Nivel Escolaridad	Primaria	Recuento % dentro de Nivel Escolaridad	5 41,7%	12 100,0%
	Secundaria	Recuento % dentro de Nivel Escolaridad	6 30,0%	20 100,0%
	Universitario	Recuento % dentro de Nivel Escolaridad	10 20,8%	48 100,0%
Total		Recuento % dentro de Nivel Escolaridad	21 26,3%	80 100,0%

Tabla 15. Relación entre el nivel de escolaridad con la administración de LME.

			Leche Materna Exclusiva		Total
			No	Sí	
Nivel Escolaridad	Primaria	Recuento % dentro de Nivel Escolaridad	9 75,0%	3 25,0%	12 100,0%
	Secundaria	Recuento % dentro de Nivel Escolaridad	6 30,0%	14 70,0%	20 100,0%
	Universitario	Recuento % dentro de Nivel Escolaridad	11 22,9%	37 77,1%	48 100,0%
Total		Recuento % dentro de Nivel Escolaridad	26 32,5%	54 67,5%	80 100,0%

