



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Impacto de las redes de apoyo a la
lactancia materna en la Región de Murcia

Dña. Isabel Baño Piñero
2016

UNIVERSIDAD DE
MURCIA



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS DOCTORAL

**Impacto de las Redes de Apoyo a la
Lactancia Materna en la Región de
Murcia**

Isabel Baño Piñero

Dirigida por:

Dra. María Emilia Martínez Roche

Dr. Manuel Canteras Jordana

Dr. Esteban Orenes Piñero

Murcia, 2016

A mis padres. Isabel y Paco, por estar siempre ahí y ser
un ejemplo de constancia, esfuerzo y
superación.

A mi marido. Jose, por animarme y apoyarme desde el
primer día.

A mis hijas. Alba, Celia y Emma, que me han dado las
fuerzas para cumplir mis sueños.

“Siempre sueña y apunta más alto de lo que sabes que puedes lograr”

(William Faulkner)

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría darle las gracias a mi familia por creer en mí y animarme siempre a seguir luchando por aquello en lo que creo. Ellos son la base de mi vida y el motor que me mueve cada día.

Mis padres, trabajadores incansables, han sido siempre mis leales seguidores; incluso cuando ni yo misma creía en mis proyectos, ahí estaban ellos para darme su apoyo y su cariño. Mi hermano Francisco y Toñi, han sido un ejemplo de constancia y superación. Mis suegros, un modelo de generosidad y bondad, siempre confiando en mis capacidades. Mis tíos y primos, los Soprano y los Carabante, más hermanos que primos, unidos y felices de compartir cada alegría y sinsabor del camino. Mi marido, el mejor compañero que se puede tener, testigo de mi vida y hombro para apoyarme en momentos de flaqueza. Y por último mis hijas, quienes me dieron la oportunidad de descubrir el maravilloso, pero no siempre fácil, mundo de la lactancia, el cual me motivó para iniciar esta investigación.

También agradecer a esos amigos que son casi familia y que de algún modo han contribuido a que realizara este trabajo. Gracias a María del Mar por ser la primera en animarme a realizar la tesis, gracias a las “Pepas” y gracias a aquellas que incluso me ayudaron desinteresadamente con el largo trabajo de campo como Itziar y Mari Carmen.

Del mismo modo, agradezco a mis compañeros y amigos del Hospital de Torrevieja, médicos, matronas y auxiliares, de los que tanto he aprendido, por su paciencia y comprensión a lo largo de todos estos años. En especial a Toñi, Juana Mari, Marcos y Belén.

Muchas gracias por la generosa ayuda de los expertos que han colaborado para la validación del cuestionario como Rocío Martín-Gil y Emilio González, a los que tanto admiro por el trabajo que desempeñan diariamente. Así mismo agradezco la

participación en el estudio a todas las madres y personal sanitario de Atención Primaria de Alcantarilla, Sangonera, San Andrés y El Palmar.

Una mención especial a aquellos profesores que me han inspirado, por su vocación y pasión a la hora de trabajar; por recibirme siempre con una sonrisa, y compartir generosamente sus conocimientos y su escaso tiempo. Dr. César Carrillo García, Dra. María Jesús Ruiz, Dra. Carmen Isabel Gómez y Dra. Carmen Ballesteros.

Y finalmente me gustaría dar las gracias de todo corazón a mis directores, Dra. María Emilia Martínez, Dr. Manuel Canteras y Dr. Esteban Orenes, profesionales, trabajadores y generosos; sin duda un ejemplo a seguir. Sin su ayuda este trabajo no hubiera sido posible. Muchas gracias.

ABREVIATURAS

AAP: American Academy of Paediatrics.

AEP: Asociación Española de Pediatría.

AWHONN: Asociación de Matronas y Enfermeras Pediátricas.

BFHI: Baby Friendly Hospital Initiative.

CEI: Comunidad de Estados Independientes / Comité de Ética e Investigación.

CICSLM: Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

CREM: Centro Regional de Estadística de Murcia.

ECE: Europa Central y del Este.

EEUU: Estados Unidos.

EIR: Enfermero Interno Residente.

EMALNP: Estrategia Mundial de Alimentación al Lactante y al Niño Pequeño.

EUA: Estados Unidos de América.

FEDALMA: Federación Española de Asociaciones pro-Lactancia Materna.

GALM: Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna.

GAM: Grupo de Ayuda Mutua.

IBCLC: Consultor Internacional de Lactancia Certificado.

IBCLCs: Consultores Internacionales Certificados en Lactancia.

IBFAN: Red Mundial de Acción Pro-Alimentación Infantil.

IBLCE: International Board of Lactation Consultant Examiners.

ICDC: Industrial and Commercial Development Corporation.

IEC: Información, Educación y Comunicación.

IGBM: Grupo Internacional de Monitoreo de la Lactancia Materna.

IHAN: Iniciativa Hospital Amigo de los Niños / Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia.

ILCA: Asociación Internacional de Consultores de Lactancia.

IMCH: International Mother and Child Health.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social.

LAM: Método de Lactancia Materna y Amenorrea.

LM: Lactancia Materna.

LMC: Lactancia Materna Completa.

LMT: Lactancia Materna Total.

MALAMA: Medio Ambiente y Lactancia Materna.

MaM: Ayuda Madre a Madre.

OIT: Organización Internacional del Trabajo.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONG: Organización No Gubernamental.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

OPS: Organización Panamericana de Salud.

PAHO: Pan American Health Organization.

PANA: Programa de Atención al Niño y al Adolescente.

PEHSU: Pediatría Medioambiental y Responsabilidad Social.

RN: Recién Nacido.

RS: Residuo Estandarizado.

SIDA: Swedish International Development Authority.

SPSS: Programa Estadístico para Servicios y Soluciones.

TDR: Tesis Doctorales en Red.

UE: Unión Europea.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

WABA: Alianza Mundial Pro-Lactancia Materna.

WHA: World Health Academy.

WHO: World Health Organization.

PUBLICACIONES Y COMUNICACIONES DERIVADAS DE LA TESIS DOCTORAL

- **ARTÍCULOS**

- Baño Piñero, I., Canteras Jordana, M., Carrillo García, C., López Araez, A. & Martínez Roche, M. E. (2015). Desarrollo y validación de un instrumento diseñado para medir el impacto de las redes de apoyo a la lactancia materna. *Nutrición Hospitalaria*. 31, 1525-32. DOI:10.3305/nh.2015.31.4.8338.
- Baño Piñero, I., Carrillo García, C., Thambidurai, U., & Martínez Roche, M. E. (2015). El concepto del Baby Café como red internacional de apoyo a la lactancia materna. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*. 19(43), 19-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.43.03>.
- Baño Piñero, I., Martínez Roche, M. E., Carrillo García, C., Canteras Jordana, M., & Orenes Piñero, E. (2016). Impact of support networks for breastfeeding: a multicentre study. *Journal of Human Lactation*. (En revisión).

- **COMUNICACIONES A CONGRESOS**

- Baño Piñero, I., Canteras Jordana, M., Carrillo García, C., Ruíz García, M. J., Campos Martínez, A., & Martínez Roche, M. E. (2015). *Calidad percibida por las usuarias de los servicios de apoyo a la lactancia de la Región de Murcia*. VIII Congreso Español de Lactancia Materna. Bilbao.
- Baño Piñero, I., Canteras Jordana, M., Carrillo García, C., Ruíz García, M. J., Fernández Pérez, M. C., & Martínez Roche, M. E. (2015). *Consultas realizadas por las usuarias de los servicios de apoyo a la lactancia de la Región de Murcia*. VIII Congreso Español de Lactancia Materna. Bilbao.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
INTRODUCCIÓN	2
BLOQUE I. MARCO TEÓRICO	7
CAPÍTULO 1. ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL POR LA TEORISTA RAMONA MERCER	8
CAPÍTULO 2. APROXIMACIÓN HISTÓRICA DE LA LACTANCIA MATERNA	11
2.1. EGIPTO.....	12
2.2. SOCIEDADES CLÁSICAS.....	12
2.3. EDAD MEDIA.....	13
2.4. RENACIMIENTO	14
2.5. EL COMIENZO DE LAS LECHES ARTIFICIALES	14
CAPÍTULO 3. DEFINICIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DE TERMINOLOGÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA	17
CAPÍTULO 4. BENEFICIOS Y TASAS DE LACTANCIA MATERNA	22
4.1. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA	23
4.2. EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE LACTANCIA MATERNA A NIVEL MUNDIAL.....	31
4.3. EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE LACTANCIA MATERNA A NIVEL NACIONAL.....	36
4.4. EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE LACTANCIA MATERNA A NIVEL REGIONAL	40
4.5. FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL INICIO O CESE DE LA LACTANCIA MATERNA	43
CAPÍTULO 5. APOYO A LA LACTANCIA MATERNA	46

5.1. PRINCIPALES PROGRAMAS DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA A NIVEL GUBERNAMENTAL E INSTITUCIONAL.....	47
5.1.1. 27ª y 31ª Asamblea Mundial de la Salud.....	48
5.1.2. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna	51
5.1.3. Convención de los Derechos del Niño.....	55
5.1.4. Declaración de Innocenti.....	56
5.1.5. Iniciativa Hospital Amigo de los Niños.....	58
5.1.6. Estrategia Mundial de Alimentación al Lactante y al Niño Pequeño	61
5.1.7. Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna en Europa: un plan estratégico para la acción	63
5.1.8. 15º Aniversario de la Declaración de Innocenti	67
5.1.9. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia	68
5.1.10. Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño	69
5.1.11. Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño: elaboración del conjunto básico de indicadores	70
5.1.12. Conclusiones acerca de los principales programas de apoyo a la lactancia materna a nivel gubernamental e institucional.....	71
5.2. LEGISLACIÓN RELATIVA AL EMBARAZO, LACTANCIA Y CONCILIACIÓN FAMILIAR.....	75
5.3. REDES DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA Y RECURSOS COMUNITARIOS	80
5.3.1. Grupos de ayuda mutua.....	80
5.3.2. Grupos de apoyo a la lactancia materna.....	82
5.3.3. Consultor de lactancia: especialista internacional en lactancia como miembro del equipo asistencial.....	85
5.3.4. Profesionales destinados a la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna	90
5.3.5. Apoyo a la lactancia materna a nivel de atención primaria y hospital.....	92
5.3.6. Consulta de lactancia	94
5.3.7. El concepto del Baby Café como red internacional de apoyo a la lactancia materna. Artículo publicado.....	96

CAPÍTULO 6. ANÁLISIS DEL CONTEXTO.	98
CAPÍTULO 7. JUSTIFICACIÓN	101
BLOQUE II. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	104
CAPÍTULO 1. HIPÓTESIS	105
CAPÍTULO 2. OBJETIVOS	106
2.1. OBJETIVO GENERAL	106
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	107
BLOQUE III. MARCO METODOLÓGICO	108
CAPÍTULO 1. MATERIAL Y MÉTODOS	109
1.1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	110
1.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	111
1.3. PROCESO DE ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO. ARTÍCULO PUBLICADO	112
1.4. POBLACIÓN DEL ESTUDIO	114
1.5. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....	116
1.6. TRABAJO DE CAMPO: APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO.....	118
1.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	119
1.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	120
1.9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	121
BLOQUE IV. MARCO EMPÍRICO	122
CAPÍTULO 1. RESULTADOS	123
1.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS.....	125
1.1.1. Tasa de participación	125
1.1.2. Variables sociodemográficas	126
1.1.3. Variables relacionadas con el tipo de lactancia y su duración	130
1.1.4. Variables relacionadas con la satisfacción.....	133
1.1.5. Variables relacionadas con las consultas	137

1.1.6. Variables relacionadas con las experiencias anteriores	140
1.1.7. Variables relacionadas con los problemas	143
1.1.8. Variables relacionadas con el apoyo	145
1.2. ANÁLISIS DE RELACIÓN ENTRE VARIABLES.....	147
1.2.1. Resultados sociodemográficos.....	148
1.2.2. Resultados relacionados con la satisfacción	150
1.2.3. Resultados relacionados con las consultas	156
1.2.4. Resultados relacionados con las experiencias anteriores.....	164
1.2.5. Resultados relacionados con los problemas.....	171
1.2.6. Resultados relacionados con el apoyo	175
CAPÍTULO 2. DISCUSIÓN	181
2.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS.....	182
2.1.1. Tasas de lactancia materna.....	182
2.1.2. Resultados sociodemográficos.....	183
2.2. DIMENSIÓN SATISFACCIÓN.....	185
2.3. DIMENSIÓN CONSULTAS.....	191
2.4. DIMENSIÓN EXPERIENCIAS ANTERIORES	195
2.5. DIMENSIÓN PROBLEMAS	200
2.6. DIMENSIÓN APOYO.....	204
CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA.....	209
CONCLUSIONES.....	210
PROSPECTIVA.....	213
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	214
BIBLIOGRAFÍA.....	215
ANEXOS.....	235

ÍNDICE DE ANEXOS.....	X
ÍNDICE DE TABLAS.....	XI
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XIV

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. EL CONCEPTO DEL BABY CAFÉ COMO RED INTERNACIONAL DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA. ARTÍCULO PUBLICADO.....	236
ANEXO 2. DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DISEÑADO PARA MEDIR EL IMPACTO DE LAS REDES DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA. ARTÍCULO PUBLICADO	251
ANEXO 3. CUESTIONARIO VALIDADO.....	259
ANEXO 4. AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL SR. DR. DIRECTOR GERENTE DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA.....	265
ANEXO 5. PROGRAMA PANA.....	266
ANEXO 6. MAPA SANITARIO DE LA REGIÓN DE MURCIA DELIMITADO POR ÁREAS DE SALUD / CENTROS DE SALUD	270
ANEXO 7. ANÁLISIS FACTORIAL.....	273
ANEXO 8. COMUNICACIONES CIENTÍFICAS EN CONGRESOS.....	276

ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla 1. Definiciones de lactancia materna por autores y años. Tabla de elaboración propia en base a Aguilar (2005).....	18
- Tabla 2. Criterios que definen las prácticas de alimentación infantil. Tabla de elaboración propia en base a WHO (2009).....	20
- Tabla 3. Beneficios de la Lactancia Materna. Tabla de elaboración propia en base a Ávila (2005).....	28
- Tabla 4. Porcentaje de lactantes alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida por regiones (Tabla de elaboración propia en base a UNICEF, 2007).....	34
- Tabla 5. Tabla Nutrición. Estado mundial de la infancia 2013. (Tabla de elaboración propia en base a UNICEF, 2013).....	35
- Tabla 6. Porcentajes de lactancia materna en España durante los años 2011 y 2012. (Tabla de elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Salud, 2011-2012 & INE, 2013).....	38
- Tabla 7. Prevalencia y duración de la lactancia materna por comunidades en el año 2006. Tabla de elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Salud (2006) & Instituto Nacional de Estadística (2008).....	39
- Tabla 8. Factores protectores y desfavorecedores de la lactancia. Tabla de elaboración propia en base a Riquelme, Villegas & López (1992).....	44
- Tabla 9. Factores que influyen sobre el establecimiento de la lactancia materna según hallazgos de diferentes autores. Tabla de elaboración propia en base al Comité de Lactancia Materna de la AEP (2004).....	44
- Tabla 10. Documentos esenciales en cuanto a atención, promoción y apoyo a la LM. Tabla de elaboración propia en base a Hernández y Aguayo, 2005.....	48

- Tabla 11. Resoluciones relevantes en cuanto a LM de la Asamblea Mundial de la Salud (Tabla de elaboración propia en base a IBFAN & ICDC, 2005).....	50
- Tabla 12. Los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural (OMS, 1998).....	59
- Tabla 13. Determinantes de la lactancia materna. Tabla de elaboración propia en base a Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos, 2004.....	66
- Tabla 14. Conclusiones acerca de los principales programas de apoyo a la lactancia materna.....	72
- Tabla 15. Porcentaje válido de respuesta para la pregunta 35. ¿Cuál ha sido su experiencia en relación a los servicios o redes de apoyo a la lactancia?.....	135
- Tabla 16. Situación laboral y estudios.....	148
- Tabla 17. Nacionalidad y nivel de estudios.....	148
- Tabla 18. Nacionalidad y situación laboral.....	149
- Tabla 19. Nacionalidad y situación laboral de la pareja.....	149
- Tabla 20. Grado de satisfacción y tipo de lactancia.....	150
- Tabla 21. Grado de satisfacción y disponibilidad de las redes de apoyo.....	151
- Tabla 22. Grado de satisfacción en relación a diferentes variables.....	153
- Tabla 23. Consultas de lactancia en el post-parto en relación al número de hijos.....	156
- Tabla 24. Consultas de lactancia en el post-parto en relación a la información recibida durante el embarazo.....	158
- Tabla 25. Consultas de lactancia formales e informales.....	159
- Tabla 26. Consultas y permanencia de lactancia materna.....	160
- Tabla 27. Consultas de lactancia a profesionales y grado de satisfacción.....	162
- Tabla 28. Personal consultado y grado de satisfacción.....	163
- Tabla 29. Tipo de parto y número de hijos.....	164
- Tabla 30. Tipo de parto y uso de analgesia epidural.....	165
- Tabla 31. Ingreso en neonatología en relación a diferentes variables.....	166
- Tabla 32. Práctica del piel con piel y tiempo de inicio de la LM.....	167

- **Tabla 33.** Práctica del piel con piel y tipo de alimentación
seleccionada hasta los 6 meses.....167
- **Tabla 34.** Inicio de la LM y tipo de alimentación seleccionada
hasta los 6 meses.....168
- **Tabla 35.** Experiencia con la lactancia anterior en relación
a diferentes variables.....169
- **Tabla 36.** Duración y tipo de alimentación seleccionada hasta los 6
meses.....169
- **Tabla 37.** Problemas de lactancia en relación a diferentes variables.....171
- **Tabla 38.** Problemas de lactancia y momento de aparición..... 172
- **Tabla 39.** Servicios de apoyo a la lactancia y tipos de consultas más
frecuentes.....174
- **Tabla 40.** Intención de lactar en relación a diferentes variables.....176
- **Tabla 41.** Educación maternal y nivel de estudios.....177
- **Tabla 42.** Educación maternal y nacionalidad.....178
- **Tabla 43.** Apoyo en relación a diferentes variables.....179

ÍNDICE DE FIGURAS

- **Figura 1.** Evolución de los porcentaje de lactantes, alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida por regiones desde 1996 hasta 2006 (Figura de elaboración propia en base a UNICEF, 2007).....33
- **Figura 2.** Porcentajes de lactancia materna en España (Figura de elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 & Instituto Nacional de Estadística 2013).....37
- **Figura 3.** Porcentajes de LMC y LMT de los 0 a los 6 meses en el Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca en el año 2006. Figura de elaboración propia en base al Proyecto Malama en la Región de Murcia (2008).....41
- **Figura 4.** Número de IBCLCs en todo el mundo (www.iblce.org, noviembre de 2015).....89
- **Figura 5.** Imagen extraída de PEHSU (2009), para promocionar y proteger la lactancia materna.....95
- **Figura 6.** Número de habitantes por edad y sexo. Figura de elaboración propia en base a los datos recogidos por el CREM, 2014.....99
- **Figura 7.** Participación por Centros de Salud. Número de cuestionarios válidos.....125
- **Figura 8.** Edad de las madres encuestadas.....126
- **Figura 9.** Porcentaje de participantes españolas y extranjeras.....127
- **Figura 10.** Porcentaje de participantes extranjeras según nacionalidad.....127
- **Figura 11.** Estudios realizados.....128
- **Figura 12.** Comparativa de la situación laboral de las mujeres encuestadas y sus parejas.....128
- **Figura 13.** Número de hijos.....129
- **Figura 14.** Edad del niño.....129
- **Figura 15.** Tipo de lactancia hasta los 6 meses.....131
- **Figura 16.** Duración de la lactancia por meses.....132

- Figura 17. Puntuación media sobre 5 de las afirmaciones sobre calidad percibida.....	133
- Figura 18. Grado de satisfacción percibida por las encuestadas en relación a los servicios de apoyo a la lactancia materna.....	134
- Figura 19. Porcentaje válido de respuesta para la pregunta 35: ¿Cuál ha sido su experiencia en relación a los servicios o redes de apoyo a la lactancia?.....	136
- Figura 20. Pregunta 22. ¿Cuándo hizo su primera consulta?.....	137
- Figura 21. Pregunta 20. Número de consultas realizadas.....	138
- Figura 22. Pregunta 18. Lugar de consulta.....	138
- Figura 23. Pregunta 19. ¿Le ha consultado a algún amigo o familiar?.....	139
- Figura 24. Experiencia de lactancia con hijos anteriores.....	140
- Figura 25. Semanas de gestación en el momento del nacimiento.....	141
- Figura 26. Tipo de parto.....	141
- Figura 27. Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la práctica del piel con piel.....	142
- Figura 28. Momento de aparición de los primeros problemas con la lactancia.....	143
- Figura 29. Problemas encontrados durante la lactancia.....	144
- Figura 30. Procedencia de la información sobre lactancia materna durante el embarazo.....	145
- Figura 31. ¿Por quién se sienten apoyadas las madres con su decisión de lactar?.....	146
- Figura 32. Comparativa entre el momento de aparición de los problemas y el momento de la primera consulta.....	161

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El binomio madre-hijo es una estructura compleja, que requiere de un proceso de interacción y desarrollo y en la que interfieren múltiples factores como la edad, la experiencia anterior, el apoyo o el estrés social, el estado de salud, la relación padre-madre, el autoconcepto y las características del lactante entre otros. Ramona Mercer (2004), describe este proceso evolutivo en su modelo de adopción del rol maternal o identidad materna, en el que se desarrolla las fases por las que pasa una madre hasta que consigue alcanzar la felicidad y la gratificación con su nueva identidad.

La lactancia materna forma parte de este binomio madre-hijo, y es por ello que a pesar de ser el medio natural de alimentación del bebé, propio de nuestra condición de mamíferos, encontramos múltiples condicionantes que favorecen su abandono precoz y su escasa prevalencia, hecho que supone un problema de salud pública a nivel internacional.

Si nos remontamos a la historia de la lactancia materna, encontramos que es tan antigua como la historia de la humanidad. Hasta el siglo XVII, en el que se empezaron a fabricar las primeras leches artificiales, la leche materna habría sido el único alimento del lactante durante las primeras etapas de su vida. Pero numerosos factores como la industrialización, el desarrollo urbano, el escaso conocimiento sobre la fisiología de la lactancia y sus beneficios, sumados a la devastadora influencia de la Primera Guerra Mundial entre otros, hacen que las leches artificiales le ganen la batalla a la leche materna durante varias décadas; hasta que finalmente, en 1990, empiezan a registrarse las primeras subidas significativas en los porcentajes de lactancia materna gracias al desarrollo de su investigación y de los excelentes trabajos

de sensibilización y apoyo a la lactancia que se han ido realizando a lo largo de las dos últimas décadas.

Pero, no podemos seguir avanzando con este estudio, sin antes profundizar en el concepto de la lactancia materna. Así pues, tal y como lo define Aguilar (2005), la leche materna es el alimento que recibe el neonato o el lactante y que procede de su madre. Pero ya en 1935, Duarte va más allá afirmando que amamantar es dar vida y amor, no solo un acto de alimentación. Más adelante (1997), la Liga Internacional de la Leche lo define como “el medio más natural para alimentar y proteger al bebé y para las madres es la plena realización de lo que significa ser mujer”, en esta ocasión incorporan a su definición conceptos tan importantes como la protección para el bebé y la realización para la madre. Viñas (2000), en cambio se limita a los primeros meses del lactante, declarando que “la lactancia materna es la mejor forma de alimentación del bebé en los primeros meses de vida”, hecho que posteriormente se contradice en 2014 con la definición de la OMS en la que recomiendan la lactancia materna exclusiva durante seis meses de edad y con una alimentación complementaria adecuada, hasta los dos años de vida o más, mientras madre e hijo lo deseen. Por otro lado, Riaño (2003) resalta en su definición algunos de los beneficios de la lactancia materna manifestando que “es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hijo tanto para el desarrollo físico como para el psicológico y afectivo”.

Tras lo anteriormente expuesto, queda clara la superioridad de la leche materna sobre cualquier otro alimento para el lactante y el niño pequeño. Pero los beneficios de la lactancia materna no solo comprenden el binomio madre-hijo, también comprende la comunidad y el medio ambiente.

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.

(OMS, 2014)

A pesar de poseer en la actualidad abundante evidencia científica que confirme una y otra vez los beneficios y la superioridad de la lactancia materna, Europa sigue estando a la cola del mundo en cuanto a tasas de incidencia y permanencia de lactancia materna se refiere. Seguimos sin llegar a los mínimos propuestos por organismos de salud internacionales como la OMS y UNICEF. Es por ello que la Comisión Europea y la Dirección de Salud Pública y Evaluación de Riesgos (2008), considera que el apoyo, promoción y protección de la lactancia materna es una prioridad de salud en Europa.

García Méndez (2010), en su estudio meta-analítico sobre la eficacia diferencial de los programas de apoyo a madres con intención de lactar sobre la exclusividad y duración de la lactancia materna, concluye que dichos programas son eficaces en la duración tanto a los 3 como a los 6 meses en madres que lactan exclusivamente e incluso en las que lo combina con leche artificial. Este hecho pone de manifiesto la gran influencia que los profesionales sanitarios tienen sobre las familias de los lactantes, así como los programas de protección, promoción y apoyo a la lactancia y su adecuada implantación en todos los sectores de la sociedad. Sin embargo los estudios que evalúan el impacto de las redes de apoyo a la lactancia son muy heterogéneos y en muchas ocasiones no tienen en cuenta ciertos aspectos fundamentales como las características de la madre y la familia, el tipo de programa de apoyo utilizado o el contexto en el que se aplica.

El apoyo, tal y como lo define Block (2004), es el refuerzo emocional, informativo o institucional brindado a una persona, familia o comunidad. Las redes de apoyo de las que disponen las mujeres que lactan en la Región de Murcia se podrían dividir en dos grandes grupos; por un lado los servicios de salud formales tales como hospitales, centros de salud o consultas privadas, en las que trabajan diversos profesionales en lactancia como enfermeras, matronas, consultores de lactancia, pediatras o médicos de familia; y por otro lado las redes de apoyo informales, como grupos de ayuda mutua, consejeras de lactancia o grupos de apoyo a la lactancia.

El apoyo formal es necesario para detectar, derivar o tratar adecuadamente, cualquier problema relacionado con la lactancia, pero desafortunadamente encontramos en algunas ocasiones que los profesionales disponibles no siempre están adecuadamente formados o por el contrario no disponen del tiempo necesario para proporcionar servicios accesibles o cercanos a las madres que lactan. Las redes de apoyo informales, aportan accesibilidad, un ambiente distendido, seguro, flexible y amigable, que hace que las madres aumenten su confianza para superar las dificultades que puedan aparecer durante el periodo de lactancia. Ambos sistemas de apoyo resultan imprescindibles, pero tal vez sea la combinación de ambos el método más efectivo para proteger la lactancia materna en nuestra sociedad.

En base a lo anteriormente expuesto nos surgen las siguientes preguntas de investigación. ¿Cuál es el impacto que ejercen las redes de apoyo a la lactancia sobre las mujeres que lactan en la Región de Murcia? ¿cuál es el grado de satisfacción percibida por las usuarias de los servicios de apoyo a la lactancia? ¿cuáles son las principales consultas realizadas? ¿a quién acuden y dónde las realizan? ¿cuáles son los principales problemas que surgen durante éste periodo? ¿en qué medida afectan las experiencias anteriores en la decisión de lactar? ¿es el apoyo ofrecido suficiente o necesario para estas mujeres?

Para dar respuesta a todas estas preguntas y tras comprobar la escasez de instrumentos validados de medida cuantitativa que se adaptasen a nuestro estudio, se decidió elaborar y validar un cuestionario específico que midiese el impacto de las redes de apoyo a la lactancia materna en la Región de Murcia (véase el artículo publicado sobre el proceso de elaboración y validación del instrumento en el capítulo 1.3) y utilizarlo para el trabajo de campo de nuestro estudio. Así pues, el diseño de la investigación se plantea desde un enfoque cuantitativo observacional de corte transversal.

El estudio que aquí presentamos se estructura de la siguiente manera:

- Introducción

- Bloque I. Marco Teórico. Compuesto por siete capítulos. Capítulo 1: Adopción del rol maternal por la teórica Ramona Mercer. Capítulo 2: Aproximación

histórica a la lactancia materna. Capítulo 3: Definición y contextualización de terminología sobre lactancia materna. Capítulo 4: Beneficios y tasas de lactancia materna. Capítulo 5: Apoyo a la lactancia materna. Capítulo 6: Contextualización y Capítulo 7: Justificación del estudio.

- **Bloque II. Hipótesis y Objetivos.** Lo componen dos capítulos. Capítulo 1: Hipótesis. Capítulo 2: Objetivos.

- **Bloque III. Marco Metodológico.** Compuesto por un sólo capítulo. Capítulo 1: Material y Métodos.

- **Bloque IV. Marco Empírico.** Formado por dos capítulos. Capítulo 1: Resultados. Capítulo 2: Discusión.

- **Conclusiones y Prospectiva**

- **Referencias Bibliográficas**

- **Anexos.**

BLOQUE I

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL POR LA TEORISTA RAMONA MERCER

“La misma constitución física de la mujer y su organismo tienen una disposición natural para la maternidad”

Juan Pablo II (2004)

El proceso de desarrollo del rol maternal es una estructura compleja que ha sido estudiada por varios teóricos, entre los que destacamos Attrill B, Nelson AM y Mercer R, entre otros. En el capítulo que presentamos a continuación, vamos a resumir el modelo de adopción del rol maternal que propone Ramona Mercer.

Convertirse en madre es un gran acontecimiento en la vida de una mujer y constituye un complejo proceso de interacción y desarrollo, hasta que se consigue experimentar la alegría y satisfacción en el nuevo papel como madre. Según Mercer en este proceso hay muchos factores que intervienen o influyen, como por ejemplo (como se cita en Alvarado, Guarín & Cañón Montañez, 2011):

- Edad materna.
- Estado de salud.

- Relación padre-madre.
- Características del lactante (temperamento, estado de salud, actividades de seguimiento).
- Experiencia del parto.
- Separación precoz del niño.
- Estrés social.
- Apoyo social.
- Los rasgos de la propia personalidad.
- El autoconcepto.

Esta teoría se aplica desde que la mujer queda embarazada, hasta que su bebé alcanza el año de vida. Es por esto que se trata de un proceso largo, interactivo y evolutivo, que debe de ser tratado de manera holística desde el punto de vista de la enfermería. El personal sanitario, como veremos a continuación, juega un papel fundamental a la hora de favorecer que las madres alcancen de forma exitosa la adopción del rol materno o identidad materna (Zambrano Plata, 2006).

La Dra. Mercer propone la necesidad de que los profesionales sanitarios, tengan en cuenta el entorno familiar, el colegio, el trabajo, la iglesia y otros elementos de la comunidad, como elementos importantes en la adopción de este rol. Es decir, considerar el proceso de manera holística. La mujer inicialmente evoluciona en su logro del rol maternal, sintiéndose poco a poco vinculada a su hijo, adquiriendo competencias en la realización de sus cuidados y sintiéndose gradualmente más satisfecha y realizada en su rol como madre, hasta que finalmente experimenta una sensación de armonía, competencia e intimidad en su identidad materna, alcanzando así el final de este proceso (Mercer, 2004).

Las características del modelo de adopción del rol maternal se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner, que desarrollamos a continuación:

- **Microsistema.** Incluye a la familia, el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. La Dra. Mercer resalta la importancia del marido y las interacciones con el padre, la madre y el niño
- **Mesosistema.** Incluye el cuidado diario, el colegio, el lugar de trabajo y otras entidades que se encuentren en la comunidad más inmediata. El mesosistema y el microsistema pueden interactuar e influir el uno con el otro.

- **Macrosistema.** Este aspecto incluye las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños, las prioridades sanitarias, y en general las influencias sociales, políticas y culturales.

Los estadios de la adquisición del rol maternal se clasifican en cuatro apartados según Mercer (2006):

- **Anticipación.** Comienza con el embarazo, la mujer empieza a experimentar las primeras adaptaciones sociales y psicológicas al embarazo. La madre está muy receptiva a todas aquellas informaciones relativas al embarazo, maternidad y la crianza.
- **Formal.** Comienza con el nacimiento del bebé, aparecen las primeras experiencias relativas al cuidado del bebé. La madre consensua en esta fase con otros sus dudas sobre el cuidado del bebé.
- **Informal.** La madre empieza por primera vez a desarrollar sus propias maneras de realizar el rol, sin que tengan que ser transmitidas por el sistema formal de esta.
- **Personal.** La identidad materna se produce cuando la madre interioriza su rol, se siente en armonía, con confianza y satisfecha con su nueva identidad.

Para acabar diremos que Ramona Mercer pretende, con su teoría, que nos acerquemos al mundo de la maternidad desde el concepto holístico del binomio madre-hijo. Múltiples factores influyen en la correcta adopción del rol maternal, pero desde luego, no podemos pasar por alto, la importancia e influencia que ejercen los profesionales sanitarios y las redes de apoyo en este proceso desde su inicio, con el embarazo, hasta su fin, en el que la madre se siente realizada con su nuevo rol.

CAPÍTULO 2

APROXIMACIÓN HISTÓRICA DE LA LACTANCIA MATERNA

“Uno de los extremos más necesarios y más olvidados en relación con esa novela llamada Historia, es el hecho de que no está acabada”

Chesterton (1941)

Somos mamíferos, animales que alimentan a sus crías con su leche. Y gracias a que hemos desarrollado por milenios una leche única para las necesidades de nuestros bebés, durante más de 40.000 años, la lactancia materna ha sido responsable de la supervivencia de la especie humana en durísimas circunstancias (Geijo, 2007).

Tal y como concluye Aguilar Cordero (2005), la leche humana ha sido durante toda la existencia del ser humano el único alimento que el recién nacido y el lactante pequeño podían recibir para sobrevivir. Así pues, desde la aparición del hombre en la tierra no se ha concebido otro tipo de alimento para la primera etapa de la vida humana.

La historia de la lactancia materna es tan antigua como la historia de la humanidad y sus beneficios se han documentado por siglos. Descubrimientos recientes en este tema, combinados con las tendencias mundiales actuales en relación con la lactancia han provocado un renovado interés en esta práctica antigua (Gandarias, Núñez Galán & Vaillant Suárez, 1996).

2.1. EGIPTO

La sociedad egipcia poseía un gran respeto por la figura de la mujer en su rol de madre. La leche materna constituía la base de la alimentación del niño, y la prueba de ello es que no se han encontrado esqueletos infantiles de esa época con lesiones de raquitismo (Rodríguez Castilla, 2009).

En Egipto, se consideraba un honor practicar la lactancia. Las nodrizas, amas de cría o también denominadas amas de leche, eran elegidas por el faraón y gozaban de muchos privilegios, hasta el punto de obtener altos rangos en la corte del Rey. El abandono de los niños era castigado, y se regulaba la actividad sexual y otras actividades de la nodriza como sus comportamientos ante la sociedad, vestido, higiene y demás cuidados personales (Hernández Gamboa, 2008).

Los papiros médicos ponían de manifiesto la importancia de la calidad y cantidad de la leche materna como fuente de vida. Encontramos numerosas esculturas e imágenes que representan a madres dando el pecho a sus hijos como acto totalmente natural, lo que nos hace pensar que el pudor no se relacionaba con la lactancia materna por aquella época. Algunas de esas figuras son, la vasija de terracota vidriada (AF 1660) del Museo del Louvre, la diosa de Tueras en el Rijksmuseum Van Oudheden (Leyde), o la figura nº 22.235 del Metropolitan Museum de Nueva York, en el que una madre amamanta a su hijo, mientras es peinada por una sirvienta.

2.2. SOCIEDADES CLÁSICAS

La lactancia era la norma en la Grecia clásica al igual que en la sociedad egipcia, sin embargo se ha comprobado que el destete ocurría a edades más tempranas en la Grecia clásica. Hay constancia de contratos con amas de cría, en los que la lactancia materna se daba durante los primeros seis meses de vida y seguidamente se

daba leche de vaca. En esta época, aparecen los primeros recipientes que son el origen de los biberones que se usan hoy día.

Tal y como señala Rodríguez Castilla (2009), en el pueblo de Esparta también se daba una especial importancia a la leche materna, siendo ésta la responsable de la buena formación de los niños en el arte de la guerra.

En Roma se describen las primeras leyes de protección de la infancia por Antonino Pío (161-138 a.C.), que en honor a su esposa Faustina, creó la primera institución de protección al niño (Aguilar Cordero, 2005).

Ya en la época Romana se sabía que la lactancia materna disminuía la mortalidad infantil, es por ello que durante el mandato de Nerva (97-102 d.C.) y posteriormente con Trajano, se creó la figura de la “tutelar-italiae”, esta nodriza era responsable de amamantar a niños abandonados sanos, ya que los enfermos eran repudiados.

2.3. EDAD MEDIA

En la época medieval, el fuerte contenido religioso exaltaba las virtudes de la lactancia materna en imágenes como la Madonna di latte (Virgen de leche). En Italia, era usual enviar a los/as niños/as de sectores acomodados con una nodriza al campo durante un promedio de 2 años (Bengochea & Geraldine, 2011). Ya entonces se respetaba la lactancia hasta los 2 años o más, tal y como promulga la OMS en nuestros días.

En la corte de Valladolid (año 1250), se prohibió a las mujeres judías y musulmanas amamantar a niños cristianos. En este tiempo ya era bien conocido el vínculo afectivo que se establece entre el niño y la mujer que lo amamanta (Aguilar Cordero, 2005). La influencia religiosa de aquella época no fue del todo positiva en cuanto a lactancia se refiere, ya que aunque la mayoría de mujeres amamantaban a sus hijos sin restricciones, determinadas prácticas se consideraban impuras o incluso herejías. Es por ello, que la lactancia materna empieza a no estar bien vista por las clases sociales más altas y pasa a ser cuestión de pobres. Empieza ya en esta época a asociarse el pudor con la práctica de la lactancia materna.

2.4. RENACIMIENTO

Como señala Rodríguez Román (2011), los escritores médicos de los siglos XVI y XVII, siguiendo el legado Romano, aconsejaban lactar durante los dos primeros años de vida del niño, pero no todos los niños podían hacerlo por tanto tiempo. Como se puede comprobar en los escritos de Heronymus Mercurialis (1583), la mayoría de mujeres destetaban a sus hijos antes del decimotercer mes. Parte de la culpa de este destete temprano lo tuvo la alimentación mixta. Se sabe que los niños eran alimentados con caldo de carne o con pan mojado durante el tiempo que las madres dejaban el hogar. Si esta costumbre surgió de la necesidad de independencia de la madre a la hora de ir a trabajar, se desconoce.

2.5. EL COMIENZO DE LAS LECHEs ARTIFICIALES

Señala Sendrail (1983), que desde el siglo XVI hasta el XX, a causa del sífilis extendido por toda Europa, las nodrizas empiezan a perder la reputación que tenían hasta ese momento. Se crea una preocupación generalizada al pensar que las amas de leche eran responsables del contagio de la enfermedad a los bebés a los que alimentaban; aunque bien es sabido que era más frecuente que esos trastornos los padecieran los niños alimentados por mujeres enfermas en los orfanatos y los hospitales. A partir de ese momento empiezan a estudiarse otros métodos alternativos de alimentación. Se utilizan cabras, camellas, burras, vacas y otros animales; aunque su leche se consideraba peligrosa, por la creencia de que la personalidad y caracteres se transmitían al niño por la leche.

Como concluye Rodríguez Román (2011), algunos hombre ricos de Inglaterra empezaron a experimentar con leches artificiales para bebés durante los siglos XVII y XVIII, con muy malos resultados. En una época en la que no existía refrigeración, alimentar a los bebés con leches animales era muy peligroso. La falta de higiene en los utensilios para alimentar a los bebés, como los cuernos de vaca cubiertos por un parche (“cuerno alimentador”) y la idea de que hervir la leche destruía las propiedades de la misma, hizo que aumentaran de manera alarmante las enfermedades gastrointestinales, que se volvían epidemias en los meses más cálidos. Ignorantes de la verdadera causa de este tipo de afecciones, muchos médicos de la época, culpaban

al exceso de alimentación del lactante. Wiliam Codoga, médico inglés, fue el primero en proponer horarios de alimentación, aconsejando cuatro tomas cada 24 horas. Los niños del siglo XVIII que se quejaban por el destete temprano, eran drogados con laxantes, opiáceos o alcohol.

A partir de 1850, con el descubrimiento de la pasteurización de la leche, ocurren grandes cambios en el mundo de las leches artificiales. Con la industrialización y el desarrollo urbano, empieza a decaer el papel de las nodrizas, y la alimentación artificial empieza a ganarle la partida a la lactancia natural. Otro factor influyente en el desarrollo y popularidad de las leches artificiales fue “la gota de leche” y “el consultorio de lactantes”. Ambas iniciativas empezaron en París (1890). Se informaba a los padres sobre alimentación e higiene de lactantes; se suministraba diariamente leche de mamífero esterilizada, subvencionada en parte por los ayuntamientos y en parte por la caridad privada. Estos centros empezaron a ganar popularidad y rápidamente se extendieron por toda Europa, suponiendo un crecimiento exponencial en la industria de leches artificiales (Aguilar Cordero, 2005).

A partir de finales del siglo XIX, se pensaba que los bebés amamantados necesitaban dosis diarias de zumo de naranja o tomate para prevenir el escorbuto y aceite de hígado de bacalao para prevenir el raquitismo. Aunque la pérdida de peso en recién nacidos es normal, los médicos lo achacaban a la falta de leche, y por ello recomendaban suplementos desde el día del nacimiento. Los pediatras también promovían el destete temprano por el miedo a la sobrealimentación. Todos estos factores, sumados a la influencia de la devastadora Primera Guerra Mundial, hacen que en esa época se registren los valores más bajos de lactancia materna de la historia. Entre 1940 y 1950 sólo amamantaban a sus hijos el 25% de las mujeres.

A partir de 1950, gracias a la investigación en alimentación infantil, se vuelve a crear un interés por la leche materna y la lactancia natural. Se comienzan a estudiar los componentes de la leche humana y se demuestra la superioridad de la leche humana frente a la alimentación artificial. Pero la incorporación de la mujer al mundo laboral fuera del hogar, la poca información general, el escaso conocimiento de los padres y de los profesionales de la salud y la aparición del VIH-sida, hacen que los índices de lactancia materna vuelvan a caer.

Es en 1990 cuando se refleja una subida significativa en los porcentajes de lactancia materna, y aunque la incidencia es alta, la permanencia sigue siendo baja. En las últimas décadas se ha trabajado en sensibilizar a la sociedad y reconocer las ventajas científicas de la lactancia materna. Aun así sigue quedando mucho trabajo por hacer en materia de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna para lograr los objetivos de salud que proponen organismos internacionales como la OMS y UNICEF.

CAPÍTULO 3

DEFINICIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DE TERMINOLOGÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA

“ Breastfeeding is a robust, biologically stable activity so central to our evolutionary identity that names the class of animals to which we belong”

(Righard, 1996)

"La lactancia materna es una actividad robusta, biológicamente estable, esencial en nuestra identidad evolutiva, que da nombre a la clase de animales a la que pertenecemos"

(Righard, 1996)

Tal y como lo define Aguilar (2005), la **leche materna** es el alimento que recibe el neonato o el lactante y que procede de su madre. En cambio, encontramos

que la terminología **lactancia natural** resulta algo confusa si la comparamos con la definición que dan otros autores como García Méndez (2010). Según Aguilar Cordero y Duarte, la lactancia natural se basa en administrar al bebé la leche de una mujer que no es su madre; esto puede ser por medio de una nodriza o como sucede en la actualidad, por medio de bancos de leche; esta última forma de alimentación, aunque se sigue desarrollando, aun está poco difundida. En cambio, según García Méndez, en la lactancia natural la madre alimenta a su hijo o bien con la leche de sus mamas, a través del proceso de amamantamiento, o bien con leche humana procedente de otras mujeres. García Méndez también hace referencia a la definición de lactancia artificial o leche de fórmula, como la alimentación infantil a base de leche de otras especies mamíferas, adaptada a través de un proceso químico.

A lo largo de la historia encontramos numerosas definiciones de lactancia materna, algunas de las cuales resumimos por años y autores en la Tabla 1.

Tabla 1. Definiciones de lactancia materna por autores y años. Tabla de elaboración propia en base a Aguilar Cordero (2005).

AUTOR	AÑO	DEFINICIÓN DE LACTANCIA MATERNA
Duarte	1935	Acto de dar al lactante el alimento que procede de su madre. Amamantar es dar vida y amor.
Liga Internacional de la Leche	1997	Medio más natural para alimentar y proteger al bebé y para las madres es la plena realización de lo que significa ser mujer.
Ferrández de Lee	1998	La leche materna es el alimento que proporciona la madre al bebé. Responsable de la supervivencia humana desde tiempos inmemoriales.
Schanier	2001	La lactancia materna es la nutrición ideal y suficiente para apoyar el crecimiento y el desarrollo óptimos del bebé.
Mobrbacher	2002	La lactancia materna es lo mejor para la alimentación de los bebés
Casado	2003	La lactancia materna forma parte del ciclo reproductivo de la mujer y está circunscrita al periodo postparto.
Riaño	2003	La leche materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hijo tanto para el desarrollo físico como para el psicológico y afectivo.

En 1991 publica la OMS un documento llamado *Indicadores para evaluar las prácticas de lactancia materna* (WHO, 2008), en donde se describen por primera vez, los indicadores para evaluar la alimentación infantil y lactancia materna. Desde entonces, se han producido grandes cambios en cuanto a investigación sobre lactancia materna; por lo que los indicadores han tenido que ser revisados y adaptados a los últimos estudios. En 2002, se realizó la primera revisión de los indicadores y se desarrollaron los *Principios de Orientación para la Alimentación Complementaria del Niño Amamantado*. Cuatro años más tarde, los resultados de la revisión de 2002 fueron resumidos en un informe y presentados ante la OMS. En base al trabajo desarrollado por el Grupo de Trabajo responsable de evaluar los indicadores, se publicó en 2007, un informe que presentó de manera resumida el acuerdo alcanzado sobre 8 de los indicadores básicos y 7 de los indicadores opcionales para evaluar las prácticas sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños, que resumimos en la Tabla 2.

Encontramos igualmente, en dicho documento las definición de algunos indicadores, que hacen referencia a prácticas en Lactancia Materna:

- **Inicio temprano de la lactancia materna:** Proporción de niños nacidos durante los últimos 24 meses que fueron amamantados dentro del plazo de una hora de su nacimiento.
- **Lactancia exclusiva:** Proporción de lactantes de 0 a 5 meses de edad alimentados exclusivamente con leche materna.
- **Lactancia materna continua al año de vida :** Proporción de niños de 12 a 15 meses de edad que fueron amamantados.
- **Lactancia materna continua a los 2 años:** Proporción de niños de 20 a 23 meses de edad que fueron amamantados.
- **Niños que fueron amamantados alguna vez:** Proporción de niños nacidos en los últimos 24 meses que fueron amamantados alguna vez.

- **Lactancia materna predominante antes de los 6 meses:** Proporción de lactantes de 0 a 5 meses de edad que recibieron leche materna como la fuente predominante de alimentación

- **Alimentación con biberón:** Proporción de niños de 0 a 23 meses de edad que fueron alimentados con biberón.

Tabla 2. Criterios que definen las prácticas de alimentación infantil. Tabla de elaboración propia en base a WHO (2008).

PRÁCTICA ALIMENTARIA	REQUIERE QUE EL LACTANTE RECIBA	PERMITE QUE EL LACTANTE RECIBA	NO PERMITE QUE EL LACTANTE RECIBA
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	Leche materna	Suero, gotas o jarabes	Cualquier otra cosa
LACTANCIA MATERNA PREDOMINANTE	Leche materna	Ciertos líquidos, líquidos rituales, sueros, gotas o jarabes	Cualquier otra cosa
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	Leche materna y alimentos sólidos o semisólidos	Cualquier cosa: cualquier comida o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes	–
LACTANCIA MATERNA	Leche materna	Cualquier otra cosa: cualquier alimento o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes	–
ALIMENTACIÓN CON BIBERÓN	Cualquier líquido o alimento semisólido proporcionado mediante un biberón con tetina	Cualquier otra cosa: cualquier alimento o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes	–

Las principales diferencias encontradas entre el documento original de *Indicadores para evaluar las prácticas de lactancia materna* de 1991 y el revisado de 2007, giraron entorno a la duración óptima de la lactancia materna exclusiva. Inicialmente, se recomendaba iniciar la alimentación complementaria a partir de los 4 meses, pero tras la revisión se amplió este periodo hasta los 6 meses de edad. También se profundizó en las recomendaciones acerca de la introducción de sólidos o semisólidos en lactantes y se amplió el rango de conocimientos respecto a la alimentación complementaria.

Para concluir con este apartado, diremos que resulta fundamental universalizar la terminología en cuanto a lactancia materna y alimentación infantil. La monitorización año tras año de la situación y la obtención de datos epidemiológicos fiables que sirvan de sustento para estudios e investigaciones sobre lactancia materna a nivel mundial, es clave para seguir avanzando en el campo de la salud y la lactancia materna.

CAPÍTULO 4

BENEFICIOS Y TASAS DE LACTANCIA MATERNA

“La lactancia materna en los países desarrollados es cosa de conveniencia; sin embargo, en los países en desarrollo es cuestión de supervivencia ”

“La inmunización es la medicina preventiva por excelencia. Si se dispusiese de una nueva vacuna que pudiese prevenir más de un millón de muertes infantiles por año, que además fuese barata, segura, de administración oral, y no precisara de una cadena de frío, se convertiría inmediatamente en una prioridad para la salud pública. La lactancia materna es aún más ”

(Lancet, 1994)

4.1. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

La OMS y UNICEF afirman (OMS, 2014) que la lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta. Para toda la población se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y a partir de entonces su refuerzo con alimentos complementarios al menos hasta los dos años.

Así mismo, en el documento se puede comprobar cómo la lactancia materna es beneficiosa para el niño, la madre, la comunidad y el medio ambiente en general, afirmando 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.

UNICEF publica, en 1995, un documento adaptado del Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud, en el que enumera las ventajas de la lactancia materna clasificándolas en 17 apartados, que resumimos a continuación:

Nutrición optima

Asegura que la lactancia materna es el mejor alimento que puede recibir el lactante por su calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de nutrientes. La composición de la leche se va adaptando a las necesidades del niño a lo largo de su desarrollo, asegurándole una maduración progresiva del sistema digestivo y preparándolo para recibir otros alimentos en el futuro. Este ajuste de la leche a los requerimientos del lactante se producen gracias a las adaptaciones metabólicas de la

madre; que a su vez, permiten un máximo aprovechamiento de sus reservas y de los alimentos ingeridos.

Nutrición adecuada para prematuros

En los casos en los que nace un bebé prematuro, la leche materna se adapta igualmente a las necesidades del neonato. La leche que genera la madre en estos casos se denomina leche pretérmino, y tiene menor cantidad de lactosa y mayor cantidad de macrófagos, linfocitos, proteínas, IgA, lactoferrina, lisozima y otras enzimas. Estos factores benéficos confieren inmunidad pasiva al intestino neonatal. Yee et al. (2012) concluyen que con la lactancia artificial es 20 veces más frecuente la enterocolitis necrotizante neonatal, que con la lactancia materna.

Protección inmunológica

La leche materna es imprescindible para la creación de un sistema inmunitario eficiente en el niño, por esa razón los lactantes alimentados con leche humana, rara vez presentan enfermedades digestivas, respiratorias, otitis y alergias.

El calostro y la leche de transición contienen altas concentraciones de inmunoglobulina IgA y lactoferrina.

Fácil digestibilidad

La leche materna tiene la concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, por eso es de muy fácil digestión. Se aprovechan al máximo todos sus nutrientes y no produce estreñimiento ni sobrecarga renal.

Crecimiento y desarrollo óptimo

La leche materna asegura un desarrollo y crecimiento normales en el lactante, siendo ésta la única fuente de alimento durante los 6 primeros meses de vida y único alimento lácteo hasta los 12.

Organización sensorial

El contacto físico del niño con la madre durante el amamantamiento desarrolla sus patrones sensoriales y desarrolla sus sentidos.

Organización biocronológica y del estado de alerta

El contacto físico regular y constante con la madre proporciona al lactante un referente para organizar sus propios ritmos basales y su estado de alerta. También se ha demostrado que la lactancia materna disminuye el riesgo de apneas prolongadas, de asfíxia por aspiración e incluso de la muerte súbita del lactante.

Desarrollo dentomaxilar y facial

La práctica de succión-deglución-respiración que se da durante el amamantamiento desarrolla el sistema dento-máxilo-facial y la maduración de las futuras funciones bucales (masticación, expresión mimética y fonarticulación del lenguaje).

Desarrollo intelectual del niño

Los niños amamantados son más activos, tienen un mejor desarrollo psicomotor, mejor capacidad de aprendizaje, menos trastornos de lenguaje y un mayor coeficiente intelectual.

Recuperación de la madre postparto

La lactancia materna provoca la secreción de oxitocina en el torrente sanguíneo de la madre, actuando sobre la contracción del útero, evitando la hemorragia postparto y reduciendo éste a su tamaño original.

Establecimiento del apego

Durante la lactancia materna se produce un reconocimiento mutuo entre madre e hijo, se estableciendo entre ellos un fuerte lazo afectivo o "apego". Éste provoca en la madre un profundo sentimiento de ternura, admiración y necesidad de protección

del bebé. Y en el caso del lactante supone la base de las relaciones de tipo afectivo que podrá desarrollar en la edad adulta.

Equilibrio emocional de la madre

La lactancia materna eleva la autoestima de la madre y provoca un equilibrio emocional que promueven su desarrollo integral como mujer.

Como afirma el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP, 2012), la oxitocina disminuye la respuesta al estrés y ayuda a integrar las interacciones psicológicas entre madre y bebé. Quizá por esta razón la depresión postparto es menos frecuente en las madres que dan el pecho.

Refuerzo de lazos afectivos familiares

Con la lactancia materna se refuerzan los lazos afectivos y de solidaridad familiar.

Prevención del maltrato infantil

La primera forma de maltrato infantil es no satisfacer las necesidades básicas del niño pequeño al privarlo de la lactancia materna. La lactancia materna no es tan solo alimento, también es afecto, calor y estímulo esencial para su crecimiento y desarrollo. Hernández y Aguayo (2005), concluyen que el vínculo materno filial parece ser menor en los lactantes no amamantados, lo que ha sido asociado con un riesgo más elevado de maltrato y abuso sexual en algunos estudios.

Espaciamiento de los nacimientos

La lactancia materna exclusiva asociada a la amenorrea o también conocido como LAM (método lactancia materna y amenorrea), evita el embarazo en el 98% de los casos durante los primeros 6 meses después del parto, siendo el método anticonceptivo natural más eficaz.

Economía de recursos

La lactancia materna supone un gran ahorro económico para las familias, las instituciones, el país y el mundo entero. Weimer (2001), estudió el impacto económico de la lactancia materna, concluyendo que se podría ahorrar un mínimo de 3,6 billones de dólares en Estados Unidos si se llegara al 75% de lactancia materna exclusiva antes del alta hospitalaria y un 50% a los 6 meses. El ahorro vendría dado por la reducción de enfermedades como la otitis media, gastroenteritis y enterocolitis necrotizante neonatal y sus respectivos tratamientos. Otros factores a tener en cuenta serían la disminución de gasto sanitario, así como la reducción de costos de producción, almacenamiento, promoción, transporte y evacuación de envases y otros desechos.

Ventajas ecológicas

Los beneficios de la lactancia materna para el medio ambiente son debidos a que la leche materna es un recurso natural y renovable, ambientalmente respetuoso y ecológico; no contamina ni requiere de ninguna fuente de energía externa, como en el caso de la fabricación, transporte y promoción de leches artificiales y sus respectivos envases. También hay que tener en cuenta que tiene una función biológica vital en el control de crecimiento de la población al espaciar los nacimientos.

Tabla 3. Beneficios de la Lactancia Materna. Tabla de elaboración propia en base a Ávila (2005).

<p>SALUD INFANTIL</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuye la incidencia y severidad enfermedades infecciosas como la meningitis bacteriana, bacteriemia, diarrea, infección del tracto respiratorio, enterocolitis necrosante, otitis media, infección del tracto urinario o sepsis tardía en el prematuro. - Disminuye la mortalidad infantil residual - Disminuye el riesgo de muerte súbita infantil durante el primer año de vida. - Disminuye la incidencia de diabetes mellitus Tipo I y Tipo II - Disminuye la incidencia del linfoma, leucemia y enfermedad de Hodgkin. - Disminuye el riesgo de sobrepeso y obesidad. - Disminuye la incidencia de hipercolesterolemia y asma. - Mejora los resultados en las pruebas de desarrollo cognoscitivas. - Provee analgesia infantil.
<p>SALUD MATERNA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuye el sangrado postparto. - Provoca una involución uterina más rápida por aumento en las concentraciones de oxitocina. - Disminuye el sangrado menstrual. - Provoca amenorrea con un aumento del periodo intergenésico. - Provoca un retorno temprano al peso preconcepcional. - Disminuye el riesgo de cáncer de mama y ovario. - Disminuye el riesgo de osteoporosis y fracturas de cadera en el periodo postmenopáusico.
<p>COMUNIDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuye el costo de salud anual. - Disminuye el ausentismo laboral. - Disminuye las enfermedades infantiles. - Provoca una mayor atención a los hermanos. - Disminuye la contaminación ambiental al evitar el uso de latas y botellas. - Disminuye las demandas de energía para la producción y transporte de alimentos artificiales.

Hernández y Aguayo, 2005, también abordan el tema de los beneficios de la lactancia materna pero desde la perspectiva de los perjuicios que ocasiona la privación de ésta para el lactante, la madre, la comunidad y el medio ambiente.

La utilización de leches artificiales como alimento para los lactantes en lugar de leche humana, puede ocasionar numerosos problemas potenciales a corto y largo plazo, que procedemos a enumerar a continuación:

Problemas a corto plazo:

- Eleva el riesgo de muerte súbita del lactante
- Eleva la mortalidad postneonatal durante el primer año de vida (en países desarrollados) y la mortalidad infantil en menores de 3 años.
- Los lactantes tienen más procesos infecciosos (fundamentalmente gastroenteritis, infecciones respiratorias e infecciones de orina), estos son más graves y generan más hospitalizaciones.
- Los niños padecen más dermatitis atópica, problemas respiratorios y asma.
- El 83% de los casos de enterocolitis necrosante son debidos a la alimentación neonatal con sucedáneos de leche materna.

Problemas a más largo plazo:

- El sistema inmunitario digestivo y sistémico del lactante no es estimulado activamente en los primeros días y meses tras el nacimiento, por lo que desarrollan una respuesta inmunitaria menor a las vacunas y tienen mayor riesgo de padecer enfermedad celíaca, enfermedades autoinmunes, enfermedad inflamatoria intestinal, diabetes mellitus y algunos tipos de cáncer como leucemias, o esclerosis múltiple en la edad adulta.
- Existe un mayor riesgo de padecer cáncer de mama premenopáusico o postmenopáusico en la edad adulta en las niñas no amamantadas.
- Existe una mayor prevalencia de caries y ocasiona una mayor necesidad de correcciones ortodóncicas durante la infancia y adolescencia.
- Existe una mayor incidencia de hernias inguinales.
- Existe un peor desarrollo psicomotor y social durante el primer año de vida y se obtienen puntuaciones inferiores en los test cognitivos y de coeficiente intelectual y peores resultados en matemáticas y menor agudeza visual en la etapa escolar.
- Aumenta hasta el 20 % del riesgo de obesidad en la adolescencia
- Existe un mayor nivel de riesgo cardiovascular a partir de los 13 años y cifras más altas de presión arterial en la edad adulta.

Perjuicios para la madre:

- Existe un aumento del riesgo de hemorragia uterina postparto, mayor tiempo de hemorragia menstrual a lo largo de la vida (aumento del riesgo de anemia ferropénica).
- Existe un aumento del riesgo de diversas infecciones, de fractura espinal y de cadera postmenopáusicas, de cáncer de ovario y de cáncer de mama.
- Existe un aumento del riesgo de artritis reumatoide proporcional al número total de meses de amamantamiento.

Perjuicios para la comunidad y el medio ambiente:

- Aumento importante del gasto sanitario.
- Aumento del absentismo laboral de los progenitores.
- Aumento del gasto familiar (compra de medicamentos, sucedáneos y los utensilios necesarios para su administración, esterilización, etc.). (biberones, calienta-biberones, esteriliza-biberones, etc.).
- Aumento de la producción de basura, gasto de agua y electricidad, provocando una mayor contaminación medioambiental.

Así pues, podemos concluir que existe evidencia científica más que suficiente que demuestra los numerosos beneficios de la lactancia materna, y aunque no existe una homogeneidad a la hora de su clasificación, todos los autores terminan concluyendo que la lactancia materna es beneficiosa para el lactante, la madre, la familia, la comunidad y el medio ambiente en general.

4.2. EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE LACTANCIA MATERNA A NIVEL MUNDIAL

Para poder desarrollar estudios epidemiológicos en cuanto a lactancia materna a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló unos conceptos básicos de medición, que han servido de punto de partida para el desarrollo de investigaciones científicas acerca de los progresos en cuanto a la promoción de la lactancia materna.

Tal y como se puede comprobar en el trabajo de “Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño” (OMS 2007), el primer informe que se publicó donde se mostraban indicadores por países para evaluar las prácticas de lactancia materna, fue en 1991. En dicho trabajo, se pone de manifiesto la importancia en cuanto a la utilización de indicadores y metodología universal en la recogida de datos sobre lactancia materna.

Los indicadores fueron modificados y ampliados en función de las nuevas recomendaciones de la OMS en materia de lactancia materna. Tanto es así que en 2002 se publicó un marco conceptual para identificar los indicadores potenciales de prácticas de alimentación complementaria, y se desarrollaron los principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado.

En 2004 la OMS inició una serie de actividades dirigidas hacia la definición y validación de indicadores que reflejaran la calidad y cantidad de la alimentación del lactante, utilizando grupos de datos existentes provenientes de 10 lugares, en diferentes países en desarrollo. En 2006 se publicó el resultado del anterior análisis, el cual, fue la base para un grupo modificado de indicadores que aparecen en el “Informe sobre indicadores de alimentación del lactante y del niño pequeño” (2007).

Los indicadores que aparecen definidos en el informe de 2007, son los que actualmente se usan para evaluar las prácticas en cuanto a lactancia materna a nivel mundial. Estos indicadores se dividen en básicos (los tres primeros) y opcionales (los cinco últimos):

1. - *Inicio temprano de la lactancia materna*: Proporción de niños nacidos durante los últimos 24 meses que fueron amamantados dentro del plazo de una hora de su nacimiento.
2. - *Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses*: Proporción de lactantes de 0 a 5 meses de edad alimentados exclusivamente con leche materna.
3. - *Lactancia materna continua al año de vida*: Proporción de niños de 12 a 15 meses de edad que son amamantados.
4. - *Niños que fueron amamantados alguna vez*: Proporción de niños nacidos en los últimos 24 meses que fueron amamantados alguna vez.
5. - *Lactancia materna continua a los 2 años*: Proporción de niños de 20 a 23 meses de edad que fueron amamantados.
6. - *Lactancia materna adecuada según la edad*: Proporción de niños de 0 a 23 meses de edad que fueron amamantados adecuadamente.
7. - *Lactancia materna predominante antes de los 6 meses*: Proporción de lactantes de 0 a 5 meses de edad que son predominantemente amamantados.
8. - *Duración de la lactancia materna*: La duración mediana de la lactancia materna entre los niños de menos de 36 meses de edad.

En el “Examen estadístico de un mundo apropiado para los niños y las niñas” (UNICEF, 2007) encontramos que la evolución de las tasas de lactancia materna a nivel mundial desde 1996 hasta 2006 es bastante alentadora.

Como se puede comprobar en la Figura 1, todos los países, a excepción de Oriente Medio y África del Norte, mejoran los porcentajes de lactancia materna exclusiva, siendo África subsahariana y Europa Central y del Este / Comunidad de Estados Independientes (ECE / CEI) los que lograron los progresos más notables.

El objetivo de la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) como se puede observar en el anterior informe, es proteger, promover y

apoyar la lactancia materna hasta los dos años de edad, o incluso más tarde. Haciendo hincapié en la lactancia exclusiva durante los seis primeros meses de vida y la lactancia asociada a una correcta alimentación complementaria a partir de los seis meses. “Alimentar a los lactantes de una manera correcta es la clave para su supervivencia, sobre todo, en los países en desarrollo en los que la lactancia exclusiva puede llegar a evitar un 13% de las defunciones en menores de cinco años” (p. 10).

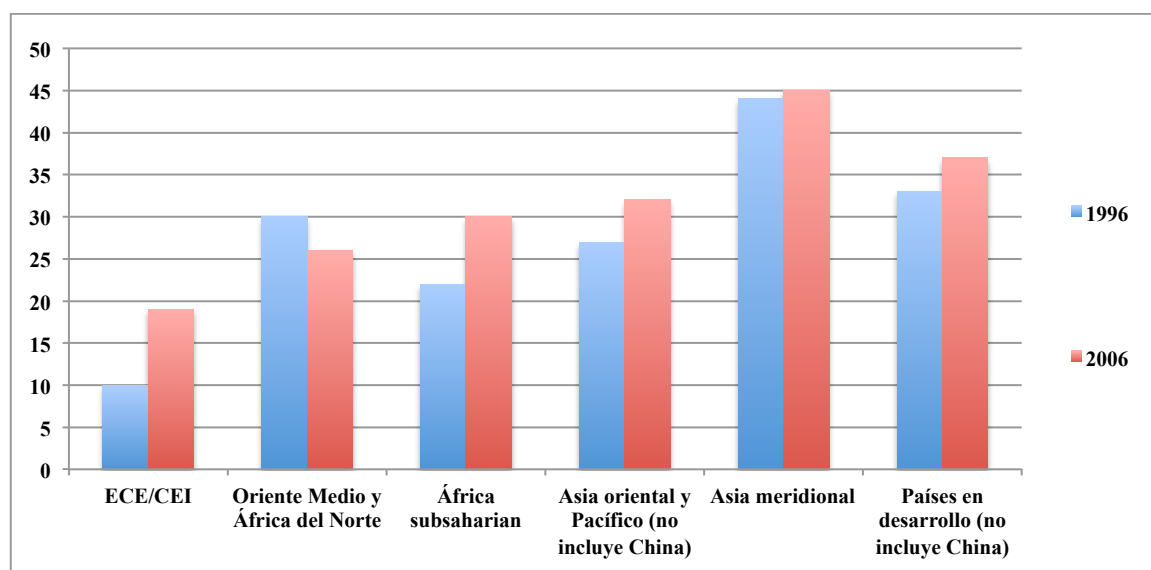


Figura 1. Evolución de los porcentaje de lactantes, alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida por regiones desde 1996 hasta 2006 (Figura de elaboración propia en base a UNICEF, 2007).

En la Tabla 4 podemos ver los porcentajes de lactancia materna exclusiva por países, siendo Asia meridional la que más destaca con un 45% y ECE/CEI la que menos con un 19%. Aunque estas cifras distan mucho de ser las recomendadas por las agencias internacionales de salud (OMS, 2002: OMS/PAHO, 2003: OMS, 2005), sigue existiendo una evolución positiva en los porcentajes de lactancia materna exclusiva, tal y como se puede comprobar en la Tabla 5 en donde aparecen los datos estadísticos más recientes en cuanto a lactancia materna a nivel mundial.

Tabla 4. Porcentaje de lactantes alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida por regiones (Tabla de elaboración propia en base a UNICEF, 2007).

ECE/CEI	19%
ÁFRICA SEPTENTRIONAL Y ORIENTE MEDIO	28%
ÁFRICA SUBSAHARIANA	30%
ASIA ORIENTAL Y PACÍFICO	43%
ASIA MERIDIONAL	45%

En las cifras publicadas en 2013 en el informe de UNICEF (Tabla 5), encontramos un aumento importante de las tasas de lactancia materna exclusiva respecto a las de 2007. En Asia meridional se aprecia un aumento del 2% en y África subsahariana un aumento del 7%.

Tabla 5. Tabla Nutrición. Estado mundial de la infancia 2013 (Tabla de elaboración propia en base a UNICEF, 2013).

	INICIACIÓN TEMPRANA A LA LACTANCIA MATERNA (%)	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA < 6 MESES (%)	LACTANCIA MATERNA A LOS 2 AÑOS (%)
ÁFRICA SUBSAHARIANA	48	37	50
ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL	56	52	59
ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL	41	25	43
ASIA MERIDIONAL	39	47	75
ASIA ORIENTAL Y PACÍFICO	41	28	42*
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	-	37	-
ECE/CEI	-	-	-
PAISES MENOS ADELANTADOS	52	49	64
MUNDO	42	39	58*

**No incluye China*

Gracias a la monitorización periódica y estandarizada de datos sobre lactancia materna por parte de la OMS y UNICEF, nos podemos hacer una idea de cómo está la situación actual y cómo ha ido evolucionando a lo largo de la historia.

Los datos analizados en este apartado nos hace pensar que las estrategias en materia de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna, aunque lentamente, están siendo efectivas.

4.3. EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE LACTANCIA MATERNA A NIVEL NACIONAL

La Comisión Europea y la Dirección de Salud Pública y Evaluación de Riesgos en su proyecto de “Promoción de la Lactancia Materna en Europa” (European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, 2008), considera que el apoyo, promoción y protección de la lactancia materna es una prioridad de salud en Europa.

A pesar de los esfuerzos en mejorar los porcentajes de lactancia materna a nivel europeo, la realidad es que los bajos índices y el abandono temprano de la lactancia materna, siguen causando grandes problemas de salud a las mujeres, niños, comunidad y medio ambiente en general.

Con el proyecto anteriormente mencionado, se pretende, entre otras cosas, cambiar las políticas y leyes en cuanto a lactancia materna, marcando unas guías y pautas de actuación concretas. Uno de los primeros pasos a seguir para conseguir estos cambios, es la monitorización y evaluación de los porcentajes de inicio, exclusividad y duración de la lactancia materna.

El problema que actualmente se plantea en este informe, es la falta de unanimidad por parte de los países que componen la Unión Europea, a la hora de usar indicadores, definiciones y métodos universales basados en las recomendaciones de la OMS. Es por esto, que las tasas de lactancia materna europeas son difíciles de comparar con el resto del mundo.

Aun así, encontramos en el trabajo de Cattaneo, Yngve, Koletzko y Guzmán (2005), una tabla con los porcentajes de lactancia materna en Europa por países y años (desde 1994 hasta 2002). Siendo España la que se encuentra con la tasa más baja de iniciación a la lactancia materna, seguida de Inglaterra. En cambio Noruega, Lituania y Dinamarca se encuentran a la cabeza del ranking llegando a un 99%, 98% y 98% respectivamente.

El común denominador de todos los países que componen Europa, en cuanto a los porcentajes de lactancia materna se refiere, es la caída en picada de los casos de lactancia materna exclusiva de los seis meses en adelante. Encontrando tasas tan bajas como Finlandia con un 1% de lactancia exclusiva a los seis meses. Noruega, por el contrario, sigue siendo la que más destaca, incluso con lactancia materna a los doce meses llegando a un 36%.

Centrándonos en España, encontramos que el Instituto Nacional de Estadística (INE), realiza mediciones periódicas sobre la prevalencia y duración de la lactancia materna en España. Los porcentajes más recientes, son los expuestos en la Figura 2, que corresponden al año 2011-2012.

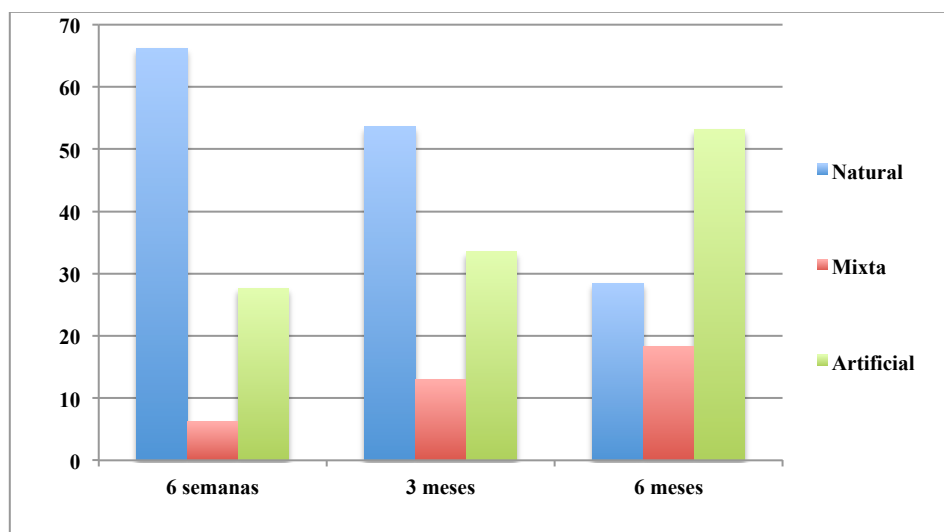


Figura 2. Porcentajes de lactancia materna en España (gráfica de elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Salud, 2011-2012 & INE, 2013).

Como se puede apreciar en la Tabla 6, el INE clasifica los tipos de lactancia en natural, mixta y artificial, y realiza las mediciones a las seis semanas, tres meses y seis meses.

Tabla 6. Porcentajes de lactancia materna en España durante los años 2011 y 2012. (Tabla de elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Salud, 2011-2012 & INE, 2013).

	6 SEMANAS	3 MESES	6 MESES
NATURAL	66,20%	53,59%	28,44%
MIXTA	6,17%	12,91%	18,37%
ARTIFICIAL	27,63%	33,50%	53,19%

Hay una progresión descendente de lactancia natural a lo largo de los meses llegando a bajar de las seis semanas a los seis meses en un 37,76%. Por el contrario, en las lactancias mixtas y artificiales se produce un aumento exponencial a lo largo de los meses, siendo la subida más importante la de la lactancia artificial de las seis semanas a los seis meses, pasando de un 27,63% a un 53,19%.

Si analizamos la Tabla 7, en donde aparecen los porcentajes de lactancia materna en 2006, pero esta vez por comunidades, observamos que existe una gran diferencia entre La Rioja y Ceuta y Melilla. Encontramos así que La Rioja es la comunidad que más destaca en cuanto a lactancia materna natural a las seis semanas y a los tres meses con un 84,11% y un 74,37% respectivamente. Seguida del País Vasco, que también es el que más destaca en cuanto a lactancia materna natural, pero a los seis meses con un 39,19%. Ceuta y Melilla es la comunidad que obtiene las cifras más bajas de lactancia materna a las seis semanas, tres y seis meses, separándose del resto de comunidades de forma considerable. A los seis meses tan solo un 1,59% de las mujeres dan el pecho de forma natural en Ceuta y Melilla y por el contrario, un 92,30% lo hacen de forma artificial.

Tabla 7. Prevalencia y duración de la lactancia materna por comunidades en el año 2006. Tabla de elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Salud (2006) & Instituto Nacional de Estadística (2008).

	6 SEMANAS			3 MESES			6 MESES		
	Natural	Mixta	Artific.	Natural	Mixta	Artific.	Natural	Mixta	Artific.
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

Murcia, se encuentra superando ligeramente a la media de comunidades en cuanto al porcentaje de iniciación a la lactancia materna (lactancia natural a las seis semanas), pero si hablamos de permanencia (lactancia natural a los seis meses) vemos que Murcia se encuentra por debajo de la media nacional.

Si calculamos la media de la lactancia natural a las seis semanas y a los seis meses en la Tabla 7 (que corresponde al año 2006) y lo comparamos con la Tabla 6 (que corresponde al año 2011-2012), vemos que desde el año 2006 hasta el 2012 se produce un aumento, tanto de la prevalencia de la lactancia materna natural, pasando de un 55,29% a un 66,20% a las seis semanas, como de la duración, con un incremento del 23,72% al 28,44% a los seis meses.

4.4. EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE LACTANCIA MATERNA A NIVEL REGIONAL

En 2008, se publica el “Proyecto Malama en la Región de Murcia (España): medio ambiente y lactancia materna” donde se estudian los factores protectores y de riesgo de la calidad y duración de la lactancia materna completa y total en la Región de Murcia. Para ello se realizó el seguimiento durante seis meses de 101 parejas cuyos niños hubieran nacido en la maternidad del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca en el mes de diciembre de 2006.

En este estudio aparecen los porcentajes de lactancia materna completa (LMC) y lactancia materna total (LMT) desde el momento del alta hospitalaria, hasta los 6 meses de edad del bebé. La terminología usada se basa en las categorías de lactancia materna que define la OMS en su “Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding: Conclusions and recomendations.”(2001)

-Lactancia materna completa (LMC): que contempla la LM exclusiva y casi exclusiva incluyendo el aporte de líquidos no nutritivos.

- Lactancia materna total (LMT): que incluye el período total de leche materna con o sin otros aportes nutritivos.

Los resultados en cuanto a porcentajes de lactancia materna, obtenidos en el estudio de Ortega et al. (2008), se reflejan en la Figura 3.

Los resultados del estudio sugieren que, aunque en el momento del alta hospitalaria los porcentajes de lactancia materna son elevados, el descenso brusco a lo largo de los meses hace que la lactancia prolongada siga siendo un objetivo fundamental por cumplir cuando hablamos de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.

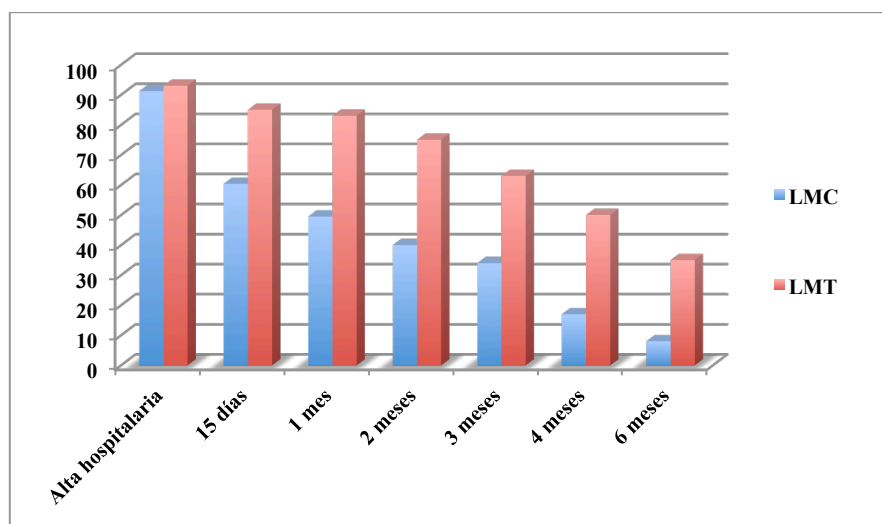


Figura 3. Porcentajes de LMC y LMT de los 0 a los 6 meses en el Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca en el año 2006. Figura de elaboración propia en base al Proyecto Malama en la Región de Murcia (2008).

En cuanto a la discusión del proyecto, encontramos que los factores que disminuyen la duración de la lactancia materna son:

- Consumo de tabaco materno.
- Edad materna elevada.
- Cesárea.
- Bajo nivel de estudios de los padres.
- Primer bebé.

En cambio la prolongación de la baja maternal y las experiencias satisfactorias en cuanto a lactancia materna con hijos anteriores, mejoran la duración de ésta.

En el estudio proponen una serie de medidas para mejorar los porcentajes de lactancia materna en la Región, marcándose como objetivo las recomendaciones sobre lactancia materna prolongada que dicta la OMS. Estas medidas son:

- El fomento de la investigación en cuanto a lactancia materna.
- El seguimiento del modelo que sugiere la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAM).
- Insistir en el abandono tabáquico de las mujeres embarazadas y que lactan.

IMPACTO DE LAS REDES DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN LA REGIÓN DE MURCIA

- Focalizar los programas de apoyo a las mujeres con factores de riesgo de abandono de la lactancia materna anteriormente mencionados (fumadoras, con edad elevada, con bajo nivel de estudios, primíparas, y con cesárea).
- Unir fuerzas para apoyar la prolongación de la baja materna.

4.5.FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL INICIO O CESE DE LA LACTANCIA MATERNA

García Méndez (2010), afirma que la lactancia materna es uno de los fenómenos naturales más influenciados por la cultura (proceso bio-cultural). Tal vez por esta razón, podamos entender que existan grandes variaciones en los porcentajes de lactancia materna a lo largo de la historia y en distintas poblaciones dentro del mismo momento temporal.

Existe evidencia científica acerca de los factores protectores y desfavorecedores de la lactancia materna, y aunque los factores descritos difieran de un autor a otro, la mayoría coincide en que los profesionales sanitarios juegan un papel fundamental a la hora de apoyar, promocionar y proteger la lactancia materna.

Los factores desfavorecedores comunes a varios autores son la prematuridad, el bajo peso al nacer y las opiniones desfavorables por parte de amigos, familiares o incluso profesionales.

A continuación se detallan en las Tablas 8 y 9, los factores protectores y desfavorecedores de la lactancia, primero por Riquelme, Villegas y López (1992) y después por el Comité de lactancia Materna de la AEP (2004), en su guía para profesionales.

Tabla 8. Factores protectores y desfavorecedores de la lactancia. Tabla de elaboración propia en base a Riquelme, Villegas & López (1992).

FACTORES PROTECTORES	FACTORES DESFAVORECEDORES
<ul style="list-style-type: none"> - Decisión materna de amamantar durante más de 6 meses. - Haber tomado la decisión antes del embarazo. - Haber sido amamantada. - Haber tenido experiencias previas satisfactorias en relación a la lactancia materna. 	<ul style="list-style-type: none"> - La madre cree que no debe dar el pecho cuando el niño llora. - Considerar que el reflejo de succión del niño es un signo de quedarse con hambre. - No alimentar a demanda. - Evitar amamantar en público. - Opiniones familiares desfavorables. - Fracaso con un hijo anterior. - Prematuridad del recién nacido. - Bajo peso al nacer.

Tabla 9. Factores que influyen sobre el establecimiento de la lactancia materna según hallazgos de diferentes autores. Tabla de elaboración propia en base al Comité de Lactancia Materna de la AEP (2004).

FACTORES FAVORECEDORES	FACTORES DESFAVORECEDORES
<ul style="list-style-type: none"> - Mayor edad materna. - Nivel de estudios materno. - Decisión materna y confianza. - Apoyo familiar. - Multiparidad. - Educación maternal. - Control del embarazo en centro de salud. - Ausencia de factores de riesgo social. - Vivencia favorable del embarazo. - Hospital pequeño. - Practicas hospitalarias adecuadas. - Parto eutócico. - <i>Rooming in</i> (alojamiento conjunto). 	<ul style="list-style-type: none"> - Madre adolescente o factor de riesgo psicosocial. - Trabajo materno. - Regalos de la industria. - Prácticas hospitalarias erróneas. - Hijos previos. - Embarazo no controlado por matrona. - Etnia gitana. - Recién nacido varón. - Hospital grande. - Biberones en hospital y chupetes. - Cesárea. - Enfermedad materna o neonatal. - Ingreso en el Servicio de Neonatología. - Prematuridad. - Bajo peso al nacimiento.

Resulta curioso como uno de los factores protectores, determinantes de la lactancia materna, según los estudios consultados, es la preparación al parto y el apoyo postnatal. Según Hernández Aguilar y Aguayo Maldonado (2005), la mayoría de las mujeres toman la decisión en el primer trimestre o antes, aunque muchas se deciden al final del embarazo y unas pocas después del parto. Así mismo, concluye que los profesionales que mayor influencia ejercen sobre las mujeres, en su decisión de lactar, son las matronas y los pediatras. Por el contrario los biberones de suero o fórmula administrados en la maternidad sin indicación médica, las muestras de regalo ofrecidas tras el parto y la falta de apoyo a la lactancia o de detección y solución de los problemas más frecuentes al inicio, son fuertes causas de fracaso en la lactancia.

La elección del Hospital tiene una gran importancia ya que se puede triplicar la probabilidad de que el bebé sea amamantado con respecto a las probabilidades que éste tendría si naciera en otro Hospital. Así los Hospitales pequeños, los que gozan del galardón Hospital Amigo de los Niños o los que están en proceso para obtener dicho galardón suelen ser los más favorecedores e influyentes sobre las madres en su decisión de lactar.

Resulta sorprendente que los niños con bajo peso al nacer, que son aquellos que precisamente más necesitan ser amamantados, son los que mayor riesgo tienen de no serlo. En cambio está demostrado que establecer medidas de apoyo a la lactancia en los servicios en donde se trabaja con lactantes y las técnicas de ayuda proporcionadas por personal cualificado y consejeras de lactancia resulta de gran ayuda para mejorar los porcentajes de lactancia materna en niños de bajo peso o prematuros. El parto natural, técnicas como el “método canguro”, “contacto piel con piel” o el “rooming in” (alojamiento conjunto) resultan muy efectivas en conjunto a la hora de mejorar las tasas de lactancia materna a corto y largo plazo.

CAPÍTULO 5

APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

“El acto más noble después de crear una vida es contribuir a protegerla”

Anónimo

5.1. PRINCIPALES PROGRAMAS DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA A NIVEL GUBERNAMENTAL E INSTITUCIONAL

A lo largo de la historia, han habido numerosos acontecimientos que a nivel gubernamental e institucional han supuesto un cambio en lo que respecta a las pautas de acción en cuanto a la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna (LM).

En este apartado desarrollaremos por orden cronológico, algunos de los programas más significativos a nivel mundial, empezando por la 27^a Asamblea Mundial de la Salud de 1974, hasta la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia de 2009.

Existen también, otros documentos esenciales para la promoción, asistencia y apoyo a la lactancia materna de otros comités y asociaciones que interesa resaltar, como son la American Academy of Pediatrics (AAP), La Asociación de matronas y enfermeras pediátricas (AWHONN), Asociación Internacional de Consultores de Lactancia (ILCA) o la Asociación Española de Pediatría (AEP), que resumimos a continuación en la Tabla 10.

Tabla 10. Documentos esenciales en cuanto a atención, promoción y apoyo a la LM.
Tabla de elaboración propia en base a Hernández Aguilar y Aguayo Maldonado, 2005.

DOCUMENTO	AÑO	ORGANIZACIÓN	RESUMEN
Guías Clínicas Basadas en la Evidencia para el manejo de la lactancia materna	1997-2004	AWHONN ILCA	Guías Clínicas con fuertes fundamentos científicos, que dan pautas de actuación para la práctica clínica de profesionales de la salud en contacto con lactantes.
Amamantamiento y uso de leche humana	2004	AAP	Trabajo que desarrollan en tres apartados: - Beneficios de la LM. - Guía para profesionales en cuanto a la asistencia de madres que lactan. - Recomendaciones en cuanto a la promoción y apoyo a la LM a todos los niveles (Hospital, Atención Primaria, Universidad, Comunidad y Nación).
La lactancia materna. Cómo Promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica	2005	AEP	Documento que trata sobre situación actual de la LM en España, desarrollando los problemas derivados de las bajas tasas de incidencia y duración de ésta. Sugiere pautas concretas de actuación para profesionales y pone de manifiesto la necesidad de unión por parte de los profesionales como promotores de salud así como políticas que respalden la promoción y el apoyo a la LM para solucionar el problema de Salud Pública en el que nos encontramos actualmente.

5.1.1. 27^a y 31^a Asamblea Mundial de la Salud

En 1974 encontramos el primer documento (WHA 27.17) que a nivel internacional hace mención a la importancia de fomentar la acción de los servicios sanitarios para proteger o restablecer en su integridad la influencia beneficiosa del medio sanitario sobre la salud.

Se pone de manifiesto el descenso de las tasas de lactancia materna a nivel mundial a causa de factores socioculturales y de la publicidad por parte de las leches

artificiales. Éste será el primer paso para desarrollar más adelante, en 1981, el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna por parte de la OMS y UNICEF.

En 1978, la World Health Academy (WHA), se vuelve a reunir para redactar el informe de la 31^a Asamblea Mundial de la Salud. En esta ocasión se tratan los problemas internacionales relacionados con los criterios y prácticas nacionales en materia de productos medicinales. Este informe vuelve a abordar la necesidad de crear un reglamento para prevenir los métodos inapropiados de venta y promoción de alimentos para lactantes que se pueden utilizar para sustituir a la leche materna. También reconocen la necesidad de promocionar la LM con medidas legislativas y sociales para prevenir un problema de salud pública, como es la malnutrición infantil (ICDC & IBFAN, 2005).

Un año más tarde, la OMS y UNICEF se unen para hablar de alimentación infantil. En esta ocasión, se vuelve a tratar el problema que ocasiona la publicidad sin control de la industria de los sustitutos de la leche materna. También se trata la importancia en cuanto a protección, promoción y apoyo a la LM desde la formación a profesionales y la educación a la comunidad.

Tras la publicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, se siguen reuniendo los miembros de la WHA para publicar documentos relevantes sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño que resumimos en la Tabla 11.

Tabla 11. Resoluciones relevantes en cuanto a LM de la Asamblea Mundial de la Salud (Tabla de elaboración propia en base a ICDC & IBFAN, 2005).

RESOLUCIÓN	AÑO	RESUMEN
WHA 27.17	1974	Fomentan la acción de los servicios sanitarios para proteger o restablecer en su integridad la influencia beneficiosa del medio sanitario sobre la salud. Se pone de manifiesto el descenso de las tasas de LM a nivel mundial a causa de factores socioculturales y de la publicidad por parte de las leches artificiales.
WHA 31.47	1978	Recomienda a los Estados Miembros dar alta prioridad para prevenir la desnutrición del lactante y el niño pequeño mediante el apoyo y el fomento de la LM. Realizando reglamentos para prevenir la venta y promoción inapropiada de los sucedáneos de la leche materna.
WHA 33.32	1980	Hacen un llamamiento a los gobiernos para tomar disposiciones urgentes acerca de las actividades de promoción a la LM y examinan las prácticas de publicidad de leches artificiales recomendando medidas correctivas ante los casos que no respeten el Código Internacional. Solicitan medidas complementarias en favor de las madres que trabajan fuera de sus casas durante el período de la lactancia.
WHA 34.22	1981	Ésta es la resolución mediante la cual se adopta el Código Internacional. La resolución hace hincapié en que la adopción y el cumplimiento del Código Internacional. Insta además a los Estados Miembro a adaptarlo a la legislación, las normas y otras medidas adecuadas en el nivel nacional.
WHA 35.26	1982	Se reconoce que la comercialización de sucedáneos de la leche materna contribuye a un incremento de la alimentación artificial e insta a una renovada atención para implementar y monitorear el Código Internacional tanto en el nivel nacional como internacional.
WHA 37.30	1984	Ésta resolución solicita una vez más al Director-General trabajar conjuntamente con los Estados Miembro para implementar y monitorear el Código Internacional y examinar la promoción y el uso indebido de sucedáneos de la leche materna.
WHA 39.28	1986	Se modifica el Artículo 6.6 del Código Internacional, afirmando que los sucedáneos de la leche materna no deberían comprarse ni ser entregados de forma gratuita o a bajo costo. Señala igualmente, que las leches de seguimiento no son necesarias.
WHA 41.11	1988	Pide al Director General y a los Estados Miembros que proporcionen asistencia legal y técnica en el diseño e implementación del Código Internacional.

WHA 43.3	1990	Solicita una vez más que se respete el Artículo 6.6 (suministros gratuitos y de bajo costo). Así mismo apoya la declaración de la OMS y UNICEF acerca de la importante función de los servicios de maternidad sobre la protección, promoción y apoyo a la LM. Primer paso para la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN).
WHA 45.34	1992	Persiste en cuanto a la total implantación del Código Internacional y reconoce su apoyo a la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños y los objetivos de la Declaración de Innocenti.
WHA 47.5	1994	Extiende la implantación del Artículo 6.6 a todas las áreas del sistema de salud (prohibiendo el suministro gratuito o de bajo coste de leches artificiales). También hacen recomendaciones para casos de emergencia en alimentación de lactantes.
WHA 49.15	1996	Se hace un llamamiento de los Estados Miembro para que el monitoreo de la aplicación del Código Internacional se realice de manera transparente, independiente y libre de todo interés comercial.
WHA 54.2	2001	Se pone fin a la controversia relacionada con el período óptimo de amamantamiento exclusivo y se establecen claramente los seis meses como recomendación de salud pública mundial.
WHA 55.25	2002	Apoya la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño e insiste en las ventajas de la lactancia materna exclusiva para los primeros seis meses de vida y la necesidad de mejorar la alimentación complementaria.
WHA 58.32	2005	Se pone de manifiesto los riesgos de contaminación intrínseca de fórmulas infantiles en polvo con microorganismos y exige que esta información sea transmitida mediante advertencias en las etiquetas. También insiste en la necesidad de apoyar económicamente a los profesionales, a la investigación y a los programas de salud que promuevan, protejan o apoyen a la LM.

5.1.2. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna

Tras la 34^a Asamblea Mundial de la Salud, en 1981, se publica el 21 de mayo de ese año por 118 Estados Miembro a favor, uno en contra (EUA) y tres abstenciones (Argentina, Japón y Corea), el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

Este Código se crea con el objetivo de promover, proteger y apoyar a la LM desde la regulación de la publicidad y la venta de leches artificiales.

Como hemos visto en el apartado anterior, el Código es respaldado por la Asamblea Mundial de la Salud, que año tras año, desde 1974, crea nuevas resoluciones relativas a la normativa vigente en cuanto a la utilización, distribución, comercialización y promoción de los sustitutos de la leche materna.

Se entiende en el Código, que los *sucedáneos de la leche materna* son: preparaciones para lactantes, productos de origen lácteo, alimentos y bebidas administrados con biberón, cualquier producto que pueda servir para sustituir parcial o totalmente la leche materna, los biberones y las tetinas.

También encontramos en el documento (ICDC & IBFAN, 2005), las definiciones de *agente de salud* como: “toda persona, profesional o no profesional, incluidos los agentes voluntarios, no remunerados, que trabaje en servicios que dependan de un sistema de atención de salud” (p. 9-10). En esta definición, vemos como se le da la misma importancia al personal profesional como no profesional, a la hora de velar por la protección promoción y apoyo a la LM.

El Código Internacional declara, en sus artículos, que no está permitido ningún tipo de promoción de sucedáneos de la leche humana. Entendiendo por esto, muestras gratis o a muy bajo costo, de productos que interfieran con la LM o cualquier tipo de soporte por parte de establecimientos sanitarios o agentes de salud.

Hace un llamamiento a todos los gobiernos, para que incorporen a su legislación dicho Código. En la actualidad, más de veinte países poseen proyectos de ley que lo incluyen.

Los artículos se desarrollan en once apartados:

- Objetivo del Código.
- Alcance del Código.
- Definiciones.
- Información y educación.
- El público en general y las madres.
- Sistemas de atención de salud.
- Agentes de salud.

- Empleados de los fabricantes y de los distribuidores.
- Etiquetado.
- Calidad.
- Aplicación y vigencia.

A continuación, vamos a destacar algunos de los artículos del Código más relevantes en cuanto a la protección, promoción y apoyo a la LM:

- *Artículo 4.2:* Los materiales informativos y educativos, impresos, auditivos o visuales, relacionados con la alimentación de los lactantes y destinados a las mujeres embarazadas y a las madres de lactantes y niños de corta edad, deben incluir datos claramente presentados sobre (...) ventajas y superioridad de la lactancia natural; nutrición materna y preparación para la lactancia natural y el mantenimiento de ésta; efectos negativos que ejerce sobre la lactancia natural la introducción parcial de la alimentación con biberón; dificultad de volver sobre la decisión de no amamantar al niño (...). Con ese material no deben utilizarse imágenes o textos que puedan idealizar el uso de sucedáneos de la leche materna.
- *Artículo 4.3:* Los fabricantes o los distribuidores sólo podrán hacer donativos de equipo o de materiales informativos o educativos a petición y con la autorización escrita de la autoridad gubernamental competente.
- *Artículo 5.1:* No deben ser objeto de publicidad ni de ninguna otra forma de promoción destinada al público en general.
- *Artículo 5.2:* Los fabricantes y los distribuidores no deben facilitar, directa o indirectamente, a las mujeres embarazadas, a las madres o a los miembros de sus familias, muestras gratuitas.
- *Artículo 5.3:* No debe haber publicidad en los puntos de venta, ni distribución de muestras ni cualquier otro mecanismo de promoción.
- *Artículo 6.1:* Las autoridades de salud de los Estados Miembros deben tomar las medidas apropiadas para estimular y proteger la lactancia natural y promover la aplicación de los principios del presente Código.
- *Artículo 6.3:* Las instalaciones de los sistemas de atención de salud no deben utilizarse para exponer sucedáneos de la leche humana.

- *Artículo 7.1:* Los agentes de salud deben estimular y proteger la lactancia natural.
- *Artículo 7.2:* La información facilitada por los fabricantes y los distribuidores a los profesionales de la salud (...) debe limitarse a datos científicos y objetivos y no llevará implícita la creencia de que la alimentación con biberón es equivalente o superior a la lactancia natural.
- *Artículo 7.4:* No deben facilitarse a los agentes de salud muestras de preparaciones para lactantes o de otros productos.
- *Artículo 8.2:* El personal empleado en la comercialización de sucedáneos no debe (...), desempeñar funciones educativas en relación con las mujeres embarazadas o las madres de lactantes y niños de corta edad.
- *Artículo 9.1:* Las etiquetas deben concebirse para facilitar toda la información indispensable acerca del uso adecuado del producto y de modo que no induzcan a desistir de la lactancia natural.
- *Artículo 11.1:* Los gobiernos deben adoptar, habida cuenta de sus estructuras sociales y legislativas, las medidas oportunas para dar efecto a los principios y al objetivo del presente Código, incluida la adopción de leyes y reglamentos nacionales u otras medidas pertinentes.

En 1994 se creó el Grupo Interagencial de Monitoreo de la Lactancia Materna (IGBM), compuesto por organizaciones no gubernamentales (ONG), iglesias, instituciones académicas e individuos interesados; con el fin de iniciar y supervisar a través de proyectos de investigación, un ejercicio de monitoreo para determinar si el Código Internacional de Comercialización de los Sucédáneos de la Leche Materna es violado (OMS, UNICEF & OPS, 2013).

Hay otros dos modelos internacionales que se pueden utilizar para monitorear el Código: OMS tiene su Marco Común de Revisión y Evaluación (WHO/NUT/96.2), y la Red Mundial de Acción Pro Alimentación Infantil (IBFAN) tiene un Manual de Monitoreo Estándar IBFAN. Pero el enfoque IBFAN es actualmente el más utilizado y se basa en el monitoreo continuo, con metodología rigurosa de investigación científica.

Si seguimos cualquiera de estos tres modelos internacionales, podemos

comprobar que tras más de treinta años de haberse publicado el Código, aún se violan e incumplen muchos artículos. Se ha mejorado en cuanto al etiquetado de los productos, y se han eliminado las formas más llamativas de publicidad; sin embargo, seguimos encontrando publicidad en internet y muestras gratuitas de leche artificial en Hospitales y Centros de Salud.

5.1.3. Convención de los Derechos del Niño

En 1989 se establece la Convención sobre los Derechos del Niño. Éste, es el primer instrumento internacional jurídicamente vinculante que incorpora toda la gama de derechos humanos para los niños: civiles, culturales, económicos, políticos y sociales. La Convención establece estos derechos en 54 artículos y dos protocolos (ONU, 1990). En el documento se definen los derechos básicos de los niños y niñas de todo el mundo; entre los que destacamos la supervivencia, el desarrollo pleno, la protección contra influencias negativas y la plena participación en la vida familiar, cultural y social.

Los gobiernos nacionales de los Estados Miembros, tras la ratificación y adhesión a la Convención, son responsables ante la comunidad internacional, a estipular y llevar a cabo todas las medidas y políticas necesarias para proteger y asegurar los derechos de la infancia.

En el artículo 24 encontramos que “Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (...) se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho (...) adoptarán las medidas apropiadas para reducir la mortalidad infantil; combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud; asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres; asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna (...), tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación

de esos conocimientos; desarrollen la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia (...). Se adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.”

Una vez más se pone de manifiesto, la necesidad de implicar a los gobiernos internacionales en el apoyo, promoción y protección de la LM.

5.1.4. Declaración de Innocenti

La Declaración de Innocenti se aprobó por los políticos de la OMS y UNICEF; la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional y la Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (Swedish International Development Authority-SIDA), el 1 de Agosto de 1990, en Spedale degli Innocenti, Florencia (Italia). La Declaración refleja el contenido de los documentos de base de la reunión y opiniones expresadas en sesiones de grupo y plenarias. La Declaración fue respaldada por el Consejo Ejecutivo del UNICEF y por la Resolución WHA45.34 (ICDC & IBFAN, 2005).

La OMS y UNICEF (1990), reconocen que la LM es un proceso único que:

- Provee una nutrición ideal para los niños y contribuye a su saludable crecimiento y desarrollo.
- Reduce la incidencia y la severidad de las enfermedades infecciosas, por lo tanto disminuyendo la morbilidad y la mortalidad infantil.
- Contribuye a la salud de la mujer reduciendo el riesgo de cáncer ovárico y del pecho y por aumentar el espaciamiento entre embarazos.
- Provee beneficios sociales y económicos a la familia y la comunidad.
- Provee a la mayoría de las mujeres con un sentido de satisfacción cuando hay lactancia exitosa.
- Los beneficios aumentan con el aumento de la exclusividad de la lactancia materna durante los primeros seis meses de edad y después de esto con

incremento en la duración de la lactancia materna con alimentación complementaria.

- La intervención programada puede provocar cambios positivos en el comportamiento de la lactancia materna.

Como objetivo de la Declaración, se plantea dar la oportunidad a todas las mujeres de amamantar de manera exclusiva hasta los seis meses de edad del niño y continuar con ésta, complementándola con otros alimentos apropiados hasta los dos años o más. Este objetivo se expone para todos los niveles de la sociedad, con la condición de reforzar todas las acciones que protejan, promuevan y apoyen la LM, dentro de programas complementarios como cuidado prenatal y perinatal, nutrición, servicios de planificación familiar, prevención y tratamiento de enfermedades comunes de la infancia y maternas.

Tal y como se especifica en el documento, es imprescindible que se refuerce la “cultura del amamantamiento” y se defienda enérgicamente de la “cultura del biberón, aumentando la confianza de las mujeres en su capacidad para amamantar. Para esto es necesario un entrenamiento en las habilidades necesarias para poner en práctica las políticas de LM de gobiernos, personal sanitario y sociedad en general.

Los objetivos propuestos para 1995 fueron:

- Crear un comité multisectorial de LM liderado por un coordinador nacional que cuente con la autoridad apropiada.
- Que todas las instituciones sanitarias respeten la declaración de la OMS y UNICEF de los “diez pasos hacia una feliz lactancia natural”.
- Poner en práctica el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en su totalidad.
- Crear leyes que protejan los derechos de amamantamiento de las trabajadoras.
- Elaborar estrategias de acción para proteger, fomentar y apoyar la lactancia materna, dirigidas a organizaciones internacionales.

- Apoyar la realización de análisis y encuestas nacionales sobre la situación en materia de amamantamiento
- Estimular y apoyar a las autoridades nacionales en la tarea de planificar, ejecutar, vigilar y evaluar sus políticas en materia de amamantamiento.

Estas metas operacionales fueron revisadas quince años después en la Declaración de Innocenti+15. Aunque se reconoce una significativa mejora en las prácticas mundiales de alimentación de lactantes y niños pequeños, se sigue poniendo de manifiesto la necesidad de seguir trabajando para lograr superar los desafíos pendientes en materia de protección, promoción y apoyo a la LM. Esta Declaración se desarrolla, con más detalle, en el apartado 5.1.8.

5.1.5. Iniciativa Hospital Amigo de los Niños

La IHAN (Iniciativa Hospital Amigo de los Niños), se trata de un movimiento liderado por la OMS y UNICEF, presentado en 1991 en el Congreso Mundial de Pediatría (Ankara); que tiene como objetivos promover, apoyar y proteger la lactancia materna a través de la aplicación de unas medidas que se especifican en “*Los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural*” (Tabla 12), aplicable para todas las instituciones de salud que proporcionen servicios de maternidad (WHO, 1999).

La IHAN se elaboró para llevar a cabo la segunda y tercera meta operativa de la Declaración de Innocenti:

- *Garantizar que todas las instituciones que proporcionen servicios de maternidad practiquen plenamente la totalidad de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural.*
- *Haber tomado medidas para poner en práctica los principios y objetivos de todos los artículos del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las subsiguientes resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud en su totalidad.*

Tabla 12. Los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural (OMS, 1998).

PASOS	INICIATIVAS
1	Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud
2	Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política
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	Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia 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 médicamente indicados
7	Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y los niños durante las 24 horas del día
8	Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite
9	No dar a los niños alimentados al pecho chupadores o chupetes artificiales
10	Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica

La IHAN se centra en las prácticas hospitalarias como principal, aunque no único, factor responsable de las bajas tasas de lactancia materna exclusiva. Se plantea la necesidad de empezar trabajando con los profesionales y centros sanitarios en donde se atienden a lactantes, como primera etapa para lograr una mejora en las tasas de lactancia materna. El segundo paso estaría enfocado a la población en general. Es

por esto que los objetivos de la IHAN son, tal y como especifica García Méndez (2010):

- *Capacitar a las madres para que puedan tomar una decisión fundada sobre la alimentación de sus hijos o hijas recién nacidas.*
- *Fomentar el inicio precoz de la lactancia materna.*
- *Promover la lactancia materna con carácter exclusivo durante los primeros seis meses de vida.*
- *Conseguir que los hospitales dejen de adquirir sucedáneos de la leche materna gratis o a bajo precio.*

El documento, avala con numerosos estudios científicos, cada uno de los diez pasos desarrollados; y reitera la importancia de llevar a cabo todas las intervenciones combinadas; ya que como también se comprueba, la aplicación de cada paso por separado no resulta tan efectivo.

Se comprueba con abundantes estudios como la aplicación de la IHAN, resulta efectiva tanto para mejorar la incidencia como la permanencia de la lactancia materna (OMS, 1998). Así se afirma, que el apoyo o asesoramiento después de ser dado de alta el bebé, combinado con el asesoramiento prenatal o en el hospital, es particularmente eficaz. El mayor cambio se observó en las habilidades de asesoramiento: «escuchar y aprender», «comunicación no verbal» y «dar confianza y apoyo». En cambio, otros estudios afirman que el componente más importante es el apoyo postnatal, a través de grupos de iguales, visitas a domicilio o seguimiento en consultorio. En cualquier caso, se demuestra que la clave para el éxito en cuanto a lactancia materna, se centra en la combinación de los 10 pasos conjuntamente.

En 2011, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, publica un informe evaluador de IHAN, en el que afirma que:

En la actualidad, en España hay acreditados 17 Hospitales IHAN, y otros 11 hospitales están en proceso de cambio. Esto supone el 3,1% del total de hos-

pitales y maternidades de España. Valorado de forma aislada, este dato no es muy satisfactorio. Pero lo cierto es que sin llegar al nivel exigido para conseguir la acreditación IHAN, en la mayoría de las maternidades se han producido cambios importantes en la asistencia al parto y la lactancia durante los últimos años, como consecuencia de las actividades de la IHAN. Comparados con otros países, España se encuentra entre el grupo de países desarrollados con menor porcentaje de hospitales IHAN.

Más tarde, Brodribb, Kruske y Miller (2012), publican en Pediatrics un estudio en el que evalúan la influencia de los Hospitales acreditados con la IHAN unos meses después de conseguir el galardón. Resulta sorprendente que el estudio afirma que la acreditación IHAN no tiene un impacto positivo sobre las tasas de lactancia a medio y corto plazo. Mientras que los cambios más significativos se dan en los Hospitales que se encuentran en el proceso para la acreditación. Así resalta en el estudio, cómo resulta imprescindible continuar evaluando la actividad asistencial y la aplicación de los 10 pasos incluso después de haber sido acreditado el Hospital.

5.1.6. Estrategia Mundial de Alimentación al Lactante y al Niño Pequeño

En 2002 se aprueba la Estrategia Mundial de Alimentación al Lactante y al Niño Pequeño (EMALNP) por la OMS y UNICEF, tras haberse reunido previamente en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud (OMS, 2002).

Como se puede comprobar en el documento, la Estrategia establece un marco normativo que se configura en nueve puntos:

- *Las prácticas de alimentación inapropiadas y sus consecuencias son grandes obstáculos al desarrollo socioeconómico sostenible y a la reducción de la pobreza.*
- *Las prácticas de alimentación apropiadas basadas en pruebas científicas son indispensables para alcanzar y mantener una nutrición y una salud adecuadas.*
- *Las madres y sus bebés forman una unidad biológica y social inseparable.*

- *Es fundamental que la cuestión de la alimentación mejorada del lactante y del niño pequeño siga ocupando un lugar destacado en el programa de acción de salud pública.*
- *Corresponde ahora a los gobiernos, a la comunidad internacional y a otras partes interesadas renovar su compromiso de promover la salud y la nutrición del lactante y del niño pequeño y de colaborar entre ellos con ese fin.*
- *Lo novedoso de la estrategia mundial es su enfoque amplio e integrado y el grado de urgencia necesario para aplicarlo.*
- *El método más racional y económico para lograr el fin y los objetivos de la estrategia es utilizar las estructuras sanitarias e intersectoriales existentes, reforzadas cuando sea necesario.*
- *El éxito de la aplicación de la estrategia mundial se basa, ante todo, en el logro de un compromiso político al más alto nivel y en el allegamiento de los recursos humanos y financieros indispensables.*
- *Otras condiciones de gran prioridad para tener éxito son la definición de metas y objetivos adecuados, un calendario realista para su logro, y un proceso y unos indicadores de resultados cuantificables.*

El objetivo general de la EMALNP es mejorar el estado nutricional, crecimiento, desarrollo y salud en general de los lactantes y los niños pequeños y, de ese modo, su supervivencia; mediante la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna.

Los objetivos específicos que se plantean en la estrategia son:

- Sensibilizar acerca de los principales problemas que afectan a la alimentación del lactante y del niño pequeño.
- Aumentar el compromiso de los gobiernos y las organizaciones internacionales.
- Crear un entorno propicio para que la sociedad en general colabore con la puesta en marcha de la estrategia.
- Servir de guía para la adopción de medidas concretas, basándose en las últimas investigaciones científicas y apoyando y adaptándose a las nuevas líneas de investigación.
- Aumentar la voluntad política, la inversión pública, la sensibilización entre los agentes de salud, la participación de las familias y las comunidades y la

colaboración entre los gobiernos, las organizaciones internacionales y otras partes interesadas.

Una vez más, todos los Organismos de Salud Mundiales se ponen de acuerdo para fomentar y apoyar la lactancia materna, como requisito indispensable de salud. Tras el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, la Declaración Mundial y Plan de Acción para la Nutrición, la Declaración de Innocenti y la Iniciativa “Hospitales Amigos de los Niños”; la EMALNP vuelve una vez más a pedir la colaboración y unión de gobiernos, instituciones sanitarias, y sociedad en general, para seguir trabajando en la consecución de los objetivos de salud propuestos año tras año, que tras muchos esfuerzos, siguen sin alcanzarse.

5.1.7. Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna en Europa: un plan estratégico para la acción

El 18 de Junio de 2004 se presenta en la Conferencia de la UE sobre La Promoción de la Lactancia en Europa de Dublín (Irlanda), el documento de *Protección, Promoción y Apoyo de Lactancia en Europa: plan estratégico para la acción*. Dicho documento se crea con la finalidad de combatir los bajos índices de lactancia materna que presenta Europa (iniciación, exclusividad y duración), basándose en los objetivos anteriormente propuestos en la 55 Asamblea Mundial de la Salud de 2002 (Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos, 2004).

El Plan Estratégico plantea acciones concretas contando con presupuestos, estructuras, recursos humanos y organizativos existentes en Europa. No solo centrándose en mejorar las tasas de lactancia materna, sino asegurando también la felicidad y satisfacción de madres y padres con su experiencia de lactancia, así como profesionales de salud más cualificados y satisfechos con su trabajo.

El documento se desarrolla en seis apartados que resumimos a continuación:

- **Política y planificación:** se basan en los objetivos generales planteados en

la EMALNP. Enfatiza la necesidad de crear políticas específicas para grupos con desventajas sociales y niños en circunstancias difíciles, que por otro lado, son colectivos con alto riesgo de abandono precoz de lactancia materna. El Plan Estratégico, desarrolla planes a corto y largo plazo para las autoridades nacionales, pidiendo la colaboración de coordinadores cualificados y comités intersectoriales.

- **Información, educación, comunicación (IEC):** La IEC va dirigida a personas individuales y comunidades. Este apartado es fundamental para restablecer la cultura de la lactancia materna en Europa. Los padres tienen derecho a una información completa, correcta y óptima sobre la superioridad de la leche materna como alimento imprescindible para el lactante. La información debe ser proporcionado por personal sanitario correctamente formado y preparado, consejeros y grupos de ayuda madre a madre (MaM). La información proporcionada debe de ser suficiente como para que los padres sean capaces de tomar una decisión informada sobre la alimentación de sus hijos.
- **Formación:** La mejor manera de mejorar competencias, es alentar al personal de salud relevante que asista a cursos de lactancia materna avanzados y adquiera la Certificación de Consultor de Lactancia Internacional (IBCLC) o una certificación equivalente demostrada. También reflejan la necesidad de revisar y desarrollar el contenido y el programa de la formación universitaria sobre lactancia materna basados en la evidencia, especialmente dirigido al personal situado en las áreas de maternidad y cuidados infantiles.
- **Protección, promoción y apoyo:** Este apartado se centra en la protección de la lactancia desde la completa implantación de Código Internacional y la legislación sobre protección de la maternidad. La promoción la desarrolla por medio de la implementación de políticas nacionales y recomendaciones a todos los niveles del sistema social y de salud. El apoyo lo plantea asegurando que *“todas las mujeres tengan acceso a servicios de ayuda en lactancia, incluyendo asistencia proporcionada por personal de la salud apropiadamente cualificado, consultores de lactancia, consejeras, y grupos de ayuda MaM. Se deben alentar las*

ayudas a la familia y a la sociedad a través de programas locales, basados en la colaboración entre servicios voluntarios y oficiales. Se debe proteger el derecho de las mujeres de amamantar cuando y donde ellas necesiten”.

- **Control:** El control y evaluación del Plan se enfoca hacia las prácticas de salud y servicios sociales; la implementación de las políticas, leyes y códigos; la cobertura y eficacia de las actividades de IEC; y la cobertura y eficacia de la formación. Se subraya la necesidad de crear indicadores, definiciones y métodos estándares para asegurar una correcta comparación y control de los índices de lactancia materna a nivel europeo.
- **Investigación:** Acentúan la necesidad de fomentar la investigación sobre el coste/beneficio, coste/eficiencia y viabilidad de las diferentes intervenciones sobre lactancia materna. Se hace imprescindible promocionar y apoyar la investigación de calidad, sin ningún tipo de conflicto de interés y basándose en las definiciones estándar de las categorías de la alimentación infantil.

En el documento, también podemos encontrar cuáles son los determinantes de la lactancia, agrupándose en cuatro bloques: Madre, niño y familia; Sistema Social de Salud; Políticas de Salud Pública; y Cultura y políticas sociales. Estos factores son los que, según los estudios científicos relacionados, intervienen y determinan las tasas de lactancia materna en Europa. A continuación presentamos la Tabla 13 especificándolos.

Tabla 13. Determinantes de la lactancia materna. Tabla de elaboración propia en base a Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos, 2004.

<p>Madre, niño, familia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Edad, paridad, salud física y psíquica de la madre - Experiencia en lactancia de la propia madre, y con sus previos hijos - Educación, trabajo, clase social, etnia, área de residencia - Conocimiento, actitud, seguridad en la habilidad de amamantar - Estado conyugal, tamaño de la familia, ayuda del padre/compañero y familia - Estilo de vida (tabaco, alcohol, drogas, dieta, ejercicio físico) - Peso al nacer, edad gestacional, tipo de parto, salud del recién nacido - Acceso a modelos que han tenido experiencias de lactancia positivas
<p>Sistema Social de Salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso a cuidados antenatales de calidad - Asistencia de calidad en el parto y en los primeros días - Acceso a cuidados de calidad postnatales para la madre y el bebé - Tipo y calidad de la ayuda profesional a la gestión de la lactancia - Acceso a consejería y a ayuda MaM
<p>Políticas de Salud Pública</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nivel de prioridad y ayuda financiera asignada a la lactancia - Políticas oficiales, recomendaciones y planes - Sistemas de control y vigilancia - Formación de calidad del personal sanitario antes y durante el servicio - Ayuda financiera para actividades voluntarias MaM - IEC y uso de diferentes medios de comunicación para la difusión de la lactancia
<p>Cultura y políticas sociales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Legislación y cumplimiento sobre el Código Internacional - Legislación y cumplimiento sobre protección de la maternidad - Representación y descripción de la alimentación infantil y maternidad en los medios de comunicación - Obstáculos y barreras a la lactancia en el público - Prevalencia y nivel de actividad de grupos de ayuda MaM de las comunidades - Nivel de sensibilidad y conocimiento en las comunidades

5.1.8. 15º Aniversario de la Declaración de Innocenti

Basándose en las metas operativas de la Declaración de Innocenti (1990) y la EMALNP (2000), se celebró en 2005 en Florencia (Italia), el quince aniversario de la Declaración de Innocenti sobre la Protección, Promoción y Fomento de la Lactancia Materna.

Se constata en el documento (ICDC & IBFAN, 2005), que aun habiendo mejorado las prácticas mundiales de alimentación de lactantes y niños pequeños, sigue quedando mucho trabajo por hacer en materia de protección promoción y apoyo a la lactancia materna. Se prevé en la revisión de la Declaración, que sólo con el progreso en las prácticas de lactancia materna, se salvarían más de 3.500 vidas de niños y niñas por día, esto supondría la intervención preventiva más importante sobre salud infantil a nivel mundial.

Se plantean nuevamente objetivos operativos de Desarrollo del Milenio para el 2015 (UNICEF, 2005), siendo algunos de los desafíos propuestos la pobreza, la pandemia del VIH, los desastres naturales, la contaminación, los sistemas de salud que invierten principalmente en servicios curativos en lugar de preventivos, las inequidades de género y las mayores tasas de mujeres que trabajan fuera del hogar entre otros.

Como consecuencia del quince aniversario de la Declaración de Innocenti, se marcaron cinco nuevos objetivos operativos adicionales, a los cuatro anteriormente planteados en 1990. Los objetivos lo resumimos a continuación:

- Elaborar, aplicar, supervisar y evaluar una política integral sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño.
- Velar por que el sector de la salud y otros sectores conexos protejan, fomenten y apoyen la lactancia natural exclusiva durante seis meses y la continuación de la misma, hasta que el niño tenga dos años de edad o más, facilitando el acceso de las mujeres, familias y comunidad en general a las redes o servicios de apoyo a la lactancia.

- Fomentar una alimentación complementaria pertinente, inocua y apropiada sin que esta suponga una interrupción de la lactancia natural.
- Facilitar el apoyo y asesoramiento sobre lactancia materna en circunstancias excepcionalmente difíciles.
- Estudiar nuevas leyes y medidas necesarias sobre políticas de alimentación del lactante y del niño pequeño.

En el documento se hace nuevamente hincapié sobre la necesidad de actualizar y mejorar las redes de apoyo a la lactancia y aumentar la formación de los profesionales de salud que trabajan con lactantes. La implantación de las políticas de salud necesitan ser más estrictas y acordes con la situación actual. Se pretende con la Declaración, que las madres sean capaces de tomar decisiones informadas sobre la alimentación óptima para sus hijos.

5.1.9. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia

La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia no es más que la adaptación de las siglas IHAN. Inicialmente IHAN significaba “Iniciativa Hospital Amigo de los Niños”, que traducido al inglés sería “Baby Friendly Hospital Initiative”(BFHI). Pero tras el rechazo provocado por el colectivo de pediatras españoles, se decidió cambiar el significado del acrónimo de IHAN, pasando de ser “Iniciativa Hospital Amigo de los Niños” a “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia”. Tras la falta de consenso en cuanto a su significado, en 2009 se decidió usar IHAN como término propio y no como acrónimo de las antiguas denominaciones (IHAN, 2011).

Los principales argumentos para rechazar la denominación de Iniciativa Hospital Amigo de los Niños fueron:

- La falta del reconocimiento como Hospital Amigo de los Niños, podría confundir, llegando a pensar que los Hospitales que no gozaran de dicho galardón podrían ser Hospitales enemigos de los niños.

- Tras el esfuerzo de la IHAN sobre la adecuación del lenguaje de género para evitar discriminaciones por el lenguaje, el termino niño supondría un agravio en cuanto al género femenino, excluyendo de ese modo a las niñas.

5.1.10. Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño

Del 21 al 25 de Mayo de 2012, se celebró en Ginebra la 65^a Asamblea Mundial de la Salud. Y en su resolución WHA 65.6, se elaboró el plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño, en el que se programaron seis metas mundiales para el 2025 y cinco acciones correspondientes (OMS, 2012).

Como se puede comprobar en el anexo 2 del documento, las metas mundiales propuestas para 2025 fueron:

- Reducir en un 40% el número de niños menores de cinco años en el mundo que sufre retraso en el crecimiento.
- Reducir a la mitad las tasas de anemia en mujeres en edad fértil.
- Reducir en un 30% la insuficiencia ponderal al nacer.
- Lograr que no aumenten los niveles de sobrepeso en la niñez.
- Aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida hasta un 50% como mínimo.
- Reducir la emancipación en la niñez y mantenerla por debajo del 5%.

La quinta meta implica un incremento anual del 2,3%, lo que significa que aproximadamente 10 millones de niños más se alimentarán exclusivamente de leche materna hasta los seis meses de edad.

Las cinco acciones presentadas para lograr los objetivos propuestos en el Plan fueron:

- Crear un entorno propicio para la aplicación de políticas integrales de alimentación y nutrición.

- Incluir en los planes nacionales de nutrición todas las intervenciones sanitarias eficaces que tengan efectos en la nutrición.
- Estimular la elaboración de políticas y programas fuera del sector de la salud que reconozcan e incluyan la nutrición.
- Proporcionar recursos humanos y económicos suficientes para la aplicación de las intervenciones nutricionales.
- Efectuar un seguimiento y una evaluación de la aplicación de las políticas y programas.

La última acción propuesta (seguimiento y evaluación de las políticas y programas), ha servido de soporte para establecer el conjunto básico de indicadores, imprescindibles para la aplicación de los sistemas de vigilancia nutricional de los países a nivel global y que desarrollamos a continuación.

5.1.11. Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño: elaboración del conjunto básico de indicadores

La OMS, el 21 de Noviembre de 2014, en su 136^a Reunión con el Consejo Ejecutivo, presenta un documento en el que elabora un conjunto básico de indicadores para facilitar la presentación de informes sobre la nutrición de madres, lactantes y niños pequeños. El principal objetivo de los indicadores, es medir los progresos relativos a las seis metas globales aprobadas por la Asamblea de la Salud y analizar a fondo la situación de cada país de manera independiente (OMS, 2014).

Los indicadores adicionales planteados en el documento se dividen en tres grupos:

- **Indicadores intermedios de resultados**, para vigilar las afecciones que inciden en el avance hacia las metas. Compuesto por cinco indicadores de los que destacamos “número de nacimientos durante un período de referencia determinado por 1000 mujeres de entre 15 a 19 años” y “proporción de niños en edad escolar y adolescentes (5 a 18 años) con sobrepeso”.

- **Indicadores de proceso**, para vigilar los programas y progresos en situaciones específicas. De los seis indicadores que componen este bloque resaltamos: “proporción de niños de 6 a 23 meses que reciben una dieta mínima aceptable” y “proporción de madres de niños de 0 a 23 meses que han recibido asesoramiento, apoyo o mensajes sobre prácticas óptimas de lactancia natural al menos una vez en el último año” .
- **Indicadores referentes al entorno y la capacidad normativos**, para medir el grado de compromiso político. Compuesto por tres indicadores: “número de profesionales capacitados en nutrición por 100 000 habitantes”, “número de países con legislación/reglamentos para la plena aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (resolución WHA34.22) y resoluciones pertinentes posteriores adoptadas por la Asamblea de la Salud” y “número de países con leyes o reglamentos de protección de la maternidad en vigor”.

5.1.12. Conclusiones acerca de los principales programas de apoyo a la lactancia materna a nivel gubernamental e institucional

La situación actual sobre lactancia materna a nivel mundial es el fruto de todos los hechos históricos que acabamos de desarrollar en este apartado. La protección, promoción y apoyo a la lactancia materna es el conjunto de acciones concretas dirigidas a gobiernos, instituciones, y población en general en un marco internacional propiamente definido. A continuación pasamos a resumir en una tabla los principales programas de apoyo desarrollados hasta ahora.

Tabla 14. Conclusiones acerca de los principales programas de apoyo a la lactancia materna.

Documento	Año	Organización	Resumen
27ª y 31ª Asamblea Mundial de la Salud	1974, 1978	OMS	Reflejan el espíritu que condujo al diseño del borrador del Código Internacional. Dan alta prioridad a la prevención de la desnutrición de lactantes y niños de corta edad mediante el apoyo y el fomento de la lactancia materna.
Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (CICSLM)	1981	OMS, UNICEF	Código que promulga disposiciones legislativas y reglamentos para proteger y apoyar a la lactancia materna. Su principal objetivo es evitar el uso innecesario e incorrecto de los sucedáneos de la leche materna a través de prácticas habituales de comercialización.
Convención de los Derechos del Niño	1989	ONU	Convención que establece los derechos de los niños en 54 artículos y dos protocolos. En su artículo 24 se pone de manifiesto la necesidad de apoyar, promover y proteger la lactancia materna bajo el compromiso de los gobiernos internacionales.
Declaración de Innocenti	1990	OMS, UNICEF	Declaración que defiende la “cultura del amamantamiento” por medio de la elaboración de estrategias concretas de acción para proteger, fomentar y apoyar la lactancia materna, entre las que destacamos políticas internacionales, creación de comités multisectoriales y supervisión sobre el cumplimiento del CICSLM y los 10 pasos hacia una feliz lactancia natural.
Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN)	1991	OMS, UNICEF	La IHAN tiene como objetivos promover, apoyar y proteger la lactancia materna a través de la aplicación de unas medidas que se especifican en “ <i>Los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural</i> ” aplicable para todas las instituciones de salud que proporcionen servicios de maternidad.
Estrategia Mundial de Alimentación al Lactante y al Niño Pequeño (EMALNP)	2002	OMS, UNICEF	La EMALNP insta a un renovado compromiso por parte de los gobiernos para implementar el Código Internacional. El objetivo general de la Estrategia es mejorar el estado nutricional, crecimiento, desarrollo y salud en general de los lactantes y los niños pequeños y, de ese modo, su supervivencia; mediante la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna.

IMPACTO DE LAS REDES DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN LA REGIÓN DE MURCIA

Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna en Europa: un plan estratégico para la acción	2004	Comisión Europea	El Plan Estratégico plantea acciones concretas sobre políticas, información, educación, comunicación, formación, protección, promoción, apoyo, control e investigación sobre lactancia materna. Contando con presupuestos, estructuras, recursos humanos y organizativos existentes en Europa. No solo centrándose en mejorar las tasas de lactancia materna, sino asegurando también la felicidad y satisfacción de madres y padres con su experiencia de lactancia, así como profesionales de salud más cualificados y satisfechos con su trabajo.
15º Aniversario de la Declaración de Innocenti	2005	OMS, UNICEF	Revisión sobre los objetivos planteados en la Declaración de Innocenti de 1990. Aun habiendo mejorado las prácticas mundiales de alimentación de lactantes y niños pequeños, sigue quedando mucho trabajo por hacer en materia de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. Es por ello que se plantean 5 nuevos objetivos operativos de Desarrollo del Milenio para el 2015.
Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia	2009	OMS, UNICEF	La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia no es más que la adaptación de las siglas IHAN, que inicialmente significaban “Iniciativa Hospital Amigo de los Niños”, pero tras la falta de consenso en cuanto a su significado, se decidió usar IHAN como termino propio y no como acrónimo de las antiguas denominaciones.
Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño	2012	OMS	Plan de acción en el que se programan seis metas mundiales para el 2025, de entre las que destacamos, aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida hasta el 50% como mínimo. Y cinco acciones correspondientes que abarcan el seguimiento, estímulo y favorecimiento de políticas sobre protección de lactancia materna, con provisión de recursos humanos y económicos.
Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño: elaboración del conjunto básico de indicadores	2014	OMS	Conjunto básico de indicadores para facilitar la presentación de informes sobre la nutrición de madres, lactantes y niños pequeños. El principal objetivo de los indicadores, es medir los progresos relativos a las seis metas globales aprobadas por la Asamblea de la Salud y analizar a fondo la situación de cada país de manera independiente.

Se puede constatar con los programas expuestos anteriormente, que es necesario realizar revisiones periódicas de las estrategias internacionales e implantar de manera estricta planes de actuación que protejan, apoyen y promuevan la leche materna como fuente indispensable de alimento de lactantes y niños.

5.2. LEGISLACIÓN RELATIVA AL EMBARAZO, LACTANCIA Y CONCILIACIÓN FAMILIAR

En este apartado trataremos las leyes relativas al embarazo, lactancia y conciliación familiar de las que disponemos actualmente en España. El trabajo es un derecho que debería de ser igualitario entre hombres y mujeres. Es por ello que la legislación española contempla numerosas medidas para que las mujeres se puedan incorporar a trabajar tras tener a sus hijos, sin necesidad de renunciar a la lactancia materna, a criar a sus hijos dignamente o a sentirse desfavorecida por su nueva condición como madres.

Como veremos a continuación, existen medidas generales, que se aplican a todas las regiones del territorio español, pero podemos encontrar también convenios colectivos que se aplican a una comunidad, pedanía o empresa concreta, que pueden hacer que los derechos de las madres trabajadoras mejoren aun más en esa zona (Instituto de la Seguridad Social & Asociación Española de Pediatría, 2008).

A continuación, vamos a pasar a desarrollar punto por punto, los diferentes tipos de permisos, riesgos y garantías legales referentes a las madres trabajadoras que aparecen en la página oficial del Instituto de la Seguridad Social (INSS):

1. **BAJA MATERNAL:** La baja maternal o suspensión del contrato de trabajo por maternidad, se considera una situación protegida, durante los periodos de descanso y permisos que se disfruten por:

- *La maternidad biológica, incluidos los alumbramientos que tengan lugar tras más de 180 días de vida fetal, con independencia de que el feto nazca vivo o muerto.*
- *La adopción*
- *Delegación de guarda para la convivencia preadoptiva*
- *Acogimiento familiar temporal*
- *Acogimiento familiar permanente (Instituto de la Seguridad Social, 2015).*

La mujer tiene derecho a 16 semanas de baja tras el parto, recibiendo la totalidad de su salario. Este sueldo será abonado por parte del INSS y se ampliarán 2 semanas por cada hijo, a partir del segundo en caso de partos múltiples. La madre tiene la obligación de disfrutar por lo menos las 6 primeras semanas de la baja, las otras 10 semanas restantes pueden ser compartidas al mismo tiempo o por separado con el padre.

2. BAJA PATERNAL: La suspensión de contrato de trabajo por paternidad o baja paternal, es el derecho que todo padre tiene a disfrutar de 13 días de baja una vez que tiene a su hijo. Estos 13 días se pueden sumar al permiso de nacimiento y se pueden ampliar 2 días más por cada hijo (en caso de partos múltiples). Este derecho es exclusivo para el padre y se podrá disfrutar a tiempo parcial o completo durante todo el tiempo que dure el permiso de paternidad. Este permiso también es aplicable en caso de fallecimiento de la madre o del hijo.

3. PERMISO DE LACTANCIA: El permiso de lactancia por hijo menos de 9 meses o en el caso de los funcionarios, 12 meses, es un derecho que puede disfrutar tanto la madre como el padre. Es independiente al tipo de lactancia que se decida llevar a cabo, también se puede aplicar en casos de adopción, y se trata de un derecho para ausentarse una hora del trabajo al día, que se podrán dividir en dos fracciones de media hora durante el transcurso de la jornada laboral diaria. Existe la posibilidad de negociar con la empresa la opción de acumular las horas de lactancia y sumarlas a la baja maternal, siempre que se respete el convenio colectivo. Al igual que el resto de permisos, este también puede ampliarse en función del número de hijos, (en el caso de partos múltiples), en este caso una hora más al día por hijo (es decir, una hora por un hijo, dos horas por dos hijos, 3 horas por tres hijos y así sucesivamente).

4. PERMISO PARA EXÁMENES PRENATALES Y CLASES DE PREPARACIÓN AL PARTO: La madre podrá ausentarse del trabajo en el caso de que necesite acudir a exámenes prenatales o clases de preparación al

parto, siempre y cuando no exista la opción de realizarlas fuera del horario laboral.

5. **PERMISOS EN CASO DE BEBÉS PREMATUROS:** En caso de que venga un bebé de forma prematura, o que tenga que permanecer ingresado más de 7 días por cualquier motivo, se puede ampliar el permiso de maternidad tantos días como esté ingresado hasta un máximo de 13 semanas. Se mantiene el derecho a disfrutar la baja maternal en caso de fallecimiento del bebé. También existe la opción de reducir la jornada de trabajo 2 horas diarias con su reducción de sueldo correspondiente.

6. **VACACIONES:** Las vacaciones se pueden sumar al permiso por maternidad, pudiéndose ampliar en este caso las que quedasen pendientes del año anterior, si se diera el caso.

7. **REDUCCIÓN DE JORNADA LABORAL:** Tanto la madre como el padre pueden solicitar una reducción de su jornada laboral, con su proporcional disminución de sueldo. No pueden disfrutar de dicha reducción laboral ambos a la vez, si trabajan en la misma empresa. Este permiso es aplicable a madres o padres con hijos menores de 8 años (en el caso de los funcionarios 12 años) o con minusválidos o familiares de hasta 2º grado a su cargo. La reducción de jornada puede ser de entre una octava parte hasta la mitad de su jornada laboral habitual.

8. **EXCEDENCIA POR CUIDADO DE UN MENOR O UN FAMILIAR A SU CARGO:** La excedencia por cuidado de hijos o familiares a su cargo, se trata del derecho a disfrutar de hasta 3 años (por cada hijo natural o adoptado) de un permiso sin sueldo, respetando la antigüedad durante ese periodo y pudiendo ser disfrutado de manera continuada o fraccionada. El nacimiento de un nuevo hijo pondrá fin a la excedencia anterior, pudiendo en este caso solicitar una nueva si lo deseara. En el caso del cuidado de un familiar a su cargo de hasta 2º grado, la excedencia se podrá solicitar hasta un máximo de 2 años.

9. RIESGO PARA EL EMBARAZO O LACTANCIA: Si el trabajo que desempeña una embarazada o una madre lactante, se considera de riesgo (es decir, que las condiciones laborales o los procedimientos que se efectúan implican un riesgo para el embarazo o la lactancia), se puede solicitar una valoración de su puesto de trabajo al servicio de prevención de riesgos laborales de su empresa. Si este servicio considera que el trabajo que desempeña, supone un riesgo para el embarazo o la lactancia, entonces la empresa tiene que cambiar a la mujer de puesto de trabajo manteniendo la misma categoría profesional y salario. Si este supuesto no se pudiera llevar a cabo, se buscaría otro puesto de trabajo seguro para el embarazo o la lactancia, de diferente categoría pero mismo salario. En el caso de que no existiese ningún puesto con tales características, se pasaría a suspender el contrato laboral por riesgo durante el embarazo o lactancia (hasta que el bebé cumpla los 9 meses en el caso de lactancia y hasta el final del embarazo en el caso de riesgo para el embarazo). La Mutua y el INSS, serían los responsables de pagar el 100% del la base reguladora.

10. GARANTÍAS ANTE EL DESPIDO: Se considera nulo el despido por motivos relativos al embarazo o lactancia. Toda mujer tiene derecho a mantener una conciliación familiar y laboral. Este derecho queda reflejado en:

- *El Estatuto de los Trabajadores (Real Decreto Legislativo 1/1995 del 24 de marzo).*
- *Ley 31/1995 de Prevención de riesgos laborales del 8 de noviembre.*
- *Ley 39/1999 para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras del 5 de noviembre.*
- *Real Decreto 295/2009 por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, del 6 de marzo.*
- *Ley Orgánica 3/2007 para la Igualdad efectiva de las mujeres y los hombres (BOE núm. 71 del 23 de marzo de 2007). (INSS, 2015).*

La lactancia materna es un derecho humano, y debe de ser respetado por gobiernos, instituciones internacionales, empresas privadas y públicas. Es un derecho tanto de la madre como del niño y debería de tratarse como una inversión a largo plazo en salud y bienestar familiar, y no como un trato de favor o un acto de caridad. Aunque como acabamos de comentar, existen numerosos acuerdos y leyes que tratan de proteger la lactancia materna, la realidad es que no siempre se llevan a cabo, y aún hay muchas madres que encuentran obstáculos para continuar lactando a sus hijos una vez vuelven a trabajar, o que por el contrario se sienten discriminadas por hacer uso de sus derechos. Es por ello que existen numerosos Organismos Internacionales que siguen trabajando para evitar que las mujeres sean discriminadas por ejercer su derecho a amamantar, como es el caso de la WABA (Alianza Mundial pro Lactancia Materna), IMCH (International Mother and Child Health) y OIT (Organización Internacional del Trabajo), entre otras.

5.3. REDES DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA Y RECURSOS COMUNITARIOS

En este apartado vamos a tratar las diferentes redes de apoyo a la lactancia disponibles para las madres que lactan a través de siete puntos o apartados. En el primer apartado hablaremos de los grupos de ayuda mutua en el ámbito sanitario, posteriormente, pasaremos a conocer los grupos de apoyo a la lactancia, siguiendo con los consultores de lactancia como especialistas imprescindibles en el equipo asistencial. También hablaremos de cuáles son los profesionales destinados a la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna y cuáles son sus conocimientos. Seguidamente, desarrollaremos el apoyo a la lactancia materna desde atención primaria hasta atención especializada y consulta de lactancia. Finalmente presentaremos un artículo publicado en diciembre de 2015 por la revista “cultura de los cuidados” a modo de propuesta de mejora, realizado desde un enfoque cualitativo, para acercarnos a un concepto novedoso de apoyo a lactancia en el que se combina el apoyo formal e informal, como es el caso del Baby Café.

5.3.1. Grupos de ayuda mutua

Los GAM o Grupos de Ayuda Mutua, son sistemas horizontales de ayuda recíproca. Como lo define Yela López (1997), “la ayuda mutua es tan antigua como la humanidad y ésta ha estado siempre presente como patrón identificativo y modelador, desde la tribu, el poblado, la aldea, la familia, pasando por comunidades religiosas, círculos, o sindicatos, hasta llegar al Estado benefactor o finalmente al Estado de Bienestar” (p. 407).

Como describe la Dra. M^a Pilar Sebastián Vicente, en su tesis “Los grupos de apoyo a la lactancia materna como iniciativas de promoción de la salud en la comunidad: un estudio descriptivo en la Región de Murcia” (2013), el principal desencadenante de los GAM, es el desarrollo de las sociedades capitalistas y con

éstas, la competitividad, la disminución de la solidaridad y la no cooperación. Todo esto hace que se genere un vacío en las que, hasta entonces, habían sido las estructuras cuidadoras tradicionales como el grupo familiar y su red social. Este vacío genera nuevas necesidades sociales, que llevan a las personas a organizarse y agruparse para mejorar sus condiciones, calidad de vida y oportunidades.

Como asegura Roca Soriano (2006), el fenómeno de los GAM nace en EEUU donde aparece el primer grupo de Alcohólicos Anónimos en 1935, dos años más tarde se crea otro grupo para enfermos mentales llamado Recovery. Poco a poco, estos grupos se van haciendo más populares y necesarios, convirtiéndose en poco tiempo en grupos en los que participan millones de personas. En Europa, los primeros grupos de ayuda mutua aparecen en la década de los sesenta en Reino Unido, Alemania y Bélgica, pero no es hasta los ochenta, que aparecen los GAM en España. El retraso en la aparición de estos grupos en España se debió a la tradición católica, como asegura Casado (1995).

Actualmente, la realidad de los movimientos asociativos en el ámbito de la salud es muy variada coexistiendo diferentes iniciativas que surgen con propósitos igualmente variados. Sin embargo, en la finalidad de todas ellas está la de buscar soluciones a problemáticas relacionadas con la salud que no encuentran su respuesta, ni en los servicios públicos de atención a la salud, ni en las redes de atención domestica tradicionales, hoy día muy debilitadas (Sebastián Vicente, 2013, p. 107).

Las motivaciones que mueven a las personas a crear o participar en un grupo de ayuda mutua son tan diferentes como los grupos en sí. Pero en general todos los grupos comparten las mismas características, que como resume Sebastián Vicente son:

- Una necesidad común. Todos los participantes comparten una vivencia o experiencia similar.
- Configuración en base a la reciprocidad. Se basan en el trato del tú a tú, es decir un sistema horizontal en el que todos mantienen la misma categoría.
- El objetivo es ayudar. La ayuda mutua es lo que les impulsa y motiva para crear y mantener el grupo. De ella se benefician todos.

- Fuerte cohesión. Todos los miembros se sienten muy unidos y potencian su unidad identificando los valores grupales.
- Normas de funcionamiento concretas. Se desarrollan una normas de funcionamiento basadas en la corresponsabilidad y confianza mutua. Se ofrece siempre apoyo material y emocional.

Numerosos estudios (Minde, 1980; Roca Soriano, 2006 & Trojan, 1989), avalan la efectividad de estos grupos y sus efectos beneficiosos sobre la salud física y mental de las personas que lo integran. Pero los benéficos van más allá, ya que también demuestran afectar al entorno social y familiar de los participantes.

5.3.2. Grupos de apoyo a la lactancia materna

Los grupos de apoyo a la lactancia materna, son un tipo de GAM específico en cuestiones relacionadas con la lactancia. Este colectivo ofrece ayuda a las mujeres que desean amamantar, pero por cualquier motivo, encuentran problemas o inseguridades en el camino. Aguilar Cordero (2005), encuentra que la tasa de abandono que se dan en el puerperio, están causadas en gran medida por la falta de redes de apoyo; éstas permiten que las madres participen en sesiones grupales donde pueden compartir vivencias, reflexiones e información relativa a la lactancia. Sin embargo, los centros de salud no están siempre preparados para ofrecer estos servicios de forma organizada y estructurada.

Lo grupos de apoyo a la lactancia comparten las características básicas del los GAM, es decir, trabajan por una necesidad común, se estructuran de manera horizontal sin contemplar la jerarquía, el objetivo es ayudar a aquellas madres que tengan dificultades con sus lactancias, existe una fuerte cohesión entre los componentes del grupo y tienen sus propias normas de funcionamiento.

Las mujeres que participan en estos grupos, suelen ser madres que han lactado o en ese momento estén lactando. Las madres con más experiencia son las encargadas de dar apoyo y consejo a aquellas madres que necesitan ayuda. Por lo general, las mismas madres que han recibido el apoyo de estos grupos, suelen sentirse agradecidas

y unidas a la organización, por lo que en muchas ocasiones participan como veteranas en el futuro.

Cuando una mujer abandona la maternidad debería de conocer los grupos de ayuda a la lactancia que existen en su ciudad. Los primeros días de vuelta al hogar son fundamentales para la instauración de lactancia materna, puesto que la mayoría de las veces se fracasa en este primer periodo, por lo que los grupos de ayuda tienen un papel crucial en la mejora de las tasas de instauración y de mantenimiento (Aguilar Cordero, 2005, p. 100).

El primer grupo de apoyo a la lactancia se creó en 1957 en Franklin Park (Illinois), por siete mujeres para cubrir las necesidades de apoyo y orientación relativos a la salud de los lactantes, su crianza y su amamantamiento. Actualmente “La Liga de la Leche” está implantada en más de 60 países y hay miles de comités repartidos por todo el mundo, llegando a ser una de las redes internacionales de lactancia más importantes del mundo. En estos grupos, se ofrecen clases de preparación al amamantamiento durante el embarazo, además de proporcionarle a cada madre el apoyo de una asesora que le puede ayudar por teléfono. Para ser considerada asesora de lactancia, una madre debe de mostrar conocimiento y experiencia en lactancia, y nunca puede dar consejos médicos o sustituir la atención médica, pero la mayor parte de la información que necesita una madre no es de tipo médico (Lawrence & Lawrence, 2007).

Los primeros Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna (GALM) aparecen en nuestro país a mediados de los años ochenta, con la asociación Vía Láctea en Aragón, fundada en 1985 y oficialmente legalizada dos años más tarde (1987). Desde su creación, “Vía Láctea” ha estado fuertemente comprometida con la promoción de la lactancia materna y con la defensa de los derechos de la mujer, siendo uno de los primeros colectivos que ha denunciado en nuestro país las diversas agresiones que las mujeres han sufrido durante la maternidad. Casi paralelamente se crea la Liga de la Leche en Euskadi y el grupo GALA en Barcelona (cuyo funcionamiento sólo duro unos años). Unos años más

tarde aparecen grupos en Barcelona (1992), en Sevilla y Cantabria (1997), y en Baleares (1998). A partir de ese momento comienzan a crearse grupos de madres por todo el país (Blázquez, 2006). (Sebastián Vicente, 2013, p. 117-8).

En la Región de Murcia se pueden encontrar numerosos grupos de apoyo a la lactancia en la actualidad. En la página de www.murciasalud.es (consultado en noviembre de 2015) hay acceso directo, dentro del apartado “promoción de la lactancia” al contacto y localización de cada grupo clasificados por pueblos. Podemos encontrar 9 grupos que dan servicio en 17 localizaciones diferentes de la Región. Estos grupos son: Lactancia Feliz, Mamiteta, Lactando, Lactocrianza, Ceutilacta, La Liga de la Leche, Oro blanco, Mamespaña y Vínculo.

FEDALMA (Federación Española de Asociaciones Pro-Lactancia Materna) nace en 2003. Lo componen más de 50 asociaciones y grupos de apoyo a la lactancia de toda España y se encargan de ofrecer formación y apoyo a todas aquellas madres que deseen amamantar a sus hijos. Las finalidades de FEDALMA son:

- *Establecer una coordinación general entre las ASOCIACIONES, GRUPOS Y ENTIDADES de apoyo a la LACTANCIA Materna de España, sin intervenir en el funcionamiento interno de ninguno de ellos.*
- *Proteger, promover y apoyar a la lactancia materna.*
- *Defender el Derecho de todas las mujeres a amamantar, y el derecho de sus hijas e hijos a ser amamantados, tanto tiempo como ambos deseen y a recibir todo el apoyo social y profesional necesario para conseguirlo, fomentando la participación activa de las mujeres en todos los ámbitos de la sociedad y la conciliación de la vida familiar, social y laboral.*
- *Promover y organizar actividades, programas de actuación, cursos de capacitación, centros de recursos, trabajos de investigación, edición de publicaciones específicas y otras iniciativas encaminadas a dar apoyo a personas, grupos, asociaciones y entidades interesadas en la lactancia materna y a mejorar el apoyo a las mujeres.*
- *Realizar, promover y organizar cualquier tipo de actividad dirigida a la promoción de la igualdad de oportunidades de las mujeres.*

- *Cualquier otra actividad directa o indirectamente relacionada con las anteriormente citadas.*
- *Representar a las asociaciones ante los organismos públicos o privados en las gestiones necesarias para conseguir los objetivos marcados en los apartados anteriores.*

Fomentar y defender la vida asociativa y la participación ciudadana a todos los niveles.(www.fedalma.org).

Lawrence & Lawrence, exponen en su libro “Lactancia materna. Una guía para la profesión médica”, numerosos estudios en los que se demuestra que los grupos de apoyo a la lactancia afectan muy positivamente en la mejora de los porcentajes de permanencia y duración de la lactancia materna. “El apoyo activo influye claramente en la duración del amamantamiento y, en última instancia, permite el ahorro de los gastos en asistencia sanitaria. Estos programas se pueden incluir en la práctica privada” (p. 874).

La OMS y UNICEF (1989), reconocen en varias ocasiones la importancia de los grupos de apoyo a la lactancia, en base a la evidencia científica encontrada. Y es por esto que incluyen en su décimo paso para una feliz lactancia natural el “*fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica*”, así como en el documento Pruebas científicas de los Diez Pasos (OMS, 1998).

5.3.3. Consultor de lactancia: especialista internacional en lactancia como miembro del equipo asistencial

Los consultores internacionales certificados en lactancia (IBCLCs) son los profesionales de la salud destinados a promover, proteger y apoyar la lactancia materna trabajando de acuerdo a un marco de práctica definido y homogeneizado.

En el ámbito de la práctica, los consultores internacionales de lactancia certificados, para mantener las normas de su profesión, están obligados a:

- *Trabajar dentro de los parámetros establecidos por el Código de Ética del IBLCE (International Board of Lactation Consultant Examiners), las Competencias Clínicas para la Práctica del IBCLC, y las Normas de Procedimiento para los IBCLCs establecidos por la Asociación Internacional de Consultores de Lactancia (ILCA).*
- *Integrar sus conocimientos y los estudios relacionados durante la prestación de atención a familias sobre la lactancia materna en todas aquellas disciplinas definidas en el Examen para IBCLC.*
- *Trabajar dentro de los parámetros legales de las respectivas regiones geopolíticas donde se desempeñen.*
- *Mantener sus conocimientos y calificaciones mediante formación continua.*(IBLCE, 2012).

En el mismo documento se especifica que los IBCLCs tienen el deber de:

1. Proteger, promover y apoyar la lactancia materna.
2. Prestar servicios competentes a las madres y familias.
3. Informar de una manera veraz y completa a la madre y/o al profesional de atención primaria de salud del bebé y al sistema de atención de salud.
4. Preservar la confidencialidad del cliente.
5. Y actuar con diligencia.

En España el número de IBCLCs es muy reducido y los estudios relacionados con la labor que estos profesionales desempeñan, son prácticamente inexistentes, pero en otros países como EEUU, Inglaterra o Australia el trabajo del IBCLC está reconocido y valorado, y no solo se demuestra que ejerce una influencia positiva en los porcentajes de lactancia de dichos países, sino que se distinguen de otros profesionales por ofrecer un apoyo más efectivo en cuanto a lactancia.

La Asociación Internacional de Consultores de Lactancia (ILCA), en su informe sobre el rol y el impacto del IBCLC (2011) afirma que *“El Consultor Internacional Certificado en Lactancia es el único profesional de la salud certificado a nivel internacional en el manejo clínico de la lactancia materna y el amamantamiento. Los IBCLCs trabajan de acuerdo a los estándares de práctica y al código de ética, y trabajan dentro de un marco de práctica definido”* (p. 12).

Para obtener la certificación como IBCLC es necesario realizar un examen previo cumplimiento de tres requisitos:

- Educación en Disciplinas de la Salud
- Experiencia Clínica Específica en LM
- Educación Específica en LM

Y para conservar la certificación es necesario demostrar cada cinco años que se han actualizado los conocimientos en material de lactancia, aportando nuevos créditos en cursos acreditados y cada diez años hay que volver a examinarse, tal y como se puede comprobar en la guía para la postulación al examen 2013 del International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE, 2012).

Según la Comisión Europea, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, y la Organización Mundial de la Salud (como se cita en ILCA, 2011) *“La importancia de tener un IBCLC para el manejo de la lactancia y el amamantamiento se ha transformando en una recomendación estándar dentro de los esfuerzos por mejorar la promoción, protección y el apoyo a nivel local, regional, nacional y global de la lactancia”* (p. 1).

También encontramos estudios en donde se demuestra que existe un mayor porcentaje de lactancia materna en hospitales donde se ofrecen los servicios del IBCLC en comparación con los hospitales donde no se ofrecen, y no solo eso, sino que existe una relación directa entre la disponibilidad de horas de dichos profesionales y los porcentajes de lactancia encontrados (Castrucci, Hoover, Lim & Maus, 2006).

Humenick, Hill & Spiegelberg (1998) encuentran que la labor del IBCLC aporta un refuerzo más positivo y efectivo que otros profesionales como enfermeras o médicos. Y otros muchos estudios comprueban que la presencia del IBCLC en áreas de maternidad y pediatría va asociado a mayores tasas de iniciación y continuidad de lactancia materna (Lawlor-Smith, McIntyre & Bruce, 1997; Quarles, Williams, Hoyle, Brimeyer & Williams, 1994; Thurman & Allen, 2008).

La Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y Asesoramiento de Riesgos (2004), en el apartado de *protección, promoción y apoyo*, especifica que “el apoyo eficaz requiere compromisos para establecer una normativa de prácticas en todas las instituciones de cuidados maternos e infantiles. A nivel individual, quiere decir que todas las mujeres tengan acceso a servicios de ayuda en lactancia, incluyendo asistencia proporcionada por personal de la salud apropiadamente cualificado, consultores de lactancia, consejeras, y grupos de ayuda” (p. 12).

Llegados a este punto, queda claro que el papel del consultor internacional de lactancia ejerce una influencia positiva sobre la lactancia, y que su labor como educador, promotor, experto clínico y profesional de la salud es efectiva. Ahora bien, el éxito de la lactancia se basa en combinar el apoyo informal, como pueden ser los grupos de apoyo a la lactancia, con el apoyo formal proveniente de los profesionales sanitarios especializados en lactancia como matronas, consultores de lactancia, pediatras o médicos de familia (Aguilar Cordero, 2005). Pero en la actualidad nos encontramos que en España no se contempla la figura del IBCLC como miembro del equipo asistencial en hospitales y centros de salud, a diferencia de otros muchos países en los que esta figura está muy valorada y reconocida. Es por ello que aún queda mucho por hacer en nuestro país, para mejorar la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. En la última estadística ofrecida por la IBLCE en noviembre de 2015 (www.iblce.org), afirman que en todo el mundo hay más de veintisiete mil consultores/as internacionales de lactancia, pero en España tan solo hay 100 como se puede comprobar en la Figura 4.

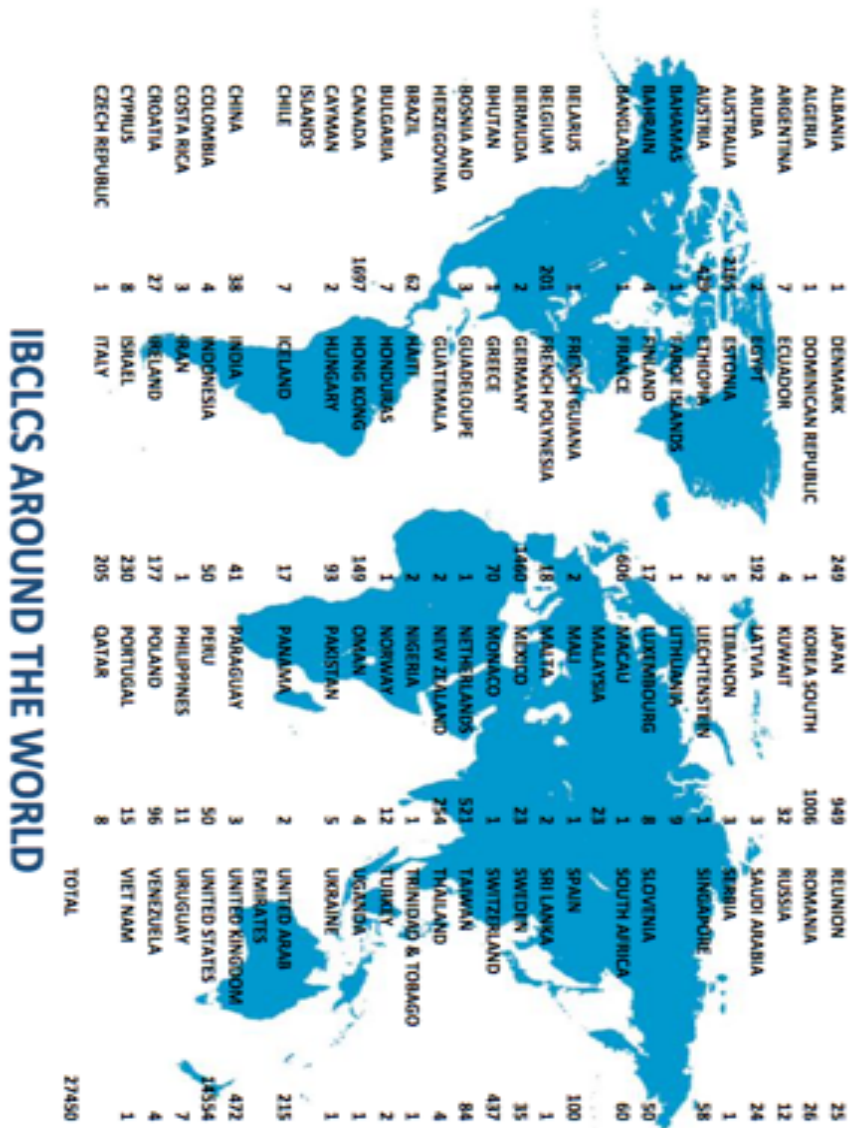


Figura 4. Número de IBCLCs en todo el mundo (www.iblce.org, noviembre de 2015).

5.3.4. Profesionales destinados a la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna

En España existen varios profesionales de la salud que trabajan en el ámbito de la lactancia materna, como pueden ser auxiliares de enfermería, enfermeros/as, matrones/as, pediatras o médicos de familia. Todos ellos en conjunto, juegan un papel fundamental como promotores, educadores y protectores de la lactancia materna.

Como hemos comprobado en apartados anteriores de nuestro marco teórico, promover la lactancia materna es una prioridad internacional y aunque existen numerosos factores que influyen en la decisión de dar o no el pecho, las redes de apoyo formales e informales en conjunto, constituyen un pilar fundamental en dicha decisión.

Los profesionales que están en contacto con los lactantes y sus familias desempeñan una labor crucial a la hora de mejorar de los porcentajes de lactancia, tal y como se puede comprobar en un estudio reciente de Lu, Lange, Slusser, Hamilton & Halfon (2001), en el que concluyen que las mujeres que reciben apoyo a la lactancia por un profesional destinado a tal efecto, tienen cuatro veces más posibilidades de iniciar la lactancia materna que las mujeres que no han recibido tal apoyo. Por lo que consideramos de vital importancia enfocar nuestra atención en los profesionales que trabajan día a día en cualquier ámbito que brinde apoyo a la lactancia en madres, niños, familias y comunidades en general. Y no sólo en cuanto a la formación de dicho personal sino también en cuanto a la efectividad de los cuidados que ofrecen.

Los expertos en materia de lactancia materna de la U.E y países asociados se unieron en 2004 (Comisión Europea. Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos, 2004). para redactar un plan estratégico de actuación con la finalidad de mejorar a nivel europeo, las tasas de lactancia materna, centrandose su atención en acciones concretas que desarrollan en seis puntos, de los cuales destacamos *la formación*, en la que se hace hincapié en la importancia de mejorar la formación para los profesionales de la salud que trabajan con lactantes y con sus correspondientes

familias : *“Es necesario mejorar la formación para todo el personal sanitario en el pregrado y de forma continuada. Se debe revisar y desarrollar el contenido y el programa de la formación universitaria sobre lactancia materna y su manejo, así como los libros de texto. Se deben ofrecer cursos de formación continuada, basados en la evidencia, a todo el personal sanitario relevante, con un énfasis particular en el personal situado en las áreas de maternidad y cuidados infantiles”*(p. 12).

La Asociación Española de Pediatría (AEP), lanzó un libro en 2004, en el que se analizaban los conocimientos sobre lactancia materna de los profesionales sanitarios y del personal de la administración, afirmando que la evidencia científica reconocía serios déficits de conocimientos teórico-prácticos sobre lactancia materna y amamantamiento, así como de la normativa internacional y nacional que la protege, en diversos estamentos de la administración sanitaria, pediatras, estudiantes de medicina, residentes y otro personal sanitario. *“Ginecólogos, matronas, pediatras y enfermeras ocupan un lugar estratégico en la promoción de la lactancia materna y deben trabajar de manera coordinada. Los pediatras son los que probablemente más influyen, ya que habitualmente organizan las pautas de alimentación de las maternidades y aconsejan a la madre cómo alimentar al niño y cuándo introducir la alimentación complementaria”*(p. 142).

Lawrence & Lawrence (2007), vuelven a corroborar lo mismo que tres años atrás había declarado la AEP, diciendo que *“Con objeto de que la lactancia materna y el amamantamiento formen parte integral de la educación que recibe el estudiante de medicina, ambas cuestiones deben ser contemplados en el currículum formativo actual en las áreas naturales más apropiadas....Finalmente, este material debe ser incluido en los exámenes de los estudiantes. En medicina nos quedan todavía muchas cosas que aprender y la lactancia materna es una de ellas”* (p.899). La OMS (1998), igualmente reconoce la necesidad de formar adecuadamente al personal sanitario que está en contacto con lactantes, con su documento ‘Pruebas científicas de los Diez Pasos’, en su paso 2: *“Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política”*.

5.3.5. Apoyo a la lactancia materna a nivel de atención primaria y hospital

A pesar de la puesta en marcha de la iniciativa Hospitales Amigos de los Niños en 1991, en la actualidad, existen muy pocos hospitales o centros de salud con dicho galardón, al igual que maternidades españolas que practiquen el método canguro en sus unidades de neonatos (AEP, 2004). En la página de la iHan (www.ihan.es consultada en noviembre de 2015), se puede comprobar que actualmente tan solo hay 15 hospitales acreditados y un centro de salud en toda España. La nota esperanzadora es que hay 69 hospitales y 10 centros de salud en alguna de las tres fases previas a la obtención del galardón.

En cuanto a los centros de salud, encontramos que siguen sin respetar los artículos del código de comercialización de sucedáneos de leche materna. Como afirma la AEP:

“En un estudio, en Castellón, el 56,9% de los centros de salud encuestados no tienen programa de promoción de lactancia, sólo en el 15% existen normas explícitas para la no exposición de carteles de propaganda de leches de fórmula y el 85% de los centros no dispone de lugares donde observar la lactancia y corregir los problemas que existan. En la mayoría de centros y hospitales se aceptan regalos para la institución y los profesionales de las casas comerciales, y la mayoría de las reuniones científicas, eventos, becas y en muchos casos material científico e incluso, material dirigido a las madres, es subvencionado o impreso por dichas firmas” (p. 152).

Para promocionar la lactancia materna, Paricio y Tembours (AEP, 2004), proponen un cambio en la asistencia tanto en hospitales como en centros de salud. Éstos, proponen un compromiso moral por parte de los profesionales, para vencer la cultura del biberón. Los cuatro puntos básicos que proponen para dicho cambio son:

- Formar a los profesionales como requisito imprescindible.
- Crear y mantener una cultura de lactancia materna en el medio profesional.

- Obligar a facilitar la lactancia materna en el hospital.
- Hacerse responsables de la divulgación sanitaria entre la población (promoción).

El apoyo a la lactancia proporcionado por atención primaria y especializada va desde el periodo prenatal (con la educación maternal y la concienciación de la población mediante la promoción de la lactancia), hasta el periodo postnatal, con la atención especializada en lactancia (con los servicios de urgencias, paritorio / recuperación, planta de maternidad, consulta de la matrona, consulta de la enfermera de pediatría, consulta del médico de familia, consulta del pediatra y consulta de lactancia en hospital o centro de salud).

Como asegura Aguilar Cordero (2005), la educación maternal ha demostrado conseguir mayores tasas de inicio y permanencia de lactancia materna, ya que las madres que se encuentran en el periodo prenatal, muestran mayor interés y motivación por la lactancia que en otros periodos de su vida. Las clases de preparación al parto están indicadas en madres sin experiencia anterior y madres con experiencia previa negativa. Los contenidos teóricos de la clase de lactancia pueden variar de un centro a otro, pero por lo general, siempre se tratan temas relativos a la anatomía y fisiología de la mama, composición y características de la leche, técnicas de lactancia, la importancia de la lactancia a demanda, lo normal y anormal durante la lactancia e información sobre las redes de apoyo a la lactancia disponibles una vez aparezcan los primeros problemas o dudas de lactancia. Las clases de preparación al parto se suelen impartir por lo general en cada centro de salud, por la matrona correspondiente (sistema de salud público), y en algunos centros médicos privados (sistema de salud privado) por matronas, fisioterapeutas, enfermeros u otros profesionales.

La misma autora hace hincapié en su libro, sobre la importancia de la coordinación entre atención primaria y atención especializada. Una formación conjunta de los profesionales, unificar criterios de actuación y el trabajo en equipo es la clave para el éxito. *“Desarrollar y mantener un grado eficaz de comunicación y colaboración de todos los profesionales de salud debería ser prioritario en cualquier*

sistema de salud, con el fin de lograr que la educación, el apoyo y los consejos sobre lactancia materna sean óptimos y redunden en beneficio de la madre y el niño” (p. 99).

Para finalizar citaremos una frase de Viñas (2000) “*El éxito de la lactancia se basa en una buena información recibida antes del nacimiento y en aprender correctamente la técnica de la lactancia en los primeros días de vida*”. Para conseguirlo, se hace imprescindible la correcta formación en materia de lactancia materna de los profesionales de salud y el trabajo en equipo y coordinación entre las redes de apoyo formales e informales.

5.3.6. Consulta de lactancia

La consulta de lactancia en la actualidad en España, se da tanto en el sistema público como en el privado. En Murcia, las mujeres disponen, gracias al Servicio Murciano de Salud, de diferentes consultas de lactancia, entre las que destacamos la del Hospital Virgen del Castillo (Yecla) o el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia). Las consultas cuentan con una enfermera y una matrona respectivamente, como profesional especializado en lactancia. La primera consulta pública de lactancia que se abrió en la Región de Murcia, fue la del Hospital Virgen del Castillo (galardonado con la distinción IHAN en 2007). En 2009, el servicio de PEHSU (Pediatria Medioambiental y Responsabilidad Social), dentro de su Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica del Hospital Materno Infantil Universitario Virgen de la Arrixaca, publicó una memoria de actividades en las que incluían información relativa a la consulta de lactancia que se estaba llevando a cabo en dicho Hospital. En el documento se puede observar como la actividad en la consulta de lactancia ha ido incrementando a lo largo de los años. La actividad que allí se desarrolla se puede resumir en los siguientes puntos:

- Consulta externa. Entendiendo por ésta, a la consulta de lactancia que requiere una intervención intensiva, en una sala destinada a tal fin.
- Consulta en la planta de púérperas. Consultas realizadas a pie de cama durante el ingreso en el servicio de maternidad.

IMPACTO DE LAS REDES DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN LA REGIÓN DE MURCIA

- Consultas telefónicas.
- Consultas Lactarrinet. Acción innovadora en 2009, que se refiere al servicio proporcionado por el servicio de intranet del Hospital, para acceder a una página de autoconsulta sobre lactancia materna. *Es una herramienta intuitiva que ayuda a responder dudas y preguntas clínicas a los profesionales ayudándoles en la toma de decisión diaria sobre temas de lactancia, con acceso a todos los centros de salud y hospitales de la Región de Murcia* (PEHSU, 2009; p.14).

Otras actividades que también se desarrollan, relativas a la consulta de lactancia, como se especifica en el documento, son:

- Sesiones a puérperas sobre el inicio de la lactancia, en la 2ª planta, de 40 minutos de duración antes del alta, sobre los cuidados del RN y aspectos relevantes sobre el inicio de la lactancia, creando un espacio para plantear dudas y temores antes de la vuelta a casa.
- Visitas de los grupos de madres a las plantas de maternidad.
- Técnicas de cirugía menor. Frenotomías por interferencia en la lactancia.
- Laboratorio. Toma de muestras para cultivo biológico, como muestras de exudado de piel y pezón, muestras de leche, exudados nasales o recogida de muestras de leche para carga viral de hepatitis C.

The figure consists of three vertical posters. The left poster is titled 'TE AYUDAMOS CON LA LACTANCIA TUS PROBLEMAS TIENEN SOLUCIÓN' and lists various breastfeeding issues like 'No aguanta las 3 horas', 'Me ha dado la pocha', 'Me duelen los pezones', 'Se quedará con hambre?', and 'Mi pecho no sirve para amamentar'. It also lists 'ACTIVIDADES DE APOYO' such as 'De Lunes a Viernes' and 'Como poner el bebé al pecho'. The middle poster is for the 'Unidad de salud Medioambiental Pediátrica' at the 'Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca', providing contact information for 'Correspondencia' and 'Servicio de Atención Telefónica'. The right poster is titled 'Actividades de Apoyo a la Lactancia' and features a photo of a baby with the text 'Los niños de hoy serán los adultos del mañana' and 'Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica Servicio Pediatría Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca'.

Figura 5. Imagen extraída de PEHSU (2009), para promocionar y proteger la lactancia materna.

5.3.8. El concepto del Baby Café como red internacional de apoyo a la lactancia materna. Artículo publicado.

En diciembre de 2015, publicamos un artículo titulado “*El concepto del Baby Café como red internacional de apoyo a la lactancia materna*” en la revista *Antropología de los Cuidados*, con la intención de dar a conocer un sistema novedosos de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna que se lleva a cabo en muchas partes del mundo, a modo de propuesta de mejora. A continuación pasaremos a resumir brevemente el artículo, que se encuentra adjunto en el apartado de anexos (Anexo 1).

El Baby Café es una iniciativa de apoyo a la lactancia materna, que coordina una red internacional de centros, en los que se combina el apoyo formal proveniente de los profesionales sanitarios especializados en lactancia y el apoyo informal propio de los grupos o redes de apoyo a la lactancia.

El objetivo general de este trabajo consiste, en reflexionar sobre el fenómeno del Baby Café como recurso novedoso y conveniente dentro del mundo de la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna a nivel internacional.

Con el fin último de promover, proteger y apoyar a la lactancia materna, adentrándonos en la iniciativa del Baby Café y animando a que se realicen más estudios que avalen el verdadero impacto que éste tipo de iniciativas tienen sobre la sociedad; hemos desarrollado, mediante el estado de la cuestión y un diario de campo, un estudio cualitativo, que nos ha permitido explorar el fenómeno del Baby Café en el distrito 10 de Singapur, durante el mes de marzo de 2015. Y con el cual llegamos a una serie de conclusiones tales como:

- La iniciativa del Baby Café es muy beneficiosa para la sociedad en la que vivimos, en la que los bajos índices de lactancia suponen un problema de salud mundial.
- La evolución del Baby Café ha sido exponencial, su crecimiento e internacionalización se deben, en gran parte, al éxito de éste tipo de modelos

de apoyo a la lactancia materna. No suponen un gran coste económico para la sociedad y en cambio mejoran la calidad del sistema de salud, enriquece la percepción que las mujeres tiene sobre sus lactancias y contribuyendo a mejorar la permanencia e incidencia de la lactancia materna en la comunidad.

- Los profesionales sanitarios especializados en lactancia, en combinación con las redes informales de apoyo, juegan un papel fundamental en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.

CAPÍTULO 6.

ANÁLISIS DEL CONTEXTO.

La Región de Murcia está compuesta por 26 hospitales y 86 centros de salud como se puede comprobar en www.murciasalud.es. En el Anexo 6 se pueden observar tres imágenes del mapa sanitario de la Región de Murcia, delimitado por áreas de salud, hospitales y centros de salud.

Según el Centro Regional de Estadística de Murcia (CREM), en 2014 la población total de la Región fue de 1.466.818 habitantes de los cuales un 50,17% eran hombres y un 49,83% mujeres. A continuación presentamos la Figura 6, donde se puede comprobar el número de habitantes por edad y por sexo, según los datos publicados por el CREM en 2014.

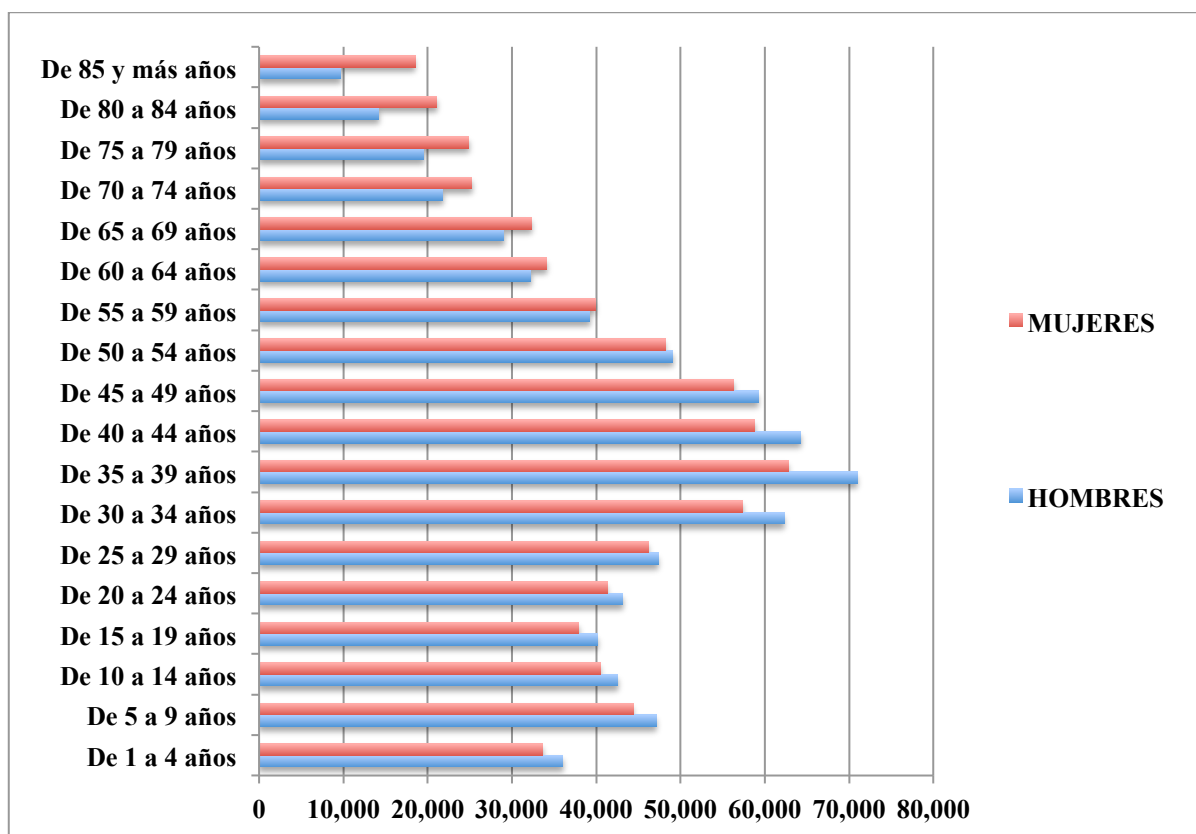


Figura 6. Número de habitantes por edad y sexo. Figura de elaboración propia en base a los datos recogidos por el CREM, 2014.

Para nuestro estudio, escogimos como población diana a aquellas mujeres que acudieron a la revisión del niño sano, dentro del programa PANA (Programa de atención al niño y al adolescente que se puede consultar en el Anexo 5) en el Área I de Salud de La Región de Murcia, seleccionando los Centros de Salud acreditados como dispositivos docentes de los EIR (Enfermero Interno Residente) de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Estos Centros de Salud fueron:

- Centro de Salud de San Andrés.
- Centro de Salud de El Palmar.
- Centro de Salud de Sangonera la Verde
- Centro de Salud de Alcantarilla.

Todos estos centros de salud forman parte del Área I de Murcia (Murcia Oeste) y tienen como hospital de referencia el “Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca” ubicado en la pedanía de El Palmar y tiene una cobertura de 557.330 habitantes (es decir, un 39% de la población total de la Región). Cada centro de salud pertenece a una zona básica de salud. Así el Centro de Salud de San Andrés pertenece a la zona 10, el Centro de Salud de El Palmar pertenece a la zona 23, el Centro de Salud de Sangonera la Verde pertenece a la zona 74 y el Centro de Salud de Alcantarilla pertenece a la zona 1 (en el Anexo 6, se puede observar el mapa sanitario de la Región de Murcia delimitado por Áreas de Salud y Centros de Salud).

El Área I (Murcia Oeste), cuenta con un total de 143 médicos de familia, 40 pediatras, 135 enfermeros y 102 profesionales no sanitarios (CREM, 2014).

En el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud de España (2013), se encuestó a 2.131 personas, para conocer cuál era el grado de satisfacción percibido por los usuarios de los centros de salud de la Región de Murcia, y se comprobó que la satisfacción media mantenía una tendencia ascendente de año en año y que se seguía manteniendo altas valoraciones de la profesionalidad y trato de los profesionales sanitarios. En cambio, se comprobó que aun seguían con áreas susceptibles de mejora, como eran los tiempos de espera, la accesibilidad a las recetas de los crónicos, personal de administración e infraestructura. Aun así en caso de poder elegir un 97% de los entrevistados volverían a su centro de salud y un 94% lo recomendarían a sus amigos y familiares.

CAPÍTULO 7.

JUSTIFICACIÓN

La leche materna es el mejor alimento para el neonato y el lactante, y la lactancia materna va mas allá de los simples beneficios que proporciona la inigualable composición de su leche. La lactancia materna es lo natural, las madres estamos hechas para lactar y forma parte del ciclo vital de las mujeres desde los inicios de la humanidad.

A pesar de esto, encontramos que la lactancia materna no es siempre un camino fácil. Muchas mujeres no consiguen alcanzar sus objetivos, y se sienten frustradas ante el hecho de no poder lactar el tiempo deseado. Superar los obstáculos que eventualmente pueden aparecer, depende en gran medida de las iniciativas, políticas, servicios y recursos tanto físicos como humanos, destinados a la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.

Las redes de apoyo a la lactancia materna, juegan un papel fundamental en esta tarea, así lo podemos comprobar con numerosos estudios, en los que se describe y valora el impacto que estas redes ejercen sobre las mujeres y familias de lactantes de todo el mundo.

Lamontagne, Hamelin & St-Pierre (2007), realizaron un estudio descriptivo en donde se evaluaron las experiencias de lactancia en mujeres con dificultades. Los resultados del estudio revelaron, que el apoyo más significativo vino dado en primer lugar por el personal sanitario, seguido de la familia y amigos. Los resultados sugieren que las clínicas de lactancia tiene un rol fundamental a la hora de mejorar la experiencia de lactancia en mujeres con dificultades.

Por otro lado, Gilbert & McLoughlin (2013), evaluaron el grado de satisfacción percibida por las usuarias de los servicios de apoyo a la lactancia materna en Northamptonshire (Inglaterra). La mayoría de las familias identificaron el trabajo de la matrona y del personal de apoyo del centro como el más efectivo a la hora de solucionar sus problemas o dudas de lactancia.

Encontramos resultados similares en otro estudio realizado en Australia (Chin & Amir, 2008). En el que se concluye que las mujeres que acudieron a la consulta de lactancia del Hospital Royal Women's de Melbourne, mostraron sentirse satisfechas con el servicio recibido. El personal que trabajaba en dicha unidad fue evaluado muy positivamente por sus usuarias.

Igualmente, encontramos en Canadá un estudio de evaluación de una clínica de lactancia (Pastore & Nelson, 1997). En el que el 90.9% de las mujeres consideraron su experiencia de buena a excelente. Así mismo se observó que las madres primíparas o con bebés nacidos pretérmino, a pesar de visitar en más ocasiones la clínica que el resto de mujeres, la prevalencia de lactancia materna a los cuatro meses era la similar a la de otros subgrupos. La reincorporación laboral, fue el principal motivo para el cese de la lactancia materna. Las conclusiones del estudio fueron que los servicios ofertados por la clínica de lactancia, contribuían a aumentar los porcentajes de lactancia materna así como a mejorar la experiencia de lactancia de las mujeres que acudían al centro.

Seis años más tarde se volvió a realizar otro estudio similar en Canadá (Saskatoon), obteniendo resultados parecidos (Stefiuk, Green, Turnell & Smith, 2002). Los autores concluyeron que la mayor parte de las mujeres que acudieron al centro se sintieron muy satisfechas con el trato recibido. El 100% de las mujeres,

volvería a usar los servicios de apoyo a la lactancia ofertados por el centro si fuera necesario y se lo recomendarían a otras personas.

Ortega et al. (2008), publicaron un estudio (Proyecto MALAMA en la Región de Murcia: Medio Ambiente y Lactancia Materna), en el que estudiaron los factores protectores y de riesgo de la calidad y duración de la lactancia materna completa y total en la Región. El estudio sugiere que, aunque en el momento del alta hospitalaria los porcentajes de lactancia materna son elevados, el descenso brusco a lo largo de los meses hace que la lactancia prolongada siga siendo un objetivo fundamental por cumplir cuando hablamos de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.

Por otro lado, García de León (2000), en su trabajo titulado “Hasta que tú quieras”, realizó un estudio en el Área V de Salud de la Región de Murcia (Yecla), dentro de la Estrategia de Atención al Parto y Salud Reproductiva, concluyendo que “disponer de información de calidad, accesible y pertinente es crucial de cara a mejorar las estrategias de salud dirigidas al bebé, la madre y la familia”

En todos los estudios consultados, comprobamos que el impacto que ejercen las redes de apoyo a la lactancia materna es muy efectivo y beneficioso. Pero nuestra pregunta, llegados a este punto es que, si en la Región de Murcia contamos con redes de apoyo, políticas, programas y profesionales destinados a proteger, promover y apoyar la lactancia materna. ¿Por qué aún seguimos sin alcanzar los mínimos que propone la OMS? ¿Cuál es el impacto que ejercen las redes de apoyo en nuestra Región?.

Para tratar de responder a nuestra pregunta de investigación, nos planteamos la siguiente hipótesis y objetivos.

BLOQUE II. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

CAPÍTULO 1.

HIPÓTESIS

Tras desarrollar el marco teórico de nuestro estudio, nos planteamos como hipótesis que:

El impacto que ejercen las redes de apoyo a la lactancia materna sobre las mujeres que lactan es satisfactorio.

CAPÍTULO 2.

OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

1. Conocer, valorar y describir cuál es el **impacto** que ejercen las redes de apoyo a la lactancia materna sobre las mujeres que lactan.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.1. Conocer cuál es el grado de **satisfacción** percibido por las usuarias de los servicios de apoyo a la lactancia materna.
- 1.2. Detallar cuáles son las principales profesionales **consultados** por las madres que acuden a las diferentes redes de apoyo.
- 1.3. Deducir cuáles son las **experiencias anteriores** a la lactancia que pueden influir positivamente en la decisión de lactar.
- 1.4. Conocer cuáles son los principales **problemas** con la lactancia que surgen y en qué momento aparecen.
- 1.5. Determinar qué repercusión tiene el hecho de haber recibido o no **apoyo** en la decisión de lactar.

BLOQUE III. MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 1.

MATERIAL Y MÉTODOS

1.1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La revisión bibliográfica es un pilar fundamental para comenzar la investigación. Para ello hemos realizado una búsqueda rigurosa de publicaciones bibliográficas desde octubre de 2012 hasta que se finalizó el trabajo en enero de 2016. Dicha búsqueda se ha hecho en español y en inglés, ya que la mayor parte de artículos publicados relacionados con nuestra investigación son anglosajones. Para la búsqueda de evidencia científica que nos sirviera para analizar nuestro objeto de estudio, se consultó con las siguientes bases de datos:

- Dialnet
- Scielo
- Teseo
- TDR (Tesis Doctorales en Red)
- Medline
- Cuiden
- Cochrane Library

Los términos utilizados para la búsqueda fueron:

- Lactancia materna (breastfeeding)
- Promoción (promotion)
- Protección (protection)
- Apoyo (support)
- Impacto (impact)
- Cuestionario (questionnaires or survey)

Una vez conseguidas todas las referencias bibliográficas, se realizó una revisión de los estudios más significativos para la investigación. En el apartado de bibliografía se pueden consultar todas las referencias bibliográficas y páginas web consultadas.

1.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño del estudio se plantea desde un marco cuantitativo, descriptivo, analítico, observacional de corte transversal a través de un cuestionario elaborado y validado por nuestro equipo de investigación.

Tras la búsqueda, sin éxito, de un instrumento validado que se adaptase a los objetivos de nuestro estudio y vista la carencia de cuestionarios en español destinados a valorar el impacto de las diferentes redes de apoyo a la lactancia materna de las que disponen las mujeres que lactan, decidimos elaborar un cuestionario y proceder a su posterior validación.

1.3. PROCESO DE ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO. ARTÍCULO PUBLICADO

En abril de 2015, publicamos un artículo titulado “*Desarrollo y validación de un instrumento diseñado para medir el impacto de las redes de apoyo a la lactancia materna*” en la revista *Nutrición Hospitalaria*, con la intención de poner a disposición de la comunidad científica, el instrumento que previamente habíamos elaborado y validado, para poder realizar nuestro trabajo de campo. El artículo tuvo mucha repercusión. A raíz de la publicación, recibimos numerosas peticiones para autorizar su uso en estudios de investigación de varios países. En la actualidad, el cuestionario se está aplicando por Chile, Colombia, México y Alicante. A continuación, pasaremos a resumir brevemente el artículo, que se encuentra adjunto en el apartado de anexos (Anexo 1).

Antecedentes: Partimos de la hipótesis de que no existen suficientes cuestionarios validados que midan el impacto de las redes de apoyo a la lactancia materna para población hispano hablante.

Objetivo: Por ese motivo, nos planteamos como objetivo general de este trabajo, elaborar y validar (a nivel de contenido y constructo) un instrumento de medida cuantitativa.

Método: Se evaluó la validez de contenido sometiendo el cuestionario a un juicio de expertos en lactancia materna de la Región de Murcia. La prueba piloto se llevó a cabo entre los meses de marzo y abril de 2014. Las encuestas fueron realizadas directamente por las usuarias que acudían al grupo de apoyo a la lactancia “Lactando”. Para la validez de constructo se realizó un análisis factorial con el que se determinaron las distintas dimensiones que el cuestionario podría medir. Se realizó una estadística descriptiva de cada uno de los ítems. A través del análisis de componentes principales, se obtuvo la varianza total explicada, determinando así, los factores con los elementos que los definían.

Resultados: A través del análisis factorial, el cuestionario obtuvo una alta consistencia interna para sus cinco componentes (satisfacción, consultas, experiencia, problemas y apoyo), consiguiendo valores de alfa de Cronbach de 0,942 a 0,632. Y un porcentaje de varianza total explicada elevado (11,157% - 36,041%).

Conclusión: Este estudio ha servido para crear un instrumento pertinente y válido a nivel de contenido y de constructo, capaz de medir el impacto de las redes de apoyo a la lactancia a través de 5 dimensiones.

Palabras clave: Lactancia materna, apoyo, cuestionario, elaboración, validación.

1.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO

En este apartado trataremos la población diana del estudio, los criterios de inclusión y exclusión y el tamaño de la muestra del mismo.

Entendemos por población diana, aquellas mujeres que acudieron a la revisión del niño sano, entre el 2 de Junio y el 27 de Noviembre de 2014 (las fechas en las que se llevó a cabo el estudio), dentro del programa PANA (véase en anexo 5), en el Área I de Salud de La Región de Murcia, dentro de los Centros de Salud acreditados para la docencia de los EIR (Enfermeros interno residentes). Los Centros de Salud aprobados e incluidos para el estudio fueron:

- Alcantarilla.
- Sangonera la Verde.
- San Andrés.
- El Palmar.

Basándonos en las recomendaciones de la OMS (2002), en las que aconsejan no abandonar la lactancia natural hasta los dos años de edad, o más tarde, y teniendo en cuenta que cuanto mayor es la edad del niño, más información se puede obtener del cuestionario. Se insistió en que las madres que participaran en el estudio fueran principalmente las que acudían a la octava revisión del niño sano (2 años), dentro del programa PANA.

Como criterio de inclusión, contamos con aquellas madres que:

- Tuvieran alguna experiencia de lactancia. Es decir, que en aquel momento estuvieran dando el pecho o lo hubieran hecho anteriormente.
- Acudieran a la revisión del niño sano entre las fechas que se llevó a cabo el trabajo de campo, en cualquiera de los cuatro Centros de Salud aprobados para el estudio.
- Supieran leer y escribir en español.
- Quisieran participar en el estudio de forma desinteresada.

Como criterios de exclusión consideramos a aquellas madres que:

- No quisieran colaborar con el estudio.
- Acudieran a cualquier otra consulta que no formase parte del programa PANA.

El tamaño de la muestra fue de N=430. De un total de 500 cuestionarios administrados, se obtuvieron 430 válidos. Se desecharon 20 por estar incompletos o con resultados incoherentes y 50 por no haber sido devueltos al Centro de Salud correspondiente, durante el periodo en el que se llevó a cabo el trabajo de campo.

1.5. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

Las variables que recoge el cuestionario las podemos clasificar en 6 apartados, un primero en el que incluimos todas las variables sociodemográficas y cinco apartados más, que incluirían las cinco dimensiones que desarrolla el cuestionario (satisfacción, consultas, experiencias anteriores, problemas y apoyo):

❖ Variables sociodemográficas:

- Edad.
- Nacionalidad.
- Número de hijos.
- Nivel de estudios.
- Situación laboral.
- Situación laboral de la pareja.
- Edad del hijo.

❖ Variables relacionadas con la satisfacción:

- Accesibilidad / disponibilidad.
- Eficacia.
- Apoyo.
- Escucha.
- Ayuda.
- Satisfacción.
- Necesidad.
- Experiencia.
- Tiempo empleado.
- Tiempo de espera.
- Necesidad de más redes de apoyo.

❖ Variables relacionadas con las consultas:

- Profesionales o grupos de apoyo a la lactancia consultados.
- Consulta a amigos o familiares.

- Número de consultas.
- Momento de la primera consulta.

- ❖ Variables relacionadas con las experiencias anteriores:
 - Experiencia anterior de lactancia.
 - Semanas de gestación en el momento del parto.
 - Tipo de embarazo.
 - Tipo de parto.
 - Utilización de analgesia epidural.
 - Si el recién nacido ha precisado ingreso en neonatos.
 - Práctica del piel con piel.
 - Tiempo transcurrido hasta la primera toma.
 - Tipo de lactancia.
 - Duración de la lactancia.

- ❖ Variables relacionadas con los problemas:
 - Problemas o dudas relacionadas con la lactancia.
 - Momento de aparición de los problemas o dudas.

- ❖ Variables relacionadas con el apoyo:
 - Intención de lactar.
 - Información recibida o buscada durante el embarazo.
 - Mujeres en el entorno lactando.
 - Experiencia de lactancia de su madre.
 - Apoyo en su entorno.
 - Ayuda para las tareas del hogar.
 - Ayuda por parte de los profesionales de paritorio / recuperación.
 - Ayuda por parte de los profesionales de maternidad.
 - Ayuda por parte de los profesionales de centro de salud.
 - Suplementos sin indicación médica.

Las dos únicas variables cuantitativas fueron la edad materna, el tiempo de lactancia. El resto de variables se codificaron de manera cualitativa.

1.6. TRABAJO DE CAMPO: APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO

Una vez finalizado el proceso de aprobación de los permisos necesarios para proceder al trabajo de campo, se comenzó a pasar los 500 cuestionarios desde el 2 de Junio hasta el 27 de Noviembre de 2014. Dicho estudio se llevó a cabo en una fecha concreta realizando así una única medición de la población a estudiar.

De un total de 500 cuestionarios administrados, se obtuvieron 430 válidos. Las mujeres participaron de forma voluntaria, después de recibir por parte de los enfermeros responsables de la consulta del niño sano y dos enfermeros externos que eventualmente colaboraron de manera desinteresada con el estudio, información sobre el objetivo del trabajo. Se garantizó el anonimato de las participantes y en ningún momento se presionó a las encuestadas para realizar o terminar el cuestionario si no lo deseaban. Esto nos sirvió de garantía de validez de las respuestas.

1.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez finalizado el trabajo de campo, procedimos a recoger las encuestas, para seguidamente analizarlas estadísticamente mediante el programa SPSS 20.0.

Se creó una base de datos con el programa Excel, en el que aparecían todas las variables del instrumento, y se introdujeron las respuestas de los 450 cuestionarios obtenidos tras el trabajo de campo, de los cuales se desecharon 20 por estar incompletos o con respuestas incoherentes. Tras la depuración de los datos, pasamos a transformarlos y codificarlos para su correcto análisis. El siguiente paso fue realizar un análisis factorial o análisis exploratorio de los resultados, para detectar observaciones influyentes para el posterior análisis de resultados.

El último paso fue el análisis de datos propiamente dicho. Se realizaron las técnicas estadísticas necesarias para analizar los resultados y relacionar variables entre sí. Se usó el análisis de tablas de contingencia con el test de la Chi-cuadrado de Pearson para relacionar las variables cualitativas. Respecto a las dos variables cuantitativas que obtuvimos del instrumento (edad materna y duración de lactancia en meses), se decidió recodificarlas para transformarlas cualitativas, ya que los resultados conseguidos resultaban complejos de analizar y poco claros. Se simplificó de este modo el análisis estadístico, pasando a clasificar la edad materna en cuatro grupos (grupo 1 entre 15-25 años, grupo 2 entre 26-36 años, grupo 3 entre 37-47 años y grupo 4 entre 48-58 años) y la duración de la lactancia en meses en seis grupos (grupo 1 de 0-1 mes, grupo 2 de 2-4 meses, grupo 3 de 5-6 meses, grupo 4 de 7-11 meses, grupo 5 de 1-2 años y grupo 6 mayor de 2 años).

1.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación se realizó bajo el firme compromiso de respetar tanto las normas éticas que rigen los estudios científicos, como el anonimato de los participantes de este estudio, siguiendo la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal y el Código de Buenas Prácticas Científicas, adoptado por la Universidad de Murcia desde el Vicerrectorado de Investigación, elaborado por el Instituto Municipal de Investigación Médica, el Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud de la Universidad Pompeu Fabra y el Centro de Regulación Genómica, en su segunda edición en junio de 2002.

El estudio ha sido supervisado por tres directores y doctores de la Universidad de Murcia y el proyecto de investigación fue aprobado por parte del Sr. Dr. Director Gerente del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, el Comité de Ética e Investigación (CEI), la Unidad de Formación Continuada y la Gerencia, el día 30 de mayo de 2014, como se puede comprobar en el documento que aparece en el Anexo 4 de esta tesis.

Previa administración del cuestionario, se le proporcionó a las participantes interesadas una hoja a modo de consentimiento (información que puede encontrarse en el Anexo 3). Las mujeres que no aceptaron el consentimiento, fueron excluidas del estudio.

1.9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las principales limitaciones encontradas en el estudio fueron las siguientes:

- Escasa colaboración e incluso rechazo por parte de ciertos profesionales sanitarios facultativos de Atención Primaria en relación con el estudio, que tal vez sea debido a la presión asistencial, o por la falta de interés de dichos profesionales con la investigación.
- El número de consultas destinadas a la octava revisión del niño sano, no fueron suficientes para cumplir nuestros objetivos, por lo que se tuvo que ampliar el criterio de inclusión de las participantes, a cualquier revisión realizada dentro del programa PANA. Aun así, se consiguió que el 43% de los hijos de las encuestadas fueran mayores de 2 años y el 18.6% de entre 1 y 2 años.
- Un gran número de cuestionarios (50 de 500, es decir, un 10% de los cuestionarios administrados) no fueron devueltos al Centro de Salud correspondiente durante los periodos establecidos para la realización del trabajo de campo.

BLOQUE IV. MARCO EMPÍRICO

CAPÍTULO 1.

RESULTADOS.

Para la realización del estudio hemos contado con el cuestionario anteriormente desarrollado, como herramienta principal para conocer el impacto de las redes de apoyo a la lactancia materna, disponibles para las madres que lactan. Aunque la muestra ha sido tomada en la Región de Murcia, este estudio no es representativo de toda la población, tan solo es un ensayo científico que pretende descubrir las percepciones de un grupo de mujeres que lactan. Puesto que el instrumento utilizado, trata de medir algunos aspectos tan subjetivos como el grado de satisfacción, las sensaciones o las percepciones de las madres, partimos de la base que pueden aparecer dificultades de medición dadas por la propia naturaleza del fenómeno objeto de estudio. Es por esto que debemos considerar los resultados obtenidos en base a cada variable encontrada.

El cuestionario está dividido en 5 variables o dimensiones. En el artículo *desarrollo y validación de un instrumento diseñado para medir el impacto de las redes de apoyo a la lactancia materna* (Anexo 2), se detallan cada una de estas dimensiones:

- Satisfacción.
- Consultas.

- Experiencias anteriores.
- Problemas.
- Apoyo.

Las hemos clasificado según el porcentaje de varianza total explicada y la correlación interna obtenida durante el proceso de validación del cuestionario. La dimensión de la satisfacción fue la más destacada, seguida de las consultas, experiencias anteriores, problemas y por último apoyo.

1.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS

Para exponer el análisis descriptivo de los resultados comenzaremos por la tasa de participación, las variables sociodemográficas y las relacionadas con el tipo de lactancia seleccionada y su duración, seguidamente presentaremos los resultados clasificándolos en base a las 5 dimensiones que desarrolla el cuestionario (satisfacción, consultas, experiencias anteriores, problemas y apoyo).

1.1.1 Tasa de participación

La participación de las usuarias en los Centros de Salud fue muy heterogénea, obteniendo el porcentaje más alto en el Centro de Salud de San Andrés con un total de 318 cuestionarios válidos, seguido de El Palmar (87 cuestionarios), Sangonera la Verde (15 cuestionarios) y Alcantarilla (10 cuestionarios). Para dicho trabajo y con la finalidad de reducir al máximo los cuestionarios nulos, se contó con la ayuda desinteresada de dos enfermeros que eran los responsables de explicar brevemente cómo cumplimentar el cuestionario y responder a las dudas que eventualmente pudieran surgir a las participantes, así mismo se aseguraban de que las encuestas eran administradas y almacenadas correctamente por parte de los profesionales responsables de la consulta del niño sano de cada Centro de Salud.

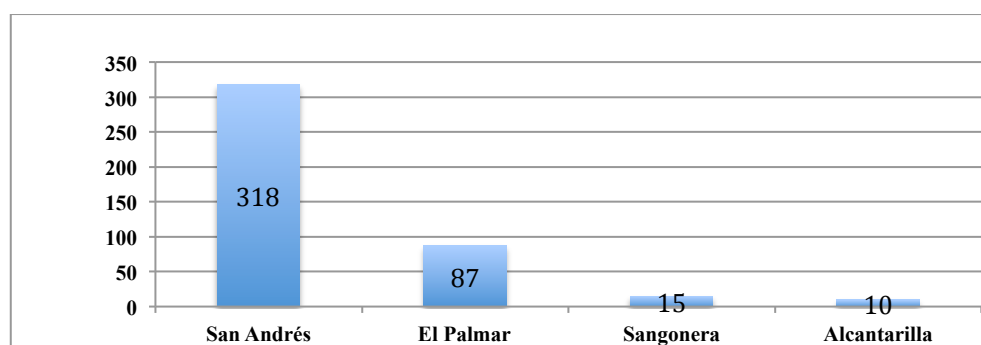


Figura 7. Participación por Centros de Salud. Número de cuestionarios válidos.

1.1.2. Variables sociodemográficas

La edad media de las madres que realizaron el cuestionario fue de 34,4 años, hallando un rango de edad de 15 a 58 años. Teniendo en cuenta que la población diana del estudio se centró en aquellas mujeres que hubieran tenido alguna experiencia de lactancia anterior o que por el contrario aun estuvieran lactando, sin importar la edad del niño ni el tiempo transcurrido; puede que alguna de las participantes ya no estuviera dando el pecho en el momento de la realización del cuestionario.

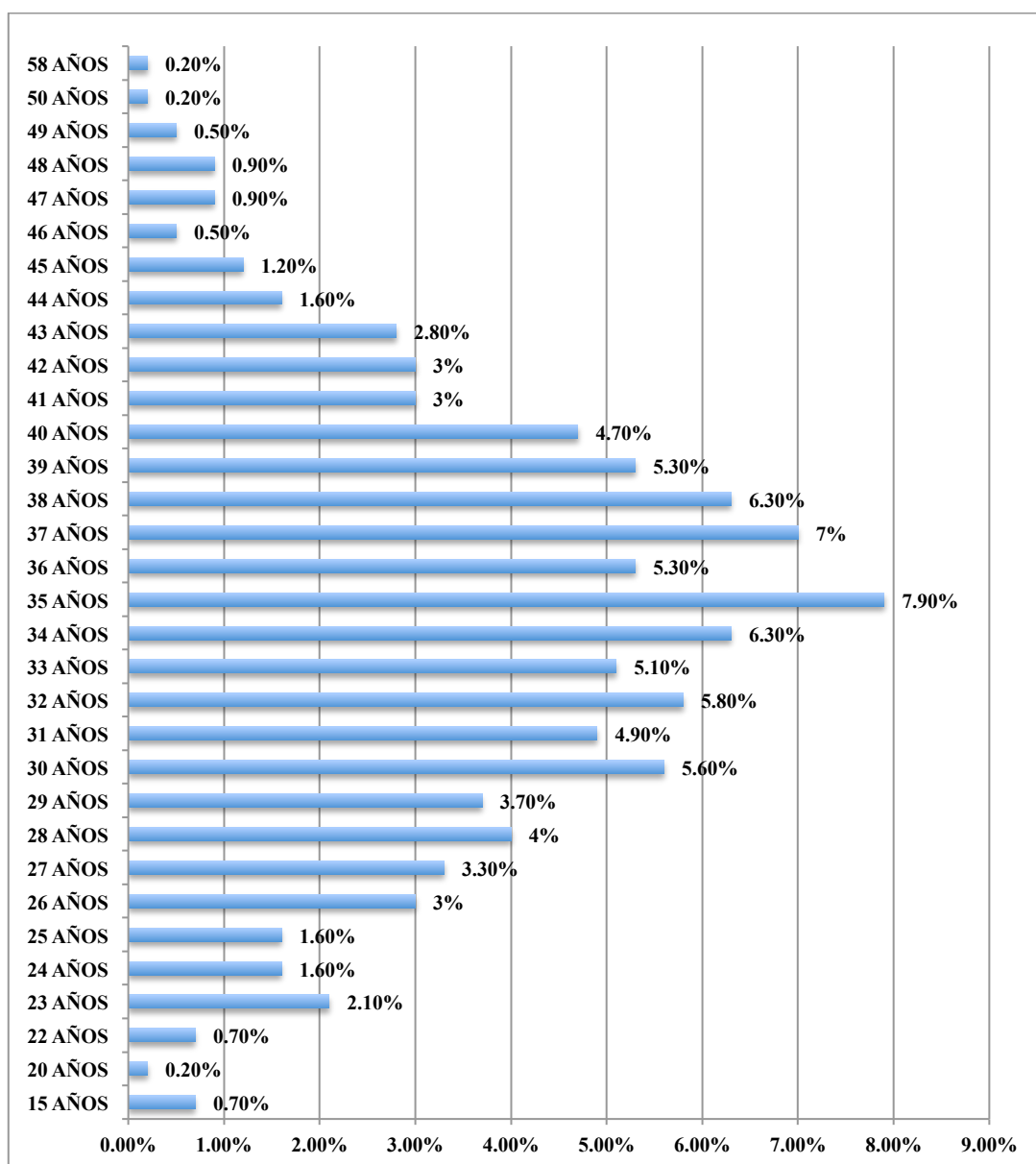


Figura 8. Edad de las madres encuestadas.

La nacionalidad de las mujeres fue mayoritariamente española, llegando a un 90,7% de los casos, seguidas de sudamericanas y europeas (sin incluir españolas).

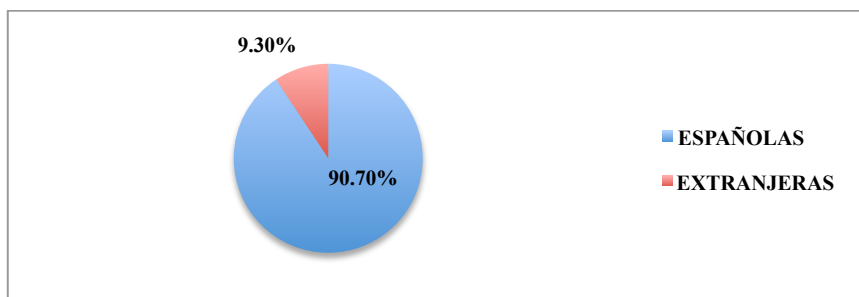


Figura 9. Porcentaje de participantes españolas y extranjeras.

Así mismo, en la Figura 10, se detallan los porcentajes de las encuestadas extranjeras según su procedencia.

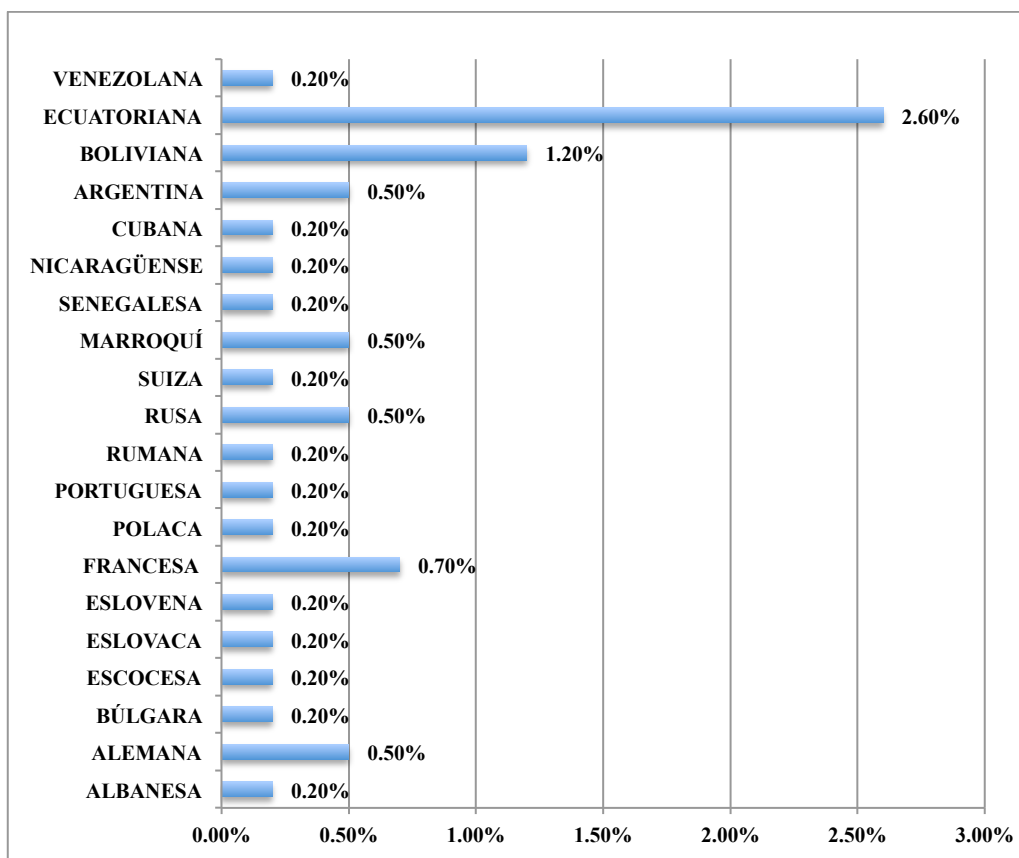


Figura 10. Porcentaje de participantes extranjeras según nacionalidad.

El 60,7% de las madres tenían estudios universitarios, el 13,5% habían cursado formación profesional, el 13% habían concluido el bachillerato y tan solo un 2,3% no tenían ningún estudio reconocido. Por lo que podemos afirmar que el perfil mayoritario de las participantes del estudio fue el de madre española de aproximadamente 35 años con una media de 2 hijos y con estudios universitarios concluidos.

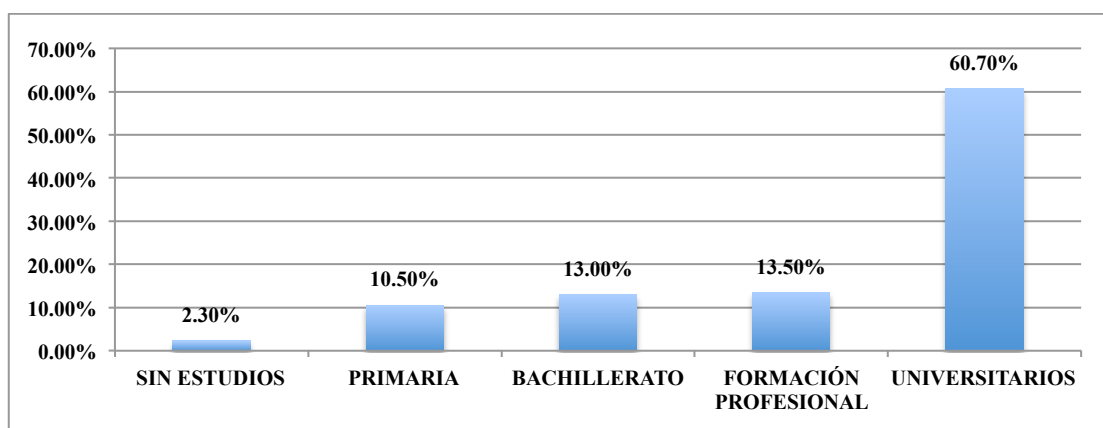


Figura 11. Estudios realizados.

El 3% de las mujeres no tenían pareja, pero si nos centramos en el 97% restante, en el 84,9% de los casos, la pareja estaba trabajando. En cambio, sólo el 51,2% de las madres estaban trabajando y el 14,2% de baja.

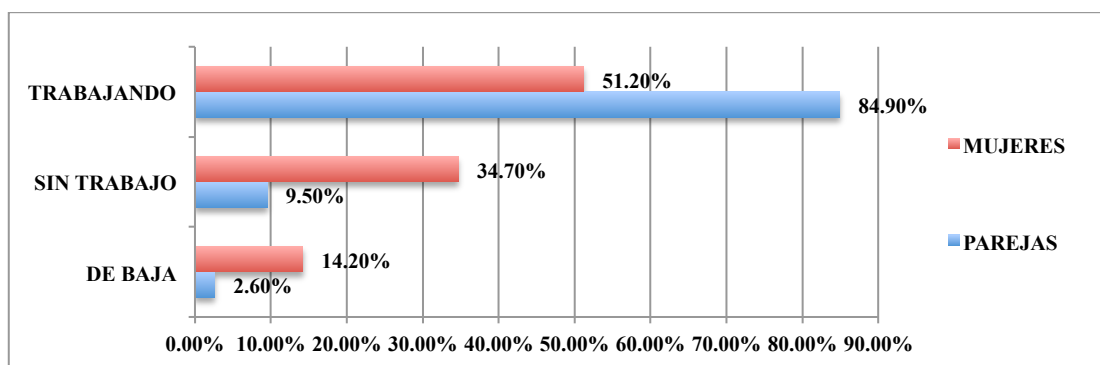


Figura 12. Comparativa de la situación laboral de las mujeres encuestadas y sus parejas.

Respecto al número de descendientes, el 38,1% de las mujeres incluidas en el estudio tenían 1 hijo, mientras que el 45,3% tenían 2. Pero tan solo el 16,5% tenían 3 o más, por lo que la media fue de 1,86 hijos por madre.

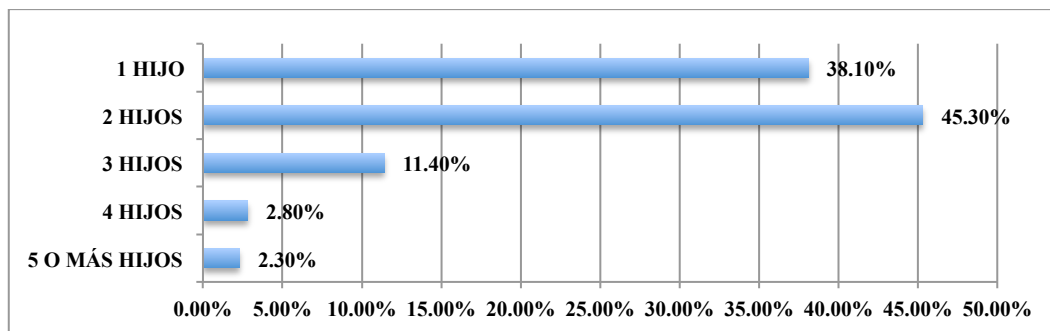


Figura 13. Número de hijos.

La edad de los niños se clasificó en ocho grupos, abarcando de este modo a todas las posibles edades, desde 0 meses hasta mayores de 2 años. El 73,2% fueron mayores de 6 meses, el 61,6% mayores de 1 año y el 43% mayores de 2 años.

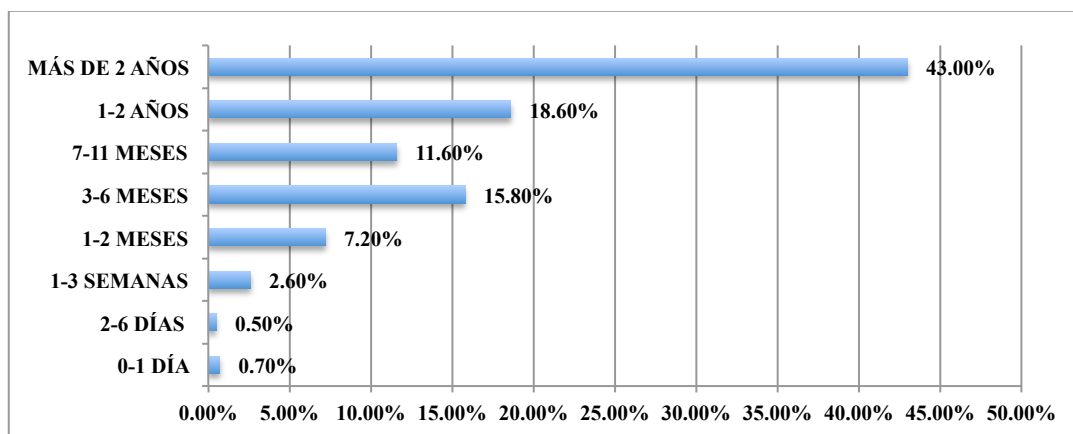


Figura 14. Edad del niño.

1.1.3. Variables relacionadas con el tipo de lactancia y su duración

Para poder clasificar el tipo de lactancia elegida por las encuestadas para alimentar a sus bebés, se formuló una pregunta en base a la categorización que propuso la OMS en el documento “*Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño*” (2009), en el que se aclaraban los criterios que definían las prácticas de alimentación infantil. Así se clasificaban en:

- *Lactancia materna exclusiva*: abarca a los lactantes de 0 a 5 meses de edad que recibieron solamente leche materna, incluyendo leche extraída o de nodrizas, jarabes, gotas o sueros.
- *Lactancia materna predominante*: engloba a los lactantes de 0 a 5 meses de edad que recibieron leche materna como fuente predominante de alimentación, incluyendo leche extraída o de nodriza, ciertos líquidos como agua, bebidas a base de agua, zumos de frutas, líquidos, sueros o jarabes.
- *Alimentación complementaria*: práctica de alimentación infantil que comprende cualquier líquido (incluyendo leche materna) o alimento semisólido proporcionado mediante un biberón con tetina. También permite que el lactante reciba cualquier alimento o líquido incluyendo leche de origen no humana y preparados para lactantes (leche artificial).

Para facilitar la comprensión de la pregunta, se enunció de la siguiente manera: ¿Qué tipo de lactancia ha llevado a cabo con su bebé hasta los 6 meses?

- Lactancia materna exclusiva (únicamente leche materna)
- Lactancia materna predominante (leche materna con infusiones agua, zumos, líquidos...)
- Alimentación complementaria (leche materna con alimentos sólidos como papillas y/o líquidos como leche artificial).

En la siguiente figura se muestran los porcentajes para cada práctica de alimentación infantil seleccionada por las mujeres encuestadas.

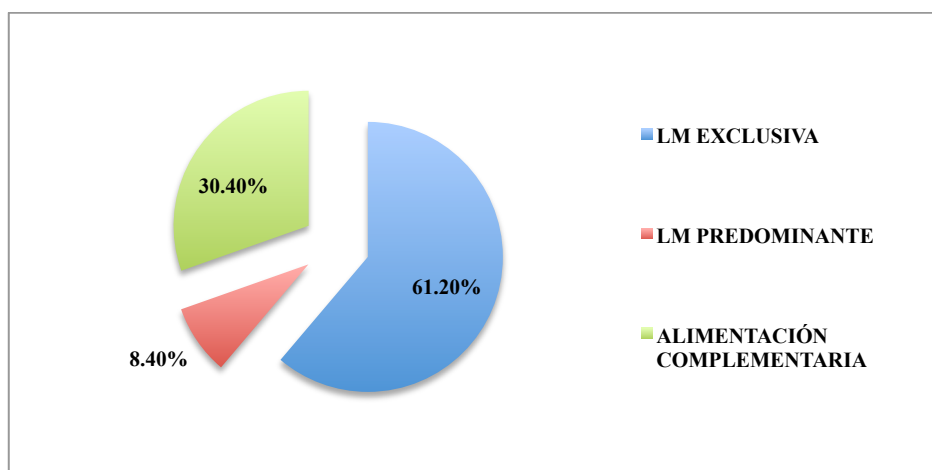


Figura 15. Tipo de lactancia hasta los 6 meses.

El rango para la duración de la lactancia materna fue de 1 a 81 meses, es decir, de 1 mes hasta cerca de los 7 años. Para conseguir el máximo de información posible, se formuló la pregunta de la siguiente manera: ¿cuántos meses le ha dado el pecho a su hijo? Seguido de un recuadro en blanco, para no limitar las posibilidades de respuesta. Esta pregunta se codificó de manera cuantitativa al igual que la edad de las participantes, el resto de preguntas del cuestionario fueron tratadas en base a medidas de escala cualitativas ordinales o nominales.

Tras la pregunta sobre la duración de la lactancia materna, se formuló otra para saber si las madres encuestadas seguían dando el pecho o no. En el 36,5% de los casos, el niños seguía lactando en el momento de la realización del cuestionario.

En la gráfica que presentamos a continuación mostramos la duración de la lactancia materna para las participantes del estudio por meses. El rango seleccionado para la gráfica lo hemos limitado a 36 meses ya que por encima, los valores comienzan a dispersarse y localizarse de manera más aislada. Se puede apreciar que el porcentaje más alto se sitúa a los 6 meses de edad y el grueso de las respuestas se concentra en el primer año del niño, aunque como acabamos de comentar, a partir de los 6 meses los porcentajes caen de manera drástica.

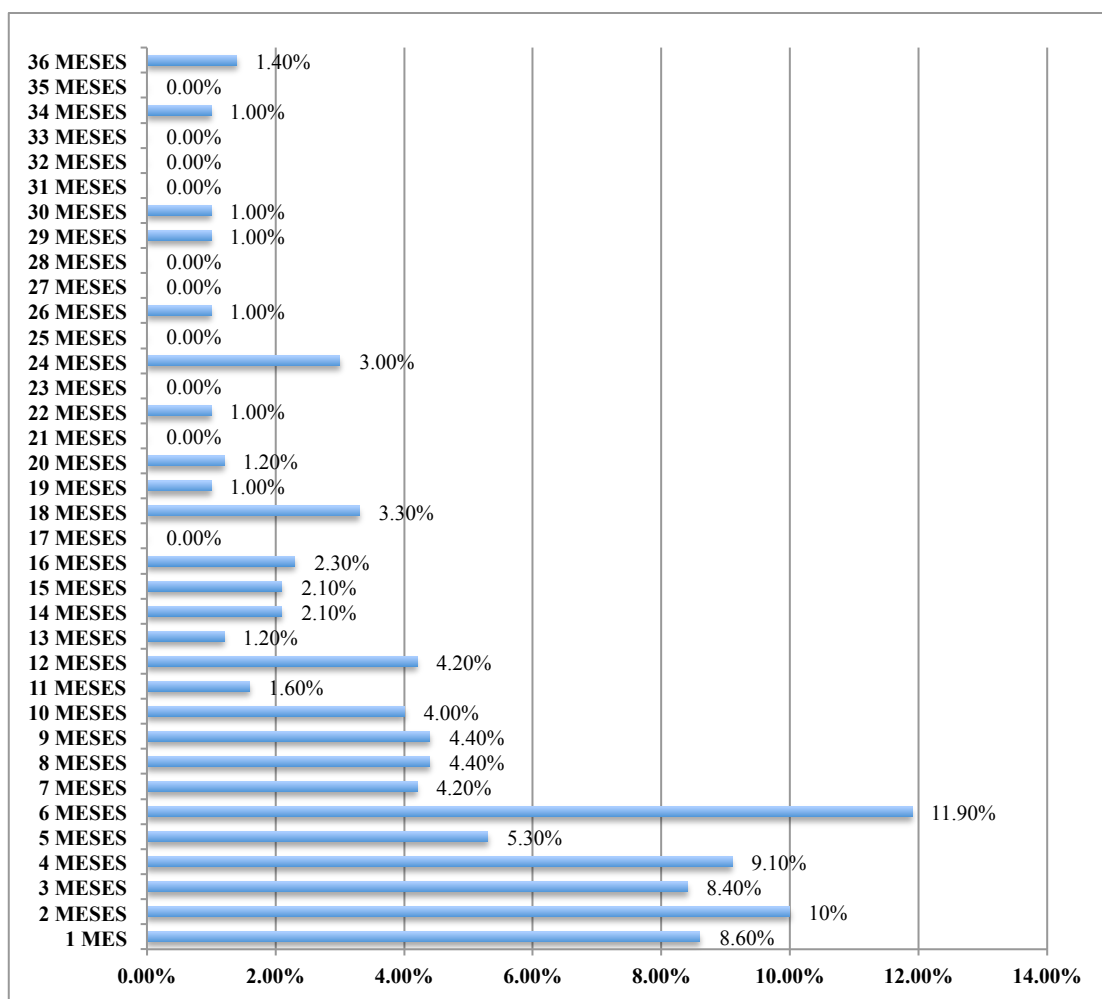


Figura 16. Duración de la lactancia por meses.

1.1.4. Variables relacionadas con la satisfacción

El grado satisfacción o calidad percibida por las usuarias de los servicios de apoyo a la lactancia, la medimos por medio de una pregunta tipo Likert (pregunta 35) que se desarrolla a través de doce afirmaciones que comparten las mismas opciones de respuesta. Las cinco categorías para cada ítem son:

- Total desacuerdo = 1
- Desacuerdo = 2
- Neutral = 3
- De acuerdo = 4
- Totalmente de acuerdo = 5

Para facilitar la comprensión de la pregunta, se puso en el cuestionario el símbolo de una cara sonriente sobre la casilla de “Total acuerdo”, una cara neutral sobre la casilla “Neutral” y una cara triste sobre la casilla “Total desacuerdo”.

En la gráfica que presentamos a continuación, mostramos la puntuación media que se obtuvo para las casillas que evaluaban la calidad percibida por las mujeres en la pregunta Likert del cuestionario (de la casilla 3 a la 11). Teniendo en cuenta que la puntuación más baja era 1 y la más alta un 5 y que la media total para las 9 preguntas fue un 3,48, podemos afirmar que la calidad percibida fue bastante alta. Siendo la afirmación de “me parece necesario el profesional o servicio de apoyo a la lactancia al que he acudido” la que consiguió la puntuación más alta con un 4,36 sobre 5.

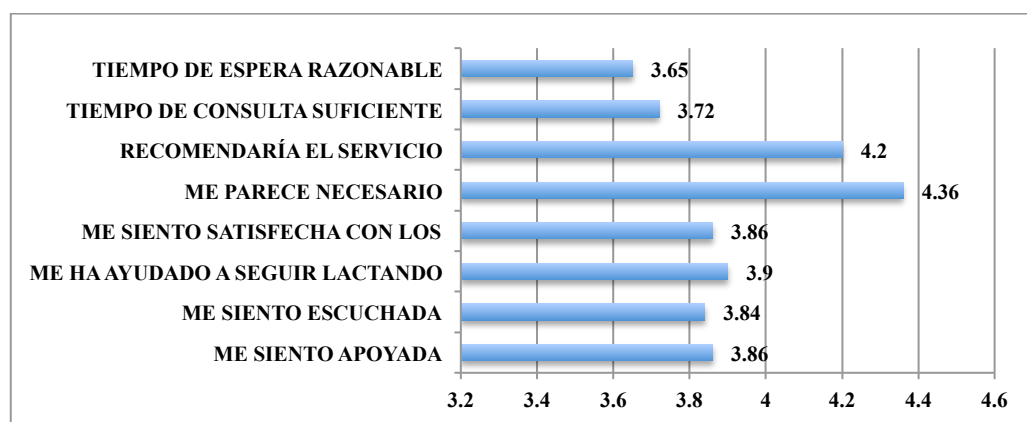


Figura 17. Puntuación media sobre 5 de las afirmaciones sobre calidad percibida.

Para poder codificar e interpretar los resultados relativos a la variable satisfacción, los hemos clasificado en cuatro categorías:

- Muy insatisfecha
- Insatisfecha
- Satisfecha
- Muy satisfecha

Teniendo en cuenta que la puntuación total de la pregunta tipo Likert podía oscilar de 1 a 5 para cada una de las 9 afirmaciones relativas al grado de satisfacción, hemos clasificado las respuestas según la puntuación obtenida. Así las encuestadas que obtuvieron una puntuación total de entre 9 y 17 las clasificamos como muy insatisfechas, entre 18 y 26 insatisfechas, entre 27 y 35 satisfechas y entre 36 y 45 muy satisfechas.

En la siguiente figura podemos comprobar que el grado de satisfacción fue muy alto. El 89,3% del total de las encuestadas, se consideraron satisfechas o muy satisfechas con los servicios o profesionales de apoyo a la lactancia consultados.

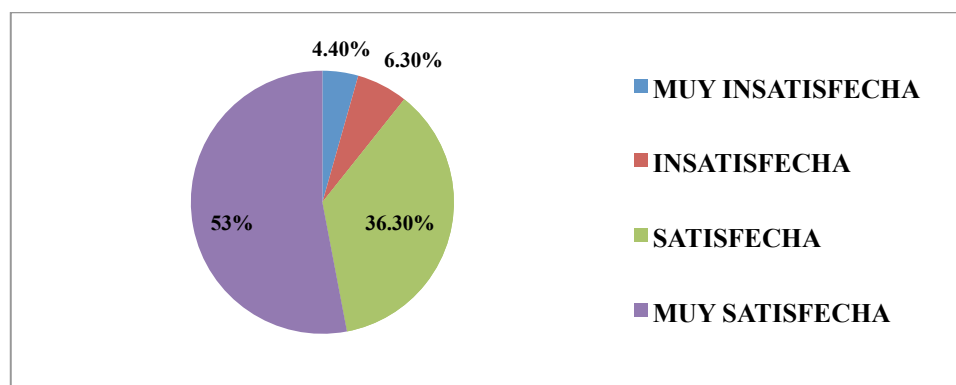


Figura 18. Grado de satisfacción percibida por las encuestadas en relación a los servicios de apoyo a la lactancia materna.

Respecto al resto de afirmaciones (1, 2 y 12) contempladas en la pregunta 35, diremos que el 70,5% de las participantes estaban totalmente de acuerdo con la afirmación de “me gustaría disponer de más servicios o redes de apoyo a la lactancia”, obteniendo la media más alta (4,5 sobre 5).

La afirmación de “no he tenido ningún problema con respecto a mi lactancia” consiguió una media de 3,07, puntuación que coincide con la casilla “neutral”, es decir que el porcentaje de respuesta de total desacuerdo, neutral y total acuerdo fue bastante similar (22,8%, 25,8% y 25,8% respectivamente).

Referente a la afirmación de “no he sabido a dónde o a quién acudir para resolver mi problema”, la media fue de un 2, en líneas generales las encuestadas estaban indecisas o en desacuerdo, aun así el 24,5% de la madres estuvieron de acuerdo o muy de acuerdo con dicha afirmación.

A continuación, en la Tabla 15 y la Figura 19, se pueden apreciar los resultados generales para la última pregunta del cuestionario, responsable de evaluar la dimensión de la satisfacción o calidad percibida por las usuarias de los servicios de apoyo a la lactancia de la Región de Murcia.

Tabla 15. Porcentaje válido de respuesta para la pregunta 35. ¿Cuál ha sido su experiencia en relación a los servicios o redes de apoyo a la lactancia?.

	TOTAL DESACUERDO	DESACUERDO	NEUTRAL	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
NO HE TENIDO PROBLEMAS	22.80%	12.10%	25.80%	13.50%	25.80%
NO HE SABIDO A DÓNDE ACUDIR	36.70%	14.40%	24.40%	11.90%	12.60%
ME HA AYUDADO A RESOLVER PROBLEMAS	6.30%	6.50%	27.90%	24.70%	34.70%
ME SIENTO APOYADA	4.70%	5.30%	26.70%	25.80%	37.40%
ME SIENTO ESCUCHADA	5.10%	5.80%	26.50%	24.70%	37.90%
ME HA AYUDADO A SEGUIR LACTANDO	5.30%	3.70%	26.30%	25.30%	39.30%
ME SIENTO SATISFECHA CON LOS SERVICIOS	4.90%	4.20%	28.80%	24.00%	38.10%
ME PARECE NECESARIO RECOMENDARÍA EL SERVICIO	3.00%	2.60%	12.80%	18.60%	63.00%
TIEMPO DE CONSULTA SUFICIENTE	3.50%	3.00%	18.80%	19.50%	55.10%
TIEMPO DE ESPERA RAZONABLE	4.90%	6.70%	32.30%	23.50%	32.60%
ME GUSTARÍA TENER MÁS SERVICIOS	5.30%	6.00%	36.30%	22.80%	29.50%
	1.60%	1.40%	13.30%	13.30%	70.50%

Las series del 1 al 5 que aparecen en la siguiente figura representan las respuestas para la pregunta tipo Likert, en la que como hemos comentado anteriormente (1 equivale a total desacuerdo, 2 desacuerdo, 3 neutral, 4 acuerdo y 5 total acuerdo).

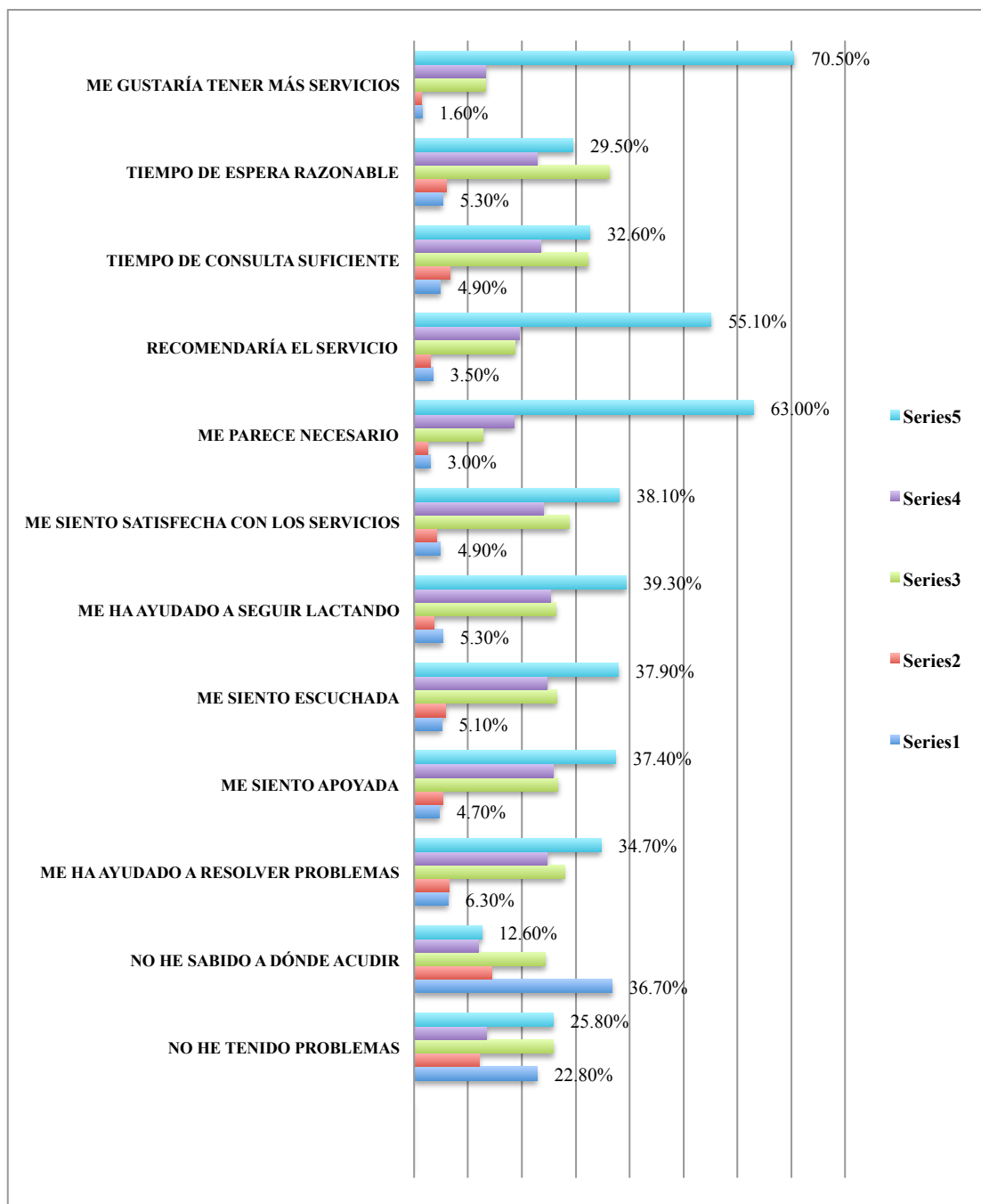


Figura 19. Porcentaje válido de respuesta para la pregunta 35: ¿Cuál ha sido su experiencia en relación a los servicios o redes de apoyo a la lactancia?.

1.1.5. Variables relacionadas con las consultas

Esta dimensión del cuestionario trata sobre las consultas realizadas por las usuarias que acuden a los servicios de ayuda a la lactancia materna. Este componente estudia desde el número de consultas que se realizan, hasta cuáles son los profesionales o servicios de apoyo a la lactancia más demandados.

Las preguntas que forman parte de esta dimensión son la 18, 19, 20 y 22. La 18 es una pregunta dicotómica con varias posibilidades de respuesta, la 19 es dicotómica excluyente, y la 20 y 22 son categorizadas excluyentes.

La primera consulta sobre lactancia se suelen realizar durante las 3 primeras semanas de vida del bebé, siendo más frecuente consultar dentro del primer día. A partir del mes, la primera consulta es bastante menos habitual. En un 30,9% de los casos las mujeres no consultan con ningún profesional o servicio de apoyo a la lactancia.

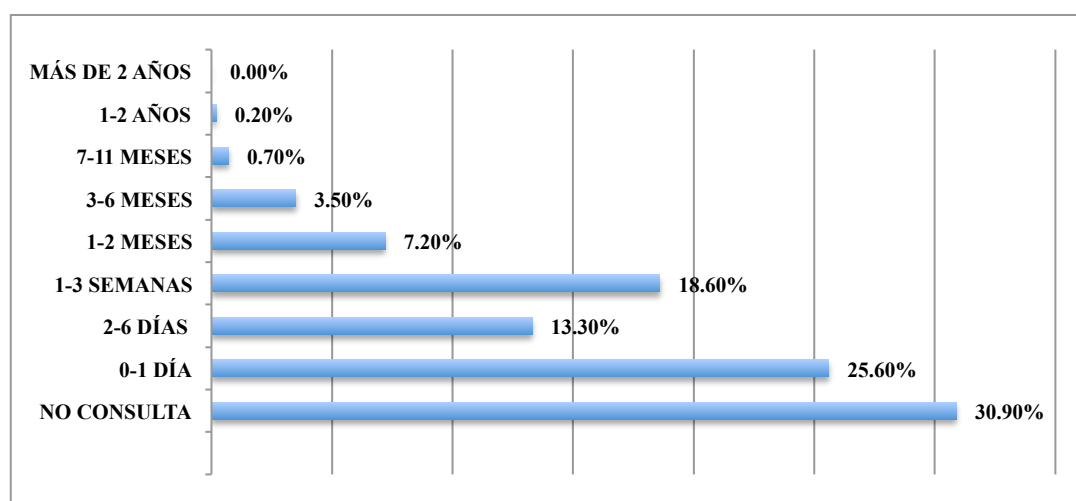


Figura 20. Pregunta 22. ¿Cuándo hizo su primera consulta?.

Si preguntamos a las encuestadas sobre el número de consultas realizadas, vemos que el 27,9% sigue sin consultar, por lo que si sólo contamos las participantes que consultan, vemos que los porcentajes varían con respecto a la Figura 21. Correspondiendo en este caso a un 34,53% de las mujeres que consultan 4 veces o

más, 13,17% 3 veces, 28,43% 2 veces y 23,85% 1 vez. Es decir, que de entre las mujeres que realizan alguna consulta profesional sobre lactancia, un 76,15% lo hace más de una vez.

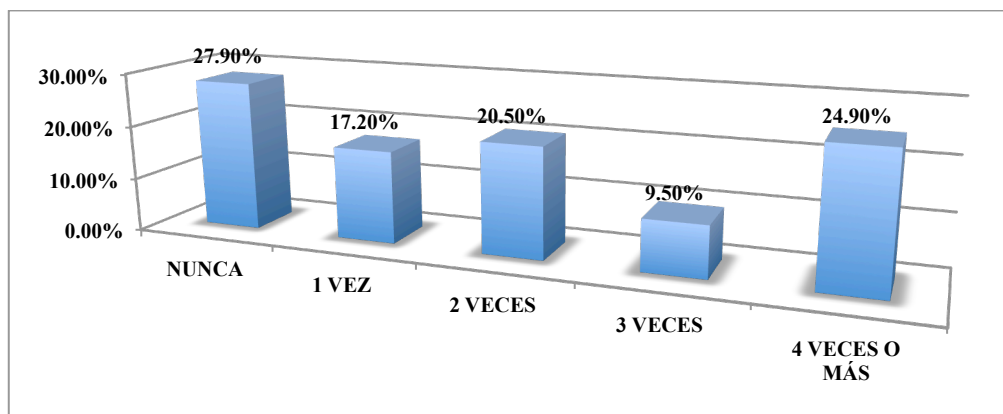


Figura 21. Pregunta 20. Número de consultas realizadas.

Los profesionales más demandados son en primer lugar los pediatras de atención primaria, seguidos de los natrones o matronas de centro de salud, personal de maternidad, grupos de apoyo a la lactancia, médicos de familia, profesionales de paritorio/recuperación, enfermeros o enfermeras de primaria, especialistas en lactancia de consultas tanto privadas como públicas y por último personal de urgencias.

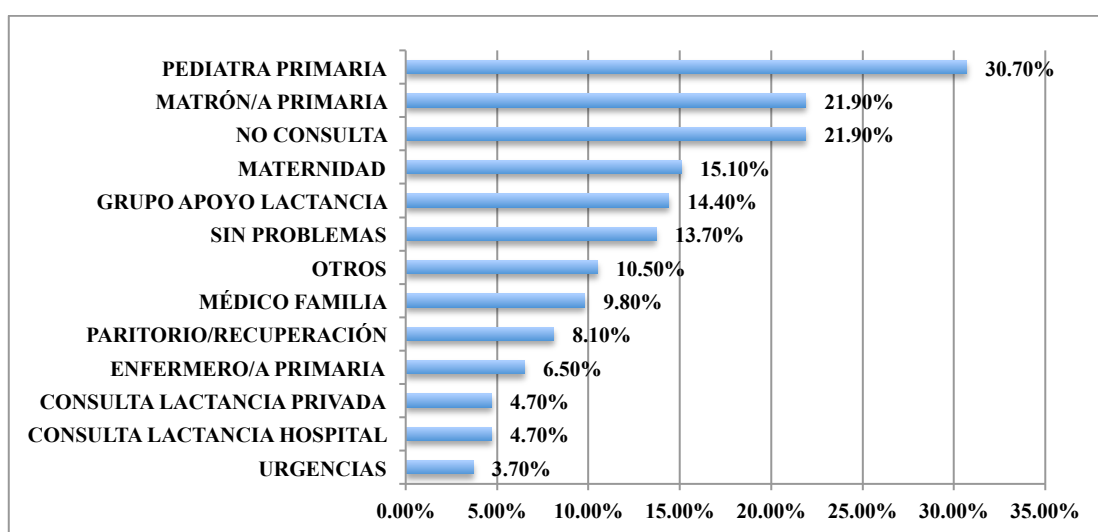


Figura 22. Pregunta 18. Lugar de consulta.

Al preguntarle a las encuestadas si consultan su problema o duda de lactancia con algún amigo o familiar, el 73% contestan que sí. Si comparamos los porcentajes de aquellas mujeres que acudieron a algún profesional o grupo de apoyo a la lactancia (72,1%) y aquellas que consultaron con amigos o familiares (73%), vemos que las cifras son bastante similares, siendo en este caso algo superiores las cifras relativas al apoyo no profesional.

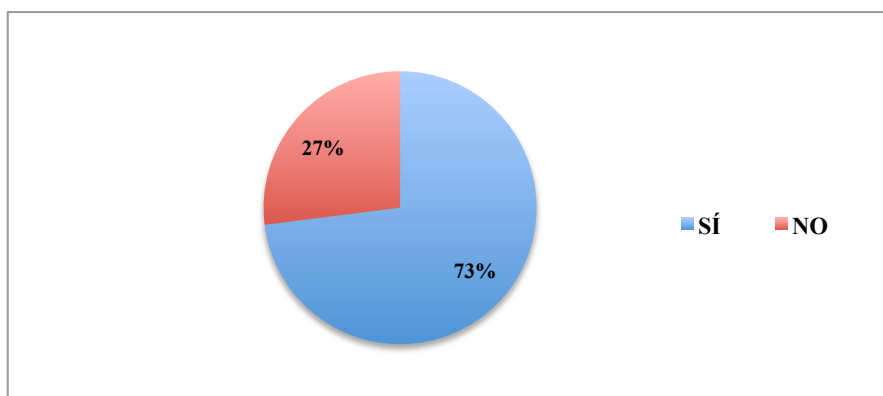


Figura 23. Pregunta 19. ¿Le ha consultado a algún amigo o familiar?.

1.1.6. Variables relacionadas con las experiencias anteriores

El tercer aspecto que desarrolla el cuestionario es la experiencia anterior a la lactancia. Esta categoría trata de profundizar acerca de los aspectos que pueden influir positiva o negativamente en la decisión de lactar, antes de que aparezcan los problemas o se den las primeras dudas sobre lactancia. Esta dimensión pregunta sobre los antecedentes obstétricos y experiencia en el postparto, así como por la experiencia anterior en lactancia, si es que la hay. Se compone de 8 preguntas consecutivas, de la 27 a la 34, todas ellas excluyentes, de las cuales 5 son polifónicas y 3 dicotómicas.

Respecto a la experiencia vivida por las madres encuestadas referente a la lactancia materna en hijos anteriores, del total de madres que tenían más de un hijo (60,5%), la mayoría (71,07%) reconoció haber tenido una experiencia satisfactoria y tan solo un 16,19% negativa. Si no incluimos el 12,72% de las madres que no dieron el pecho a hijos anteriores, encontramos que el porcentaje sería aun mayor (81,43% para madres con experiencia positiva y 18,56% negativa).

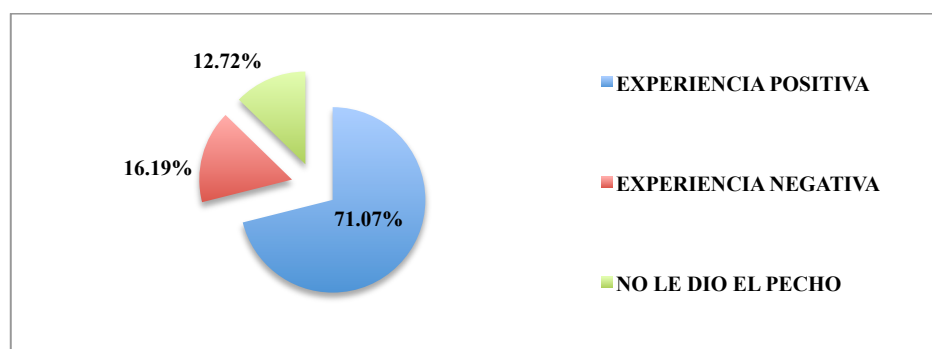


Figura 24. Experiencia de lactancia con hijos anteriores.

En relación a la experiencia obstétrico-ginecológica anterior, hemos incluido preguntas sobre las semanas de gestación en el momento del nacimiento, el tipo de embarazo y parto, y la utilización o no de analgesia epidural. Sobre el postparto nos hemos interesado en el ingreso o no del recién nacido en el Servicio de Neonatología y del tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la práctica del piel con piel con el bebé.

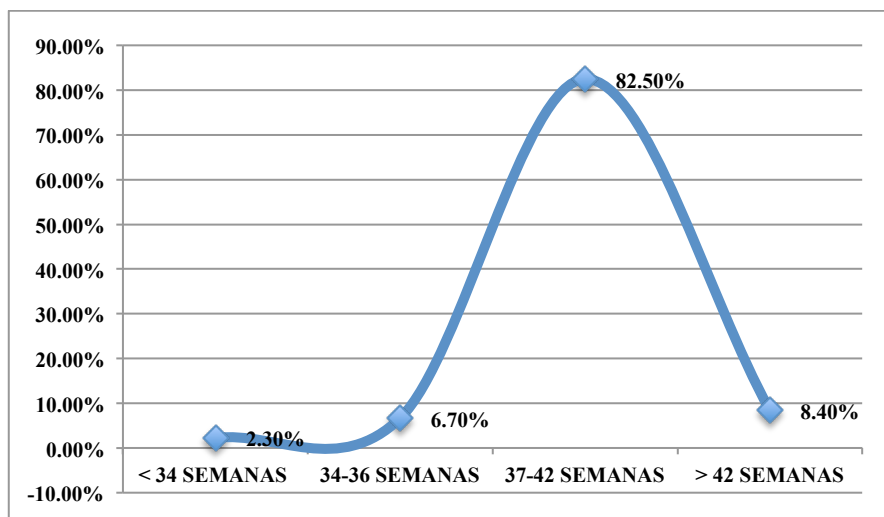


Figura 25. Semanas de gestación en el momento del nacimiento.

El 97,2% de los embarazos fueron únicos, y el 2,8% gemelares. Ninguna de las participantes del estudio tuvo un embarazo múltiple de tres o más fetos. El 81,9% de las encuestadas utilizaron analgesia epidural durante el parto y tan solo en un 9,5% de los casos, el recién nacido tuvo que estar ingresado en el Servicio de Neonatos tras el parto.

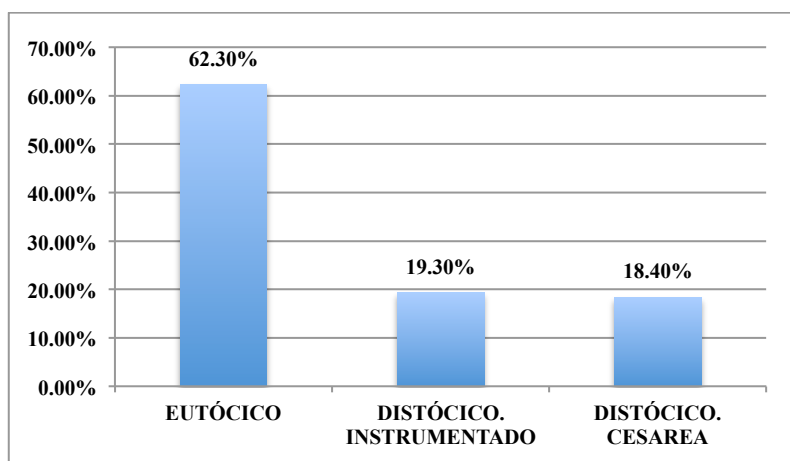


Figura 26. Tipo de parto.

El piel con piel se llevó a cabo en un 84,4% de los casos y en su mayoría (71,9%) se produjo durante la primera media hora tras el nacimiento como se puede comprobar en la figura que presentamos a continuación.

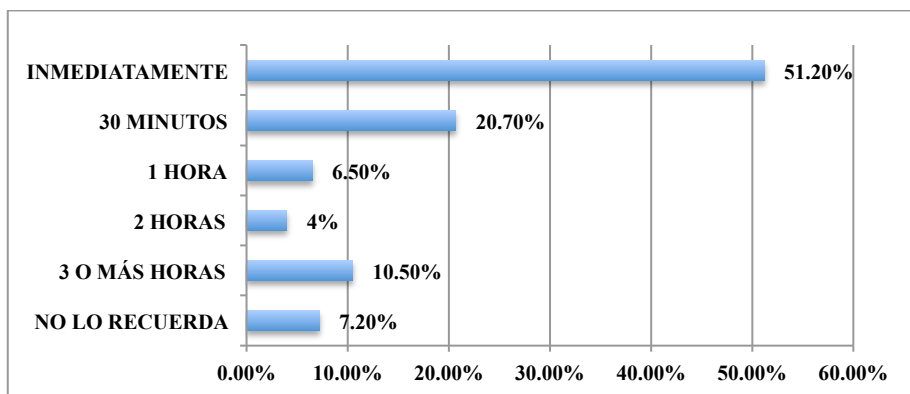


Figura 27. Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la práctica del piel con piel.

1.1.7. Variables relacionadas con los problemas

El cuarto componente del cuestionario son los problemas que surgen en cuanto a lactancia. Abarcamos con esta dimensión, desde los principales problemas que experimentan las mujeres que dan el pecho hasta en qué momento aparecen dichos problemas. Las preguntas que componen esta dimensión son la 17 y la 21. Ambas preguntas son politómicas, la primera es con opción multi respuesta y la segunda es excluyente.

El 72,8% de las madres reconocen haber tenido algún problema relacionado con la lactancia, por lo general (57% de los casos), éstos problemas aparecieron durante las 3 primeras semanas de vida del bebé, pero dentro de ese periodo, el porcentaje más alto se concentra en el primer día tras el nacimiento como podemos comprobar en la siguiente figura.

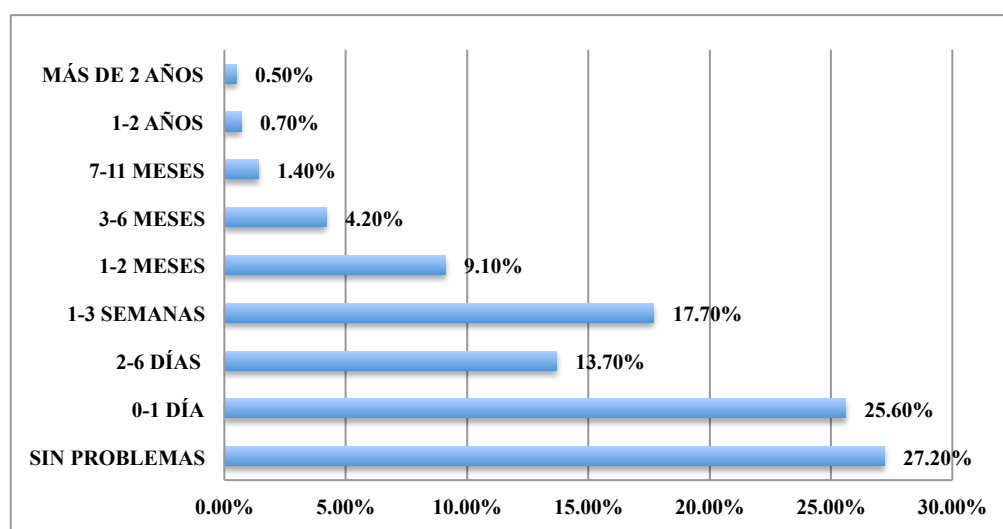


Figura 28. Momento de aparición de los primeros problemas con la lactancia.

Si comparamos la Figura 28 con la Figura 20, en la que pregunta por el momento en el que se consultó por primera vez, vemos que se obtienen cifras bastante parecidas, llegando a la conclusión de que por lo general las madres buscan apoyo profesional en cuanto aparecen los primeros problemas con la lactancia.

Los problemas más frecuentes fueron en primer lugar las grietas, seguidas del cansancio y las dudas sobre si el bebé se quedaba con hambre.

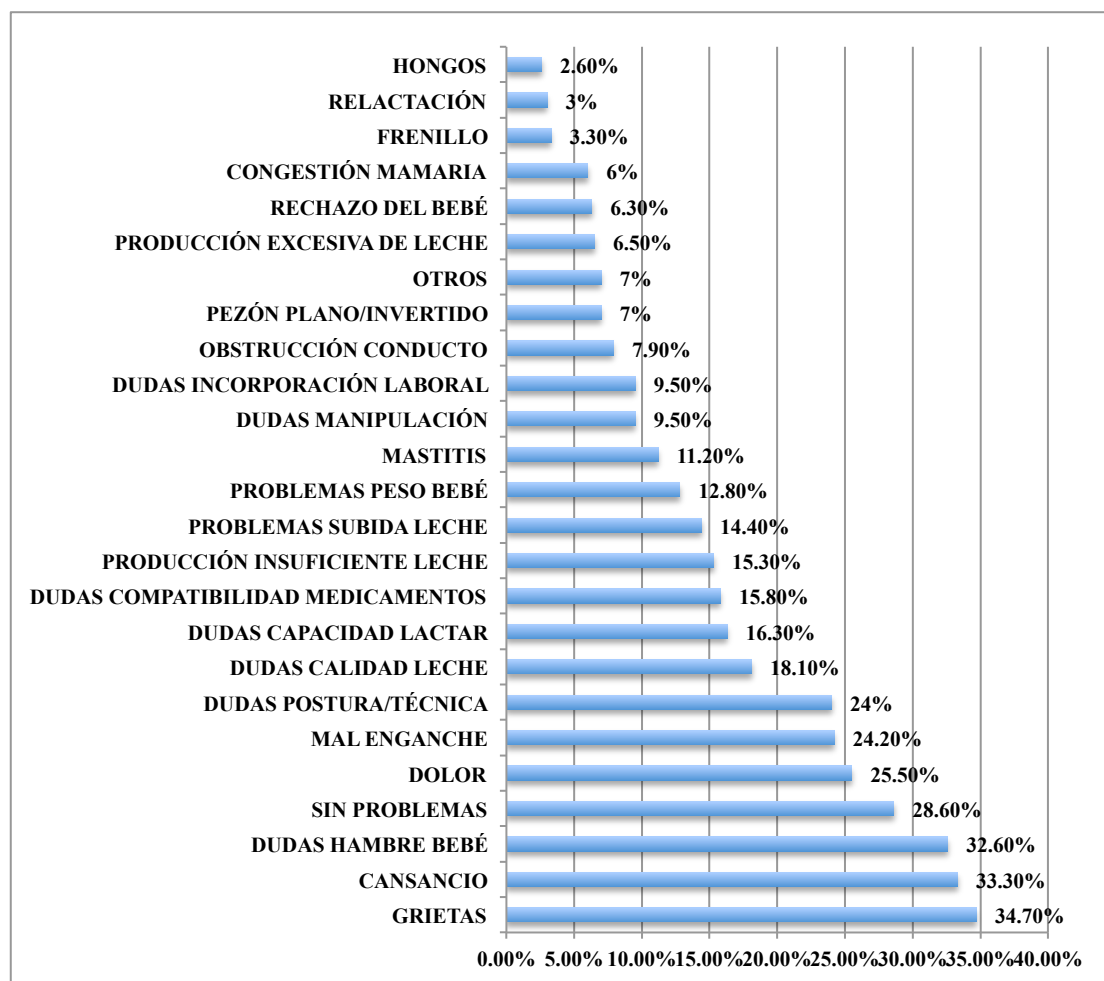


Figura 29. Problemas encontrados durante la lactancia.

1.1.8. Variables relacionadas con el apoyo

La última dimensión que desarrolla el cuestionario es el apoyo percibido por las usuarias. De dónde proviene el apoyo a la lactancia según la experiencia de las mujeres y si este apoyo lo consideran suficiente o no.

Las preguntas que componen el aspecto apoyo van consecutivamente de la 7 a la 16. De las diez cuestiones desarrolladas en el instrumento, hay 3 dicotómicas, una excluyente y dos de ellas con varias posibilidades de respuesta. Las 7 restantes son dicotómicas excluyentes.

En cuanto a los factores que pueden influir en la decisión de lactar, diremos que el 88,4% de las mujeres se plantearon dar el pecho a su bebé durante, o incluso antes de sus embarazos. El 77,2% tuvieron la influencia de otras mujeres en su entorno lactando. Y en el 63,7% de los casos su madre también había dado el pecho.

Cuando se le preguntó a las participantes si recibieron o buscaron algún tipo de información sobre lactancia materna durante el embarazo, el 86,3% de las mujeres afirmaron haber consultado con su matró/a, si tenemos en cuenta las participantes que marcaron la casilla de “asistí a clases de preparación al parto” y “me ha informado mi matró/a”.

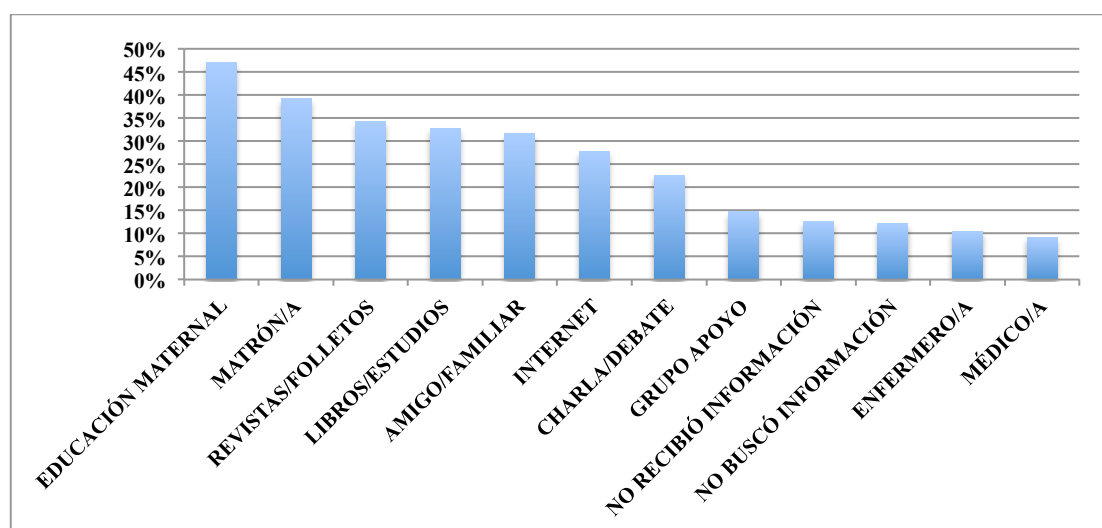


Figura 30. Procedencia de la información sobre lactancia materna durante el embarazo.

El principal apoyo percibido por las madres respecto a su decisión de lactar, viene dado, mayoritariamente (81,6%), por sus parejas, seguido de sus madres y amigos. Los profesionales sanitarios solo consiguieron un 23,3%, siendo el apoyo no profesional el más relevante para las encuestadas.

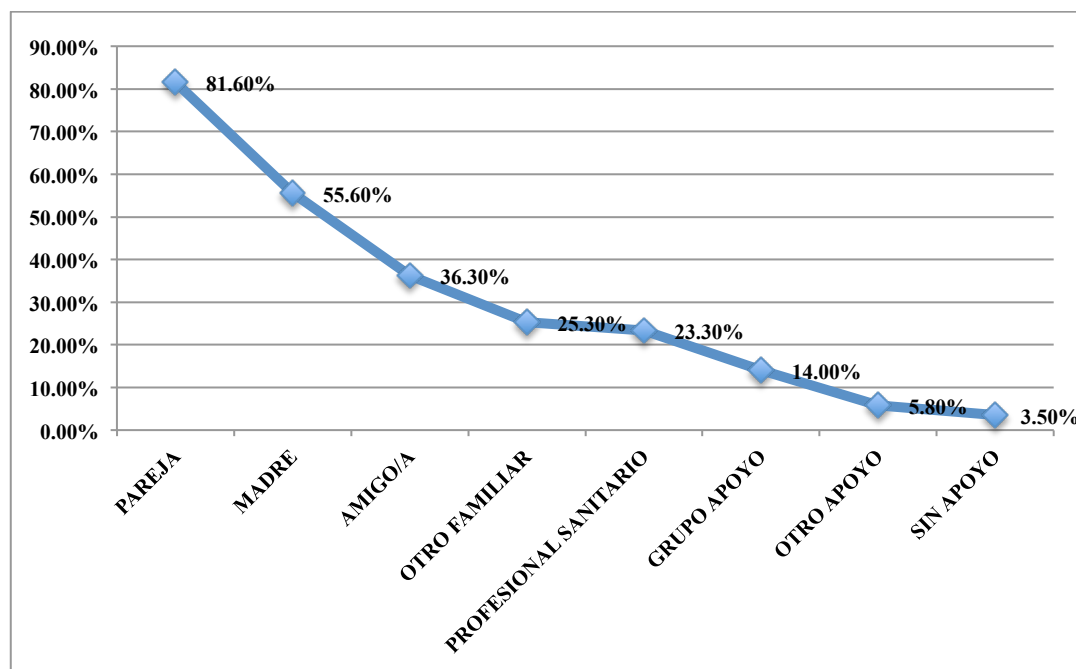


Figura 31. ¿Por quién se sienten apoyadas las madres con su decisión de lactar?.

En cuanto al apoyo familiar o doméstico, el 51,6% de las madres reconocieron no tener ninguna ayuda para las tareas del hogar, pero si hablamos de ayuda profesional tras el nacimiento, los resultados obtenidos son los siguientes: el 58,6% de las mujeres afirmaron haber recibido algún tipo de ayuda a la hora de dar el pecho por profesionales de paritorio o recuperación, un 58,4% por profesionales de maternidad y un 42,3% por profesionales de atención primaria. Otro cifra a tener en cuenta es la relativa a la pregunta de “¿en la planta de maternidad, le ofrecieron algún suplemento (suero glucosado o leche artificial) sin que se lo hubiera indicado el pediatra?”, el 28,7% respondió afirmativamente.

1.2. ANÁLISIS DE RELACIÓN ENTRE VARIABLES

Tras el análisis descriptivo de los resultados, mostraremos los resultados con significación estadística obtenidos tras el análisis de relación entre variables, clasificándolos en seis apartados: resultados sociodemográficos y resultados relacionados con la satisfacción, consultas, experiencias anteriores, problemas y apoyo.

La significación estadística es la diferencia estadística entre variables, se trata de conocer qué variables son dependientes y cuál es su grado de dependencia, es decir, comprobar si las diferencias o relaciones entre variables son causales, de asociación o debidas al azar.

Para analizar la dependencia entre las variables cualitativas encontradas en el cuestionario, hemos usado la Chi-cuadrado de Pearson (χ^2). La chi-cuadrado de Pearson es una prueba estadística que mide la dependencia entre dos variables cualitativas, es una de las pruebas más utilizadas en el ámbito de la medicina y la biología. La expresión de la prueba Chi-cuadrado es la siguiente:

$$\chi^2 = \sum \frac{(Obs - Esp)^2}{Esp}$$

1.2.1. Resultados sociodemográficos

Al relacionar las variables demográficas entre sí encontramos que existe una asociación o dependencia entre las siguientes variables:

- **Situación laboral y estudios.** Cuanto mayor es el nivel de estudios, mayor es el porcentaje de mujeres activas laboralmente ($\chi^2 = 35,169$, $p < 0,0005$). Así diremos que hay una dependencia entre las variables estudios universitarios concluidos y trabajo remunerado.

Tabla 16. Situación laboral y estudios.

SITUACIÓN LABORAL	ESTUDIOS					Total
	SIN ESTUDIOS	PRIMARIA	BACHILLERATO	F.P	UNIVERSITARIOS	
TRABAJANDO	4	12	25	28	151	220
DE BAJA	0	3	7	8	43	61
SIN TRABAJO	6	30	24	22	67	149
Total	10	45	56	58	261	430

$\chi^2 = 35,169$ ($p < 0,0005$)

- **Nacionalidad y nivel de estudios.** Las españolas tienen un mayor nivel de estudios que las extranjeras ($p < 0,0005$). Así encontramos que hay una asociación entre las variables nacionalidad española y estudios universitarios concluidos.

Tabla 17. Nacionalidad y nivel de estudios.

NACIONALIDAD	ESTUDIOS					Total
	SIN ESTUDIOS	PRIMARIA	BACHILLERATO	F.P	UNIVERSITARIOS	
ESPAÑOLA	5	36	45	56	248	390
EXTRANJERA	5	9	11	2	13	40
Total	10	45	56	58	261	430

$\chi^2 = 40,966$ ($p < 0,0005$)

- **Nacionalidad y situación laboral.** Tras los resultados comentados anteriormente, parece lógico encontrar dependencia entre las variables nacionalidad y situación laboral ($p = 0,045$). Así diremos que las españolas están más activas profesionalmente que las extranjeras.

Tabla 18. Nacionalidad y situación laboral.

NACIONALIDAD	SITUACIÓN LABORAL			Total
	TRABAJANDO	DE BAJA	SIN TRABAJO	
ESPAÑOLA	205	57	128	390
EXTRANJERA	15	4	21	40
Total	220	61	149	430

$\chi^2 = 6,209$
($p = 0,045$)

- **Nacionalidad y situación laboral de la pareja.** La situación laboral de las parejas de las participantes, también es dependiente a la nacionalidad. Las parejas de las mujeres españolas están más activas profesionalmente que las parejas de las extranjeras ($p = 0,024$).

Tabla 19. Nacionalidad y situación laboral de la pareja.

NACIONALIDAD	SITUACION LABORAL DE LA PAREJA				Total
	TRABAJANDO	DE BAJA	SIN TRABAJO	SIN PAREJA	
ESPAÑOLA	335	11	32	12	390
EXTRANJERA	30	0	9	1	40
Total	365	11	41	13	430

$\chi^2 = 9,451$ ($p = 0,024$)

- **Número de hijos y nacionalidad.** En líneas generales diremos que las extranjeras tienen mayor número de hijos que las españolas ($\chi^2 = 7,722$, $p < 0,0005$). Encontrando una asociación directa entre las variables como la nacionalidad albanesa y eslovaca y 5 hijos o más (RS= 4,7).

1.2.2. Resultados relacionados con la satisfacción

Los resultados con significación estadística encontrados tras el cruce de variables relacionados con la satisfacción percibida por las usuarias de los servicios o redes de apoyo a la lactancia materna, son los siguientes:

- **Grado de satisfacción y tipo de alimentación infantil seleccionada.** Las madres que lactan exclusivamente hasta los 6 meses o más, están muy satisfechas con las redes de apoyo a la lactancia materna a las que han acudido (RS= 4,7), en cambio las madres que le han introducido alimentación complementaria, como leche artificial o sólidos, antes de los 6 meses de vida del bebé, afirman sentirse muy insatisfechas (RS= 3,7).

Tabla 20. Grado de satisfacción y tipo de lactancia.

GRADO DE SATISFACCIÓN	TIPO DE LACTANCIA HASTA LOS 6 MESES			Total
	L.M.EXCLUSIVA	L.M. PREDOMINANTE	ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	
MUY INSATISFECHA	4	2	13	19
INSATISFECHA	7	5	15	27
SATISFECHA	89	11	56	156
MUY SATISFECHA	163	18	47	228
Total	263	36	131	430

$$\chi^2 = 42,037 \text{ (p} < 0,0005\text{)}$$

- **Grado de satisfacción y disponibilidad de redes de apoyo.** Las mujeres que se consideran muy satisfechas con los servicios de apoyo a la lactancia a los que han acudido, están en total desacuerdo con la afirmación de “no he sabido a dónde acudir” (p < 0,0005). Es decir, que las que encuentran dichas redes accesibles, se califican como muy satisfechas. Por otro lado, encontramos que las mujeres que a pesar de afirmar sentirse satisfechas o muy satisfechas con las redes de apoyo, sienten la necesidad de disponer de más servicios (p < 0,0005).

Tabla 21. Grado de satisfacción y disponibilidad de las redes de apoyo.

GRADO DE SATISFACCIÓN	NO SABE A DÓNDE ACUDIR					Total
	TOTAL	DESACUERDO	NEUTRAL	ACUERDO	TOTAL	
	DESACUERDO				ACUERDO	
MUY INSATISFECHA	5	4	4	2	4	19
INSATISFECHA	7	6	10	3	1	27
SATISFECHA	36	20	62	22	16	156
MUY SATISFECHA	110	32	29	24	33	228
Total	158	62	105	51	54	430

$$\chi^2 = 54,360 \text{ (p} < 0,0005\text{)}$$

GRADO DE SATISFACCIÓN	ME GUSTARÍA DISPONER DE MÁS SERVICIOS O REDES					Total
	TOTAL	DESACUERDO	NEUTRAL	ACUERDO	TOTAL	
	DESACUERDO				ACUERDO	
MUY INSATISFECHA	4	0	5	0	10	19
INSATISFECHA	1	1	5	5	15	27
SATISFECHA	0	1	25	18	112	156
MUY SATISFECHA	2	4	22	34	166	228
Total	7	6	57	57	303	430

$$\chi^2 = 62,202 \text{ (p} < 0,0005\text{)}$$

- **Grado de satisfacción e intención de lactar antes o durante el embarazo.** Las madres que tienen intención de lactar antes o durante el embarazo, están muy satisfechas con las redes de apoyo disponibles (p = 0,048) (Tabla 22).
- **Grado de satisfacción y educación maternal.** Se consideran como muy satisfechas con los servicios de apoyo a la lactancia materna, las madres que han recibido educación maternal durante el embarazo (p = 0,003) (Tabla 22).
- **Grado de satisfacción y apoyo profesional.** Como se puede comprobar en la Tabla 22, el grado de satisfacción es dependiente de la variable “apoyo profesional”, tanto en el caso de paritorio/recuperación, planta de maternidad o centro de salud. Las madres que dicen estar muy satisfechas con las redes de

apoyo a la lactancia materna, han recibido apoyo profesional durante su estancia en paritorio/recuperación ($p = 0,015$), maternidad ($p < 0,0005$) y/o centro de salud ($p < 0,0005$). Y lo mismo ocurre al contrario, las madres que no han recibido tal apoyo profesional, están muy insatisfechas. Así mismo encontramos dependencia entre las variables “grado de satisfacción” y “consulta a la matrona de atención primaria”, las mujeres que han recibido apoyo profesional de su matrona, están muy satisfechas, mientras que las que no reciben tal apoyo, están muy insatisfechas ($p = 0,049$). Si analizamos el grado de satisfacción y las consultas realizadas en los grupos de apoyo a la lactancia, obtenemos resultados similares, las madres se sienten muy satisfechas tras recibir ayuda de éstos grupos, pero al mismo tiempo encontramos que las madres se consideran muy insatisfechas cuando no acuden ($p = 0,004$).

- ***Grado de satisfacción y momento en el que se realiza la primera consulta de lactancia.*** Los resultados muestran que cuanto antes se realice la consulta, mayor es el grado de satisfacción alcanzada por las usuarias. Así observamos una asociación entre las variables “consulta durante el primer día de postparto” y se encuentra “muy satisfecha” (RS= 2,6); y las que “realizan la primera consulta del año a los dos años de postparto” están “insatisfechas” (RS= 3,9) ($p = 0,007$) (Tabla 22).
- ***Grado de satisfacción y tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la primera toma.*** Al igual que sucede con el tiempo que transcurre hasta la primera consulta de lactancia, cuando analizamos el tiempo que tarda la madre en dar el pecho por primera vez, vemos que cuanto antes se produzca este hecho, mayor es el grado de satisfacción de las madres sobre su experiencia en cuanto a las redes de apoyo a la lactancia materna consultadas se refiere. Así se aprecia una clara dependencia entre las variables “muy satisfecha” e “inicia la lactancia materna antes de que transcurran los primeros 30 minutos tras el nacimiento” (RS= 2,1), mientras que están “muy insatisfechas” (RS= 2,3) las que “iniciaron la lactancia materna a las 3 horas o más de haber nacido el bebé” ($p = 0,043$) (Tabla 22).

Tabla 22. Grado de satisfacción en relación a diferentes variables.

VARIABLES	GRADO DE SATISFACCIÓN	χ^2	P	RESIDUOS (RS)
TENÍA INTENCIÓN DE LACTAR ANTES O DURANTE EL EMBARAZO	MUY SATISFECHA	7,924	0,048	2,0
RECIBÍ EDUCACIÓN MATERNAL	MUY SATISFECHA	13,989	0,003	2,7
RECIBÍ APOYO DE PARITORIO / RECUPERACIÓN	MUY SATISFECHA	10,433	0,015	1,4
NO RECIBÍ APOYO DE PARITORIO / RECUPERACIÓN	MUY INSATISFECHA	10,433	0,015	2,4
RECIBÍ APOYO DE PLANTA	MUY SATISFECHA	29,479	< 0,0005	3,9
NO RECIBÍ APOYO DE PLANTA	MUY INSATISFECHA	29,479	< 0,0005	4,3
RECIBÍ APOYO DEL CENTRO DE SALUD	MUY SATISFECHA	18,463	< 0,0005	2,6
NO RECIBÍ APOYO DEL CENTRO DE SALUD	MUY INSATISFECHA	18,463	< 0,0005	3,3
CONSULTA AL MATRÓN/A DEL CENTRO DE SALUD	MUY SATISFECHA	7,461	0,049	1,7
NO CONSULTA AL MATRÓN/A DEL CENTRO DE SALUD	MUY INSATISFECHA	7,461	0,049	2,4
CONSULTA A UN GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA	MUY SATISFECHA	13,129	0,004	3,3
NO CONSULTA A NINGÚN GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA	MUY INSATISFECHA	13,129	0,004	1,8
COSULTA DÍA 1	MUY SATISFECHA	40,063	0,007	2,6
CONSULTA DEL 2º-6º DÍA	MUY SATISFECHA	40,063	0,007	1,2
INICIA LM DURANTE LA PRIMERA MEDIA HORA	MUY SATISFECHA	25,583	0,043	2,1
INICIA LM DESPUÉS DE 3H O MÁS	MUY INSATISFECHA	25,583	0,043	2,3

ÍTEMS	GRADO DE SATISFACCIÓN	χ^2	P	RESIDUOS (RS)
EXPERIENCIA DE LACTANCIA ANTERIOR POSITIVA	SATISFECHA	23,623	0,005	2,3
EXPERIENCIA DE LACTANCIA ANTERIOR NEGATIVA	MUY INSATISFECHA	23,623	0,005	2,5
LACTANCIA DOLOROSA	INSATISFECHA	10,378	0,016	3,2
LACTANCIA NO DOLOROSA	MUY SATISFECHA	10,378	0,016	1,4

- **Grado de satisfacción y experiencia con hijos anteriores.** También influye en el grado de satisfacción, cuál ha sido la experiencia de lactancia con hijos anteriores. Aquellas madres que no tuvieron una experiencia satisfactoria con la lactancia anterior se mostraron muy insatisfechas con las redes de apoyo consultadas (RS= 2,5), mientras que las que tuvieron una experiencia satisfactoria se consideraban más satisfechas (RS= 2,3) ($\chi^2 = 23,623$, $p = 0,005$) (Tabla 22).
- **Grado de satisfacción y problemas encontrados.** Existe una dependencia entre la variable “insatisfecha” y “lactancia dolorosa” (RS= 3,2) ($p = 0,016$). Diremos que las mujeres que han experimentado una lactancia dolorosa, se encuentran más insatisfechas con los servicios de apoyo, que aquellas que no han padecido dicho problema (Tabla 22).

Para resumir este apartado, diremos los elementos favorecedores o factores que influyen positivamente en el grado de satisfacción percibido por las usuarias de los servicios o redes de apoyo a la lactancia materna son:

- Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad del bebé o más.
- Intención de lactar antes o durante el embarazo.
- Haber recibido educación maternal durante el embarazo.
- Haber recibido apoyo profesional en paritorio/recuperación.
- Haber recibido apoyo profesional en el servicio de maternidad.
- Haber recibido apoyo profesional en el centro de salud.
- Haber acudido a la consulta de la matrona.
- Haber acudido a un grupo de apoyo a la lactancia.
- Realizar la primera consulta de lactancia durante el primer día de vida del bebé.
- Iniciar la lactancia materna antes de que transcurran los primeros 30 minutos del nacimiento.
- Experiencia de lactancia positiva con hijos anteriores.

Como elementos desfavorecedores encontramos:

- Alimentación complementaria (sólidos o leche artificial) antes de los 6 meses de vida del bebé.
- No haber recibido apoyo profesional en paritorio/recuperación.
- No haber recibido apoyo profesional en el servicio de maternidad.
- No haber recibido apoyo profesional en el centro de salud.
- No haber acudido a la consulta de la matrona.
- Primera consulta de lactancia tardía (del año a los dos años del postparto).
- Iniciación tardía de lactancia materna tras el nacimiento (3 horas o más).
- Haber experimentado una lactancia dolorosa.

1.2.3. Resultados relacionados con las consultas

A continuación presentamos los resultados más relevantes, obtenidos al analizar, mediante estadísticos descriptivos (tablas de contingencia), las variables que componen la segunda dimensión del cuestionario: “consultas”. El cruce de variables se ha realizado entre las variables que componen dicha dimensión y las variables que componen el resto de dimensiones (sociodemográficos, satisfacción, experiencias anteriores, problemas y apoyo).

- **Consultas de lactancia y número de hijos.** Encontramos una asociación directa entre el número de hijos y las consultas sobre lactancia realizadas, así diremos que a mayor número de hijos, menor número de consultas. Existe dependencia entre las variables “un hijo” y “consulta a profesional o servicio de apoyo a la lactancia” (RS= 3,1), mientras que las que las que tienen “3 hijos” “no consultan” (RS= 2,7) (p = 0,008). Se vuelve a comprobar la afirmación de, a mayor número de hijos, menos número de consultas, con la asociación encontrada entre las variables “experiencia con lactancia anterior” y “no consulta con profesionales”; las madres que no han tenido hijos anteriormente sí consultan (RS= 3,4), mientras que las que sí han tenido más hijos pero no les dieron el pecho, no consultan con profesionales destinados a tal efecto (RS= 3,0) (p = 0,001).

Tabla 23. Consultas de lactancia en el post-parto en relación al número de hijos.

VARIABLES	CONSULTAS A PROFESIONALES (POST-PARTO)	χ^2	P	RESIDUOS (RS)
PRIMER HIJO	SÍ	13,671	0,008	3,1
3 HIJOS	NO	13,671	0,008	2,7
SIN EXPERIENCIA ANTERIOR (PRIMER HIJO)	SÍ	17,510	0,001	3,4
TIENE MÁS HIJOS PERO NO LES DIO EL PECHO	NO	17,510	0,001	3,0

- ***Consultas de lactancia y educación maternal.*** Encontramos una asociación entre el número de consultas realizadas y el hecho de haber recibido o no, información sobre lactancia materna durante el embarazo. Los resultados nos sugieren que la formación sobre lactancia durante el periodo prenatal influye positivamente en la decisión de buscar apoyo profesional una vez que aparecen los primeros problemas o dudas sobre lactancia. Según nuestro estudio, los profesionales con más peso o influencia en la promoción de la lactancia materna durante el embarazo son los/as enfermeros/as y matrones/as de Atención Primaria. Podemos comprobar lo anteriormente expuesto, al analizar la dependencia entre las variables “no ha realizado educación maternal” y “no consulta” (RS= 2,8), mientras que la que “sí ha recibido educación maternal”, “consulta con algún profesional o red de apoyo” (RS= 2,8) ($p = 0,004$). Lo mismo sucede con los casos de las madres que durante el embarazo han recibido información por parte de su matrn/a de Atención Primaria, una vez aparecen las primeras complicaciones con la lactancia, consultan con un profesional destinado a tal efecto (RS= 4,8), en cambio, las madres que no han recibido tal información, no consultan (RS= 4,8) ($p < 0,0005$). La misma asociación la encontramos con los profesionales de enfermería, aquellas mujeres que recibieron información por parte de su enfermero/a antes del parto (RS= 3,4), posteriormente buscaron apoyo profesional para solucionar sus problemas de lactancia, mientras que las que no recibieron información de su enfermero/a (RS= 3,4) tampoco buscaron apoyo profesional en el post-parto ($p = 0,001$). En general, aquellas mujeres que no han recibido (RS= 5,0) ($p < 0,0005$) o no han buscado (RS= 3,4) ($p = 0,001$) algún tipo de información sobre lactancia durante su embarazo (incluyendo información proporcionada por profesionales sanitarios, fuentes de información como internet, libros, o familiares y amigos), en el período postnatal no consultan sus problemas con profesionales.

Tabla 24. Consultas de lactancia en el post-parto en relación a la información recibida durante el embarazo.

VARIABLES	CONSULTAS A PROFESIONALES (POST-PARTO)	χ^2	P	RESIDUOS (RS)
ASISTIÓ A LA EDUCACIÓN MATERNAL DURANTE SU EMBARAZO	SÍ	8,080	0,004	2,8
NO ASISTIÓ A LA EDUCACIÓN MATERNAL DURANTE SU EMBARAZO	NO	8,080	0,004	2,8
RECIBIÓ INFORMACIÓN DE SU MATRÓN/A DURANTE SU EMBARAZO	SÍ	22,701	< 0,0005	4,8
NO RECIBIÓ INFORMACIÓN DE SU MATRÓN/A DURANTE SU EMBARAZO	NO	22,701	< 0,0005	4,8
RECIBIÓ INFORMACIÓN DE SU ENFERMERO/A DURANTE SU EMBARAZO	SÍ	11,347	0,001	3,4
NO RECIBIÓ INFORMACIÓN DE SU ENFERMERO/A DURANTE SU EMBARAZO	NO	11,347	0,001	3,4
RECIBIÓ INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA DURANTE SU EMBARAZO	SÍ	24,983	< 0,0005	5,0
BUSCÓ INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA DURANTE SU EMBARAZO	SÍ	11,883	0,001	3,4

- **Consultas de lactancia formales e informales.** Existe una dependencia entre las variables “consulta a profesionales o redes de apoyo” y “consulta a amigos o familiares”, es decir, que aquellas mujeres que consultan con profesionales, también lo hacen con amigos y familiares (RS= 6,0), mientras que las que no consultan con profesionales, tampoco lo hacen con amigos o familiares (RS= 6,0) ($p < 0,0005$).

Tabla 25. Consultas de lactancia formales e informales.

		CONSULTA SOBRE LACTANCIA CON ALGÚN AMIGO O FAMILIAR		Total
		sí	NO	
CONSULTA CON PROFESIONALES	NO sí	36 268	58 68	94 336
Total		314	116	430

$\chi^2 = 35,430$ ($p < 0,0005$)

- **Consultas de lactancia en relación con la permanencia y tipo de lactancia materna.** Hemos encontrado una asociación entre las variables “consulta con profesionales sanitarios”, “duración de la lactancia materna” y “tipo de lactancia materna escogida hasta los 6 meses”. Así diremos que las madres que consultan con profesionales, dan el pecho más tiempo que aquellas que no consultan ($p = 0,005$). Y las madres que buscan apoyo profesional tienen más posibilidades de lactar exclusivamente hasta los 6 meses o más, que las madres que no buscan tal apoyo ($p < 0,0005$). Pero no solo las consultas a profesionales influyen positivamente en la duración de la lactancia materna, también las consultas a grupos de apoyo a la lactancia materna tienen una influencia positiva en la duración de ésta. Así comprobamos con nuestro estudio que las mujeres que acudieron a un grupo de apoyo a la lactancia, han lactado de 1-2 años (RS= 2,4) o más de 2 años (RS= 4.0), mientras que las que no, tan solo han dado el pecho 1 mes (RS= 2,7) o de 5-6 meses (RS= 2,4) ($\chi^2 = 31,045$, $p < 0,0005$).

Tabla 26. Consultas y permanencia de lactancia materna.

TIPO DE LACTANCIA SELECCIONADA HASTA LOS 6 MESES		CONSULTA CON PROFESIONALES		Total
		NO	SÍ	
L.M.EXCLUSIVA	Recuento	41	222	263
	Residuos corregidos	-3.9	3.9	
L.M. PREDOMINANTE	Recuento	8	28	36
	Residuos corregidos	.1	-1.1	
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	Recuento	45	86	131
	Residuos corregidos	4.1	-4.1	
Total	Recuento	94	336	430

$$\chi^2 = 18,023 \text{ (p} < 0,0005\text{)}$$

DURACION LACTANCIA		CONSULTA CON PROFESIONALES		Total
		NO	SÍ	
1 MES	Recuento	16	22	38
	Residuos corregidos	3.2	-3.2	
2-4 MESES	Recuento	32	86	118
	Residuos corregidos	1.6	-1.6	
5-6 MESES	Recuento	14	59	73
	Residuos corregidos	-6	.6	
7-11 MESES	Recuento	16	64	80
	Residuos corregidos	-4	.4	
1-2 AÑOS	Recuento	12	78	90
	Residuos corregidos	-2.2	2.2	
>2 AÑOS	Recuento	4	27	31
	Residuos corregidos	-1.3	1.3	
Total	Recuento	94	336	430

$$\chi^2 = 16,784 \text{ (p} = 0,005\text{)}$$

- **Número de consultas y momento de la primera consulta.** El momento en el que se realiza la primera consulta de lactancia también parece relacionarse con el número de consultas que se realizan posteriormente. Así encontramos que las mujeres que realizan su primera consulta durante el primer día de vida del bebé, consultan más veces (4 veces o más) (RS= 7,8), mientras que las que lo hacen después de un año (RS= 2,2) solo consultan una vez ($\chi^2 = 297,037$, $p < 0,0005$).
- **Momento de aparición de los problemas y momento de la primera consulta.** Parece lógico pensar que las madres decidan buscar apoyo profesional en el mismo momento en el aparecen las primeras dificultades con la lactancia, y así lo podemos comprobar con los resultados de nuestro estudio ($\chi^2 = 456,162$, $p < 0,0005$).

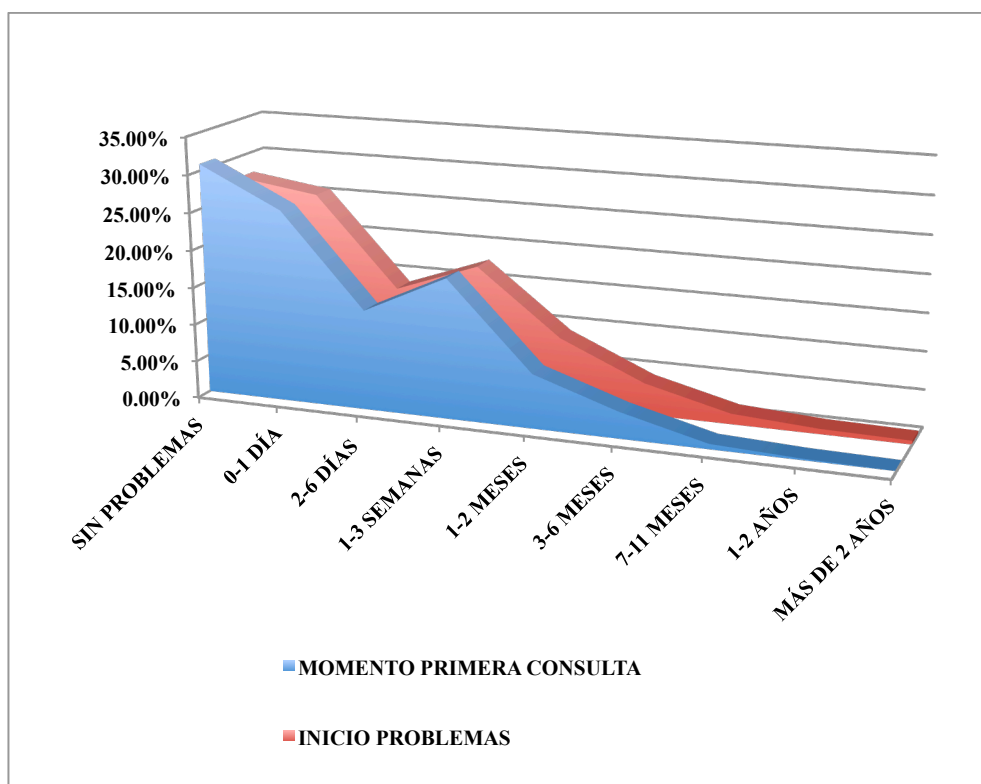


Figura 32. Comparativa entre el momento de aparición de los problemas y el momento de la primera consulta.

- **Consultas de lactancia y grado de satisfacción percibida por las usuarias de los servicios de apoyo a la lactancia materna.** También encontramos una dependencia entre aquellas madres que buscan apoyo profesional para solucionar sus problemas de lactancia, y aquellas que se encuentran muy satisfechas (RS= 3,5) con el servicio recibido ($p < 0,0005$).

Tabla 27. Consultas de lactancia a profesionales y grado de satisfacción.

CONSULTA CON PROFESIONALES	GRADO DE SATISFACCIÓN				Total
	MUY INSATISFECHA	INSATISFECHA	SATISFECHA	MUY SATISFECHA	
NO	10	12	37	35	94
SÍ	9	15	119	193	336
Total	19	27	156	228	430

$$\chi^2 = 24,565 \text{ (} p < 0,0005 \text{)}$$

- **Profesional consultado y grado de satisfacción.** Si analizamos por separado cada uno de los profesionales sanitarios o servicios de apoyo a la lactancia materna disponibles para las mujeres que lactan, observamos que el grado de satisfacción percibida varía de unos a otros. Así encontramos que las madres que consultan en maternidad están muy satisfechas (RS= 3,7) ($p = 0,002$). Las que no han consultado con la matrona de su Centro de Salud están muy insatisfechas (RS= 2,4), mientras que las que sí (RS= 1,7), están muy satisfechas ($p = 0,049$). Pero las madres que con diferencia están más satisfechas, son las que han acudido a un grupo de apoyo a la lactancia (RS= 3,3), mientras que están solo satisfechas, insatisfechas o muy insatisfechas, las que no han acudido a tales grupos ($p = 0,004$). Los amigos y familiares también influyen positivamente en el grado de satisfacción percibida. Están muy satisfechas aquellas madres que consultan a amigos o familiares, mientras que están solo satisfechas o insatisfechas las que no consultan con amigos o familiares ($p = 0,044$).

Tabla 28. Personal consultado y grado de satisfacción.

PERSONAL CONSULTADO	GRADO DE SATISFACCIÓN	χ^2	P	RESIDUOS (RS)
CONSULTA CON PERSONAL DE MATERNIDAD	MUY SATISFECHA	14,484	0,002	3,7
CONSULTA CON SU MATRÓN/A DE CENTRO DE SALUD	MUY SATISFECHA	7,961	0,049	1,7
NO CONSULTA CON SU MATRÓN/A DE CENTRO DE SALUD	MUY INSATISFECHA	7,961	0,049	2,4
CONSULTA CON UN GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA	MUY SATISFECHA	13,129	0,004	3,3
NO CONSULTA A UN GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA	INSATISFECHA	13,129	0,004	2,6
CONSULTA CON AMIGO O FAMILIAR	MUY SATISFECHA	7,861	0,044	2,7
NO CONSULTA CON AMIGO O FAMILIAR	INSATISFECHAS	7,861	0,044	1,9

Como resumen a lo anteriormente expuesto, confirmamos con los resultados de nuestro estudio, que el hecho de consultar antes y después del parto con profesionales o grupos de apoyo a la lactancia tiene un efecto muy positivo en la duración, permanencia, y grado de satisfacción de las madres. Las redes de apoyo a la lactancia materna formales e informales tienen una influencia muy positiva en la lactancia materna.

1.2.4. Resultados relacionados con las experiencias anteriores

En éste apartado, pasaremos a analizar aquellos resultados con significación estadística relacionados con las experiencias anteriores a la lactancia, es decir los antecedentes obstétrico ginecológicos de las participantes, la experiencia de lactancia anterior, si es que la hubiera y otros factores que podrían influir en la decisión de lactar, como es el caso de la práctica del piel con piel, el tiempo de inicio de lactancia o el ingreso del bebé en neonatología.

- **Tipo de parto y número de hijos.** Encontramos una asociación entre estas dos variables. En nuestro estudio, hemos demostrado que las mujeres que han tenido un parto eutócico tienen mayor número de hijos, que aquellas que han tenido una cesárea (p = 0,006).

Tabla 29. Tipo de parto y número de hijos.

TIPO DE PARTO		NÚMERO DE HIJOS					Total
		1	2	3	4	5 o más	
VAGINAL	Recuento	83	139	29	8	9	268
	Residuos corregidos	-3.9	3.5	-.5	.3	1.8	
INSTRUMENTADO	Recuento	41	31	8	2	1	83
	Residuos corregidos	2.4	-1.6	-.6	-.2	-.8	
CESÁREA	Recuento	40	25	12	2	0	79
	Residuos corregidos	2.5	-2.7	1.2	-.2	-1.5	
Total	Recuento	164	195	49	12	10	430

$$\chi^2 = 21,469 \text{ (p = 0,006)}$$

- **Tipo de parto y uso de analgesia epidural.** Nuestros resultados revelan que el uso de analgesia epidural condiciona el tipo de parto. Así diremos que las madres que han usado epidural han experimentado, en mayor proporción, un parto distócico (instrumentado o cesárea), que aquellas que no han usado tal analgesia (p = 0,002).

Tabla 30. Tipo de parto y uso de analgesia epidural.

TIPO DE PARTO		EPIDURAL	
		SI	NO
VAGINAL	Residuos	-3.5	3.5
INSTRUMENTADO	Residuos	2.6	-2.6
CESÁREA	Residuos	1.7	-1.7

$$\chi^2 = 12,190 \text{ (p = 0,002)}$$

- **Tipo de parto e ingreso en neonatología.** Los niños nacidos por cesárea (RS= 3,2) han ingresado más en el servicio de neonatología, tras el parto, que los niños nacidos por parto eutócico (RS= 2,2) ($\chi^2 = 10,158$, p = 0,006).
- **Tipo de embarazo e ingreso en neonatología.** Los embarazos gemelares han tenido mayor riesgo de terminar en parto distócico (instrumentado o cesárea) (p = 0,02) y de ingresar en neonatología tras el parto, que los embarazos únicos (p < 0,0005).
- **Duración de la lactancia materna e ingreso en neonatología.** Encontramos una asociación entre la duración de la lactancia materna y el hecho de haber estado ingresado en neonatos tras el parto, así diremos que los niños que han tenido que estar ingresado tras el nacimiento, tienen menos probabilidades de lactar prolongadamente que los niños que no han estado ingresados (p = 0,04), así mismo los niños que han estado ingresados, inician la alimentación complementaria antes que los niños que no lo han estado (p = 0,042).

Tabla 31. Ingreso en neonatología en relación a diferentes variables.

VARIABLES	INGRESO EN NEONATOLOGÍA	χ^2	P	RESIDUOS (RS)
NACIMIENTO MEDIANTE CESÁREA	SÍ	10,158	0,006	3,2
NACIMIENTO MEDIANTE PARTO EUTÓCICO	NO	10,158	0,006	2,2
EMBARZO GEMELAR	SÍ	14,776	0,0005	23,8
EMBARAZO ÚNICO	NO	14,776	< 0,0005	3,8
1 MES DE DURACIÓN DE LM	SÍ	11,268	0,046	2,0
INICIAN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ANTES DE LOS 6 MESES	SÍ	7,861	0,042	2,3

- ***Piel con piel e inicio de la lactancia materna.*** El piel con piel favorece el inicio precoz de la lactancia materna tras el nacimiento. Así comprobamos que las madres que practican el piel con piel tras el nacimiento, tienen más posibilidades de inicial la lactancia materna antes de que transcurra la primera media hora de vida del bebe, mientras que las que no lo practican tienen más probabilidades de iniciar la lactancia materna de manera tardía (es decir, a partir de las 2 horas de vida) ($p < 0,0005$).

Tabla 32. Práctica del piel con piel y tiempo de inicio de la LM.

PRÁCTICA DEL PIEL CON PIEL	TIEMPO INICIO LACTANCIA						Total
	INMEDIATAMENTE	30 MIN	1H	2H	3H o más	NO RECUERDA	
SI Recuento	206	81	21	11	31	13	363
SI Residuos	5.4	1.9	-1.4	-2.3	-3.0	-6.8	
NO Recuento	14	8	7	6	14	18	67
NO Residuos	-5.4	-1.9	1.4	2.3	3.0	6.8	
Total	220	89	28	17	45	31	430

$\chi^2 = 74,849$ ($p < 0,0005$)

- **Piel con piel y tipo de lactancia materna.** El piel con piel influye positivamente en que la madre lacte exclusivamente hasta los 6 meses de vida del bebé o más ($p < 0,0005$). Las madres que no practican el piel con piel tienen mayor riesgo de iniciar la alimentación complementaria (leche materna con alimentos sólidos como papillas y/o líquidos como leche artificial) antes del los 6 meses.

Tabla 33. Práctica del piel con piel y tipo de alimentación seleccionada hasta los 6 meses.

TIPO DE ALIMENTACIÓN SELECCIONADA HASTA LOS 6 MESES		PRÁCTICA DEL PIEL CON PIEL		Total
		SI	NO	
L.M. EXCLUSIVA	Recuento	238	25	263
	Residuos	4.4	-4.4	
L.M. PREDOMINANTE	Recuento	30	6	36
	Residuos	-2	.2	
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	Recuento	95	36	131
	Residuos	-4.5	4.5	
Total	Recuento	363	67	430

$\chi^2 = 21,515$ ($p < 0,0005$)

- **Inicio y tipo de lactancia materna.** El inicio precoz de la lactancia materna favorece que la madre lacte exclusivamente hasta los 6 meses o más. Así mismo, las madres que inicia tardíamente la lactancia tras el nacimiento (3 horas o más tras el nacimiento), tienen más probabilidades de iniciar la alimentación complementaria (leche materna con alimentos sólidos como papillas y/o líquidos como leche artificial) antes del los 6 meses ($p < 0,0005$).

Tabla 34. Inicio de la LM y tipo de alimentación seleccionada hasta los 6 meses.

TIPO DE ALIMENTACIÓN SELECCIONADA HASTA LOS 6 MESES		TIEMPO INICIO LACTANCIA						Total
		INMEDIATAMENTE	30 MIN	1H	2H	3H o más	NO RECUERDA	
L.M.EXCLUSIVA	Recuento	153	59	13	11	17	10	263
	Residuos	3.7	1.1	-1.7	.3	-3.4	-3.4	
L.M. PREDOMINANTE	Recuento	17	7	5	0	7	0	36
	Residuos	-5	-2	1.9	-1.3	1.8	-1.7	
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	Recuento	50	23	10	6	21	21	131
	Residuos	-3.6	-1.1	.6	.4	2.5	4.7	
Total		220	89	28	17	45	31	430

$$\chi^2 = 45,483 \text{ (} p < 0,0005 \text{)}$$

- **Tipo de lactancia materna y experiencia de lactancia anterior.** Un experiencia positiva con la lactancia anterior influye positivamente en que la madre lacte exclusivamente hasta los 6 meses o más. Igualmente, encontramos que una experiencia negativa, condiciona a que la madre alimente con leche de formula o alimentos sólidos y semisólidos a su bebé antes de los 6 meses ($p < 0,0005$).
- **Duración y experiencia de lactancia anterior.** La inexperiencia o una experiencia anterior no satisfactoria, influye negativamente en la duración de la lactancia materna, así mismo una experiencia satisfactoria influye positivamente en ésta ($p < 0,0005$).

Tabla 35. Experiencia con la lactancia anterior en relación a diferentes variables.

VARIABLES	EXPERIENCIA DE LACTANCIA	χ^2	P	RESIDUOS (RS)
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS PRIMEROS 6 MESES	EXPERIENCIA ANTERIOR POSITIVA	65,932	< 0,0005	4,0
INICIACIÓN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ANTES DE LOS 6 MESES	EXPERIENCIA ANTERIOR NEGATIVA	65,932	< 0,0005	6,8
DURACIÓN LM >2 AÑOS	EXPERIENCIA ANTERIOR POSITIVA	45,891	< 0,0005	1,4
DURACIÓN LM 1 MES	EXPERIENCIA ANTERIOR NEGATIVA	45,891	< 0,0005	4,9

- **Duración y tipo de lactancia materna.** El tipo de lactancia seleccionada hasta los 6 meses de vida del bebé influye en la duración de ésta ($p < 0,0005$). Las madres que da alimentación complementaria a sus bebés antes de los 6 meses, le da menos tiempo el pecho que las madres que lactan exclusivamente.

Tabla 36. Duración y tipo de alimentación seleccionada hasta los 6 meses.

DURACIÓN LM		TIPO DE LIMENTACIÓN SELECCIONADA HASTA LOS 6 MESES		
		L.M. EXCLUSIVA	L.M. PREDOMINANTE	ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA
1MES	Residuos	-2.9	-1.3	3.8
2-4MESES	Residuos	-6.5	-3	7.1
5-6MESES	Residuos	.9	1.3	-1.7
7-11MESES	Residuos	2.1	2.4	-3.6
1-2AÑOS	Residuos	5.3	-1.9	-4.5
>2AÑOS	Residuos	1.5	-4	-1.4

$\chi^2 = 91,830$ ($p < 0,0005$)

En resumen diremos que los resultados de nuestro estudio sugieren, que los elementos que favorecen una mayor incidencia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida del bebé, y posteriormente, una mayor prevalencia de lactancia materna en combinación con una correcta alimentación complementaria, son:

- La práctica del piel con piel.
- El inicio precoz de la lactancia materna tras el nacimiento.
- El tipo de embarazo: embarazo único.
- El tipo de parto: parto eutócico.
- El no uso de analgesia epidural durante el parto.
- El no ingreso del recién nacido en el servicio de neonatos.
- Y una experiencia de lactancia anterior positiva.

Así mismo identificamos como factores que influyen negativamente en la lactancia materna:

- No practicar el piel con piel.
- Iniciar tardíamente la lactancia materna.
- Embarazo gemelar.
- Parto distócico (instrumentado o cesárea).
- Uso de analgesia epidural.
- Ingreso del bebé en neonatos.
- Y la inexperiencia o una experiencia de lactancia anterior negativa.

1.2.5. Resultados relacionados con los problemas

Esta dimensión abarca desde los principales problemas o dudas de lactancia hasta su momento de aparición. A continuación pasaremos a analizarlos uno a uno.

- **Problemas y duración de la lactancia materna.** Encontramos una dependencia entre las variables “duración de la lactancia materna” y “problemas”, Así afirmamos que las madres que aseguran no haber tenido problemas durante sus lactancias dan el pecho por más tiempo (1- 2 años), que aquellas que sí los han tenido (1 mes) ($p < 0,0005$).
- **Problemas y experiencia de lactancia anterior.** Las encuestadas que han tenido una experiencia de lactancia satisfactoria con hijos anteriores, tienen más posibilidades de no encontrarse con problemas durante sus siguientes lactancias, mientras que aquellas que sólo tienen un hijo o la lactancia anterior no fue satisfactoria, corren más riesgo de tener problemas ($p < 0,0005$).

Tabla 37. Problemas de lactancia en relación a diferentes variables.

VARIABLES	HA TENIDO PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LM	χ^2	P	RESIDUOS (RS)
DURACIÓN LM 1 MES	SÍ	49,906	< 0,0005	3,8
DURACIÓN LM 1-2 AÑOS	NO	49,906	< 0,0005	2,9
EXPERIENCIA DE LACTANCIA ANTERIOR POSITIVA	NO	69,260	< 0,0005	5,6
EXPERIENCIA DE LACTANCIA ANTERIOR NEGATIVA	SÍ	69,260	< 0,0005	3,7

- **Tipo de problemas de lactancia y momento de aparición.** Si analizamos problema por problema, vemos que cada uno se asocia a un momento concreto de aparición, es decir, que las probabilidades de que un problema ocurra en un momento específico son mayores. A continuación los presentamos en una tabla que incluye la significación estadística correspondiente para cada problema y su momento de aparición:

Tabla 38. Problemas de lactancia y momento de aparición.

PROBLEMAS	MOMENTO DE APARICIÓN	χ^2 / P
LACTANCIA DOLOROSA	DE 2 DÍAS A 3 SEMANAS	P < 0,0005 $\chi^2 = 56.901$
PROBLEMAS DEL BEBÉ AL ENGANCHARSE AL PECHO	DE 1 A 6 DÍAS	P < 0,0005 $\chi^2 = 64.301$
PROBLEMAS CON EL PESO DEL BEBÉ	DE 1 A 2 MESES	P = 0,002 $\chi^2 = 24,472$
PEZÓN PLANO O INVERTIDO	DÍA 1	P < 0,0005 $\chi^2 = 31.468$
GRIETAS	DE 2 DÍAS A 3 SEMANAS	P < 0,0005 $\chi^2 = 62,908$
CONGESTIÓN MAMARIA	DE 2 DÍAS A 3 SEMANAS	P = 0,003 $\chi^2 = 23,283$
MASTITIS	DE 1 A 3 SEMANAS	P = 0,005 $\chi^2 = 21,757$
DUDAS SOBRE LA CALIDAD DE LA LECHE MATERNA	DEL DÍA 1 A LOS 6 MESES	P < 0,0005 $\chi^2 = 31,342$
DUDAS SOBRE LA CAPACIDAD PARA DAR EL PECHO	DÍA 1	P < 0,0005 $\chi^2 = 54.452$
DUDAS SOBRE SI EL BEBÉ SE QUEDA CON HAMBRE	DEL DÍA 1 A LOS 6 MESES	P < 0,0005 $\chi^2 = 40.484$
DUDAS SOBRE LA MANIPULACIÓN DE LA LECHE MATERNA	DÍA 1	P = 0,012 $\chi^2 = 19,663$
DUDAS RELACIONADAS CON LA POSTURA/TÉCNICA PARA AMAMANTAR	DE 1 A 6 DÍAS	P < 0,0005 $\chi^2 = 42,096$

- ***Problemas con el peso del bebé y suplemento en planta sin indicación médica.*** Existe una asociación entre ambas variables, es decir, que las madres que durante su estancia en la planta de maternidad, recibieron suplemento de suero glucosado o leche artificial para sus bebés, sin que lo hubiera indicado el pediatra, tuvieron más probabilidades de encontrarse con problemas relacionados con el peso del bebé (RS= 2,3) ($\chi^2 = 5,332$, p = 0,021).
- ***Situación laboral de la madre y dudas sobre la incorporación laboral.*** Las madres que se incorporan a trabajar tras el nacimiento de su hijo dudan sobre si su incorporación laboral será compatible con la lactancia (RS= 2,6) ($\chi^2 = 7,560$, p = 0,023).
- ***Tipo de parto y dudas sobre la postura/técnica para amamantar.*** Las madres que ha tenido a sus hijos mediante parto eutócico (RS= 1,2) tienen menos problemas relacionados con la técnica para amamantar que las madres que los han tenido mediante parto distócico (RS= 2,6) ($\chi^2 = 7,122$, p = 0,028).
- ***Problemas de lactancia y redes de apoyo demandadas.*** Si analizamos los problemas por separado, en relación con los servicios o profesionales de apoyo a la lactancia a los que acuden las madres que se encuentran con una duda o problema de lactancia, observamos que ciertos problemas tienden a ser resueltos por ciertos profesionales o ciertos servicios. Para facilitar el estudio estadístico, hemos clasificado la variable “redes de apoyo” en seis grupos de profesionales o redes de apoyo:
 - Grupos de apoyo a la lactancia.
 - Pediatras de Atención Primaria.
 - Matronas de Atención Primaria.
 - Profesionales de maternidad.
 - Consulta de lactancia pública (Hospital).
 - Consulta de lactancia privada.

A continuación presentamos una tabla en la que clasificamos los grupos de profesionales en relación a las consultas más frecuentes que realizan, con su significación estadística correspondiente.

Tabla 39. Servicios de apoyo a la lactancia y tipos de consultas más frecuentes.

SERVICIOS / PROFESIONALES	PROBLEMAS	χ^2 / P
GRUPOS DE APOYO A LA LACTANCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de enganche - Problemas con el peso del bebé - Obstrucción conducto mamario - Frenillo del bebé - Compatibilidad medicamentos y lactancia - Dudas postura / técnica 	P = 0,025 / χ^2 = 5,043 P = 0,013 / χ^2 = 6,225 P = 0,037 / χ^2 = 4,346 P = 0,021 / χ^2 = 5,318 P = 0,020 / χ^2 = 5,434 P = 0,001 / χ^2 = 10,656
PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA	<ul style="list-style-type: none"> - Cansancio / agotamiento - Producción excesiva de leche - Grietas - Congestión mamaria - Mastitis - Dudas sobre calidad de la leche - Dudas sobre si el bebé se queda con hambre - Dudas compatibilidad trabajo y lactancia - Compatibilidad medicamentos y lactancia 	P < 0,0005 / χ^2 = 17,971 P = 0,022 / χ^2 = 5,245 P < 0,0005 / χ^2 = 12,764 P = 0,028 / χ^2 = 4,846 P = 0,016 / χ^2 = 5,818 P < 0,0005 / χ^2 = 16,687 P < 0,0005 / χ^2 = 16,172 P = 0,02 / χ^2 = 5,214 P = 0,009 / χ^2 = 6,822
MATRONAS DE ATENCIÓN PRIMARIA	<ul style="list-style-type: none"> - Cansancio / agotamiento - Lactancia dolorosa - Grietas - Obstrucción conducto mamario - Congestión mamaria - Hongos - Dudas sobre calidad de la leche - Dudas compatibilidad trabajo y lactancia - Compatibilidad medicamentos y lactancia - Dudas postura / técnica 	P = 0,03 / χ^2 = 4,685 P < 0,0005 / χ^2 = 13,411 P = 0,001 / χ^2 = 10,841 P = 0,016 / χ^2 = 5,795 P = 0,009 / χ^2 = 6,773 P = 0,008 / χ^2 = 7,060 P < 0,0005 / χ^2 = 13,090 P = 0,016 / χ^2 = 5,753 P = 0,023 / χ^2 = 5,206 P = 0,004 / χ^2 = 8,215
PROFESIONALES DE MATERNIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de enganche - Rechazo del pecho - Producción excesiva de leche - Grietas - Compatibilidad medicamentos y lactancia - Dudas postura / técnica 	P = 0,001 / χ^2 = 10,444 P = 0,03 / χ^2 = 4,729 P = 0,04 / χ^2 = 4,226 P = 0,001 / χ^2 = 10,543 P < 0,0005 / χ^2 = 12,865 P = 0,003 / χ^2 = 8,848
CONSULTA DE LACTANCIA PÚBLICA (HOSPITAL)	<ul style="list-style-type: none"> - Obstrucción conducto mamario - Frenillo del bebé - Dudas postura / técnica 	P = 0,03 / χ^2 = 4,281 P = 0,004 / χ^2 = 8,932 P = 0,008 / χ^2 = 7,998
CONSULTA DE LACTANCIA PRIVADA	<ul style="list-style-type: none"> - Lactancia dolorosa - Problemas de enganche - Mastitis - Dudas capacidad para amamantar - Dudas postura / técnica 	P = 0,011 / χ^2 = 6,407 P < 0,0005 / χ^2 = 14,673 P = 0,04 / χ^2 = 4,505 P = 0,001 / χ^2 = 11,099 P = 0,02 / χ^2 = 5,394

1.2.6. Resultados relacionados con el apoyo

A continuación pasaremos a desarrollar la última dimensión que trata el cuestionario: el apoyo. En este apartado hablaremos de la influencia del apoyo formal e informal sobre las mujeres que lactan. Entendemos por apoyo formal, aquellos servicios que proporcionan ayuda profesional a las madres que se encuentran con dificultades a la hora de lactar. En cambio el apoyo informal lo componen los grupos de apoyo a la lactancia, amigos o familiares.

- ***Intención de lactar y lactancia madre.*** Encontramos una dependencia entre la intención de lactar de las mujeres y la experiencia de lactancia de sus madres. Así diremos que el hecho de que una madre le dé el pecho a su hija, influye positivamente en la decisión de lactar de ésta en el futuro ($p < 0,0005$).
- ***Intención de lactar y grado de satisfacción.*** Las mujeres que durante sus embarazos se propusieron dar el pecho a sus hijos, muestran sentirse más satisfechas con los servicios de apoyo a la lactancia materna consultados, que aquellas madres que no se plantearon la opción de lactar ($p = 0,048$).
- ***Intención de lactar y número de hijos.*** El número de hijos también parece influir en la intención de lactar, así encontramos que las madres primerizas tienen menos intención de lactar durante sus embarazos que las madres que tienen más de un hijo ($p = 0,001$).
- ***Intención de lactar y nivel de estudios.*** La intención de lactar es dependiente a múltiples variables, como podemos comprobar. El nivel de estudios también influye en la intención de lactar de las mujeres. Cuanto mayor es el nivel de estudios, mayor es la intención de lactar. Encontramos dependencia entre las variables “estudios universitarios” / “intención de lactar” ($RS= 2,9$) y “sin estudios” / “sin intención de lactar” ($RS= 5,8$) ($p < 0,0005$).
- ***Intención de lactar y edad materna.*** Nuestros resultados sugieren que a menor edad, menor intención de lactar, a mayor edad mayor intención de lactar ($p < 0,0005$).

Tabla 40. Intención de lactar en relación a diferentes variables.

VARIABLES	INTENCIÓN DE LACTAR	χ^2	P	RESIDUOS (RS)
SU MADRE LE DIO EL PECHO	SÍ	31,850	< 0,0005	2,2
NO SABE SI SU MADRE LE DIO EL PECHO	NO	31,850	< 0,0005	5,6
MUY SATISFECHA CON LOS SERVICIOS DE APOYO A LA LACTANCIA CONSULTADOS	SÍ	7,924	0,048	2,0
NÚMERO DE HIJOS: 1	NO	18,799	0,001	4,3
NÚMERO DE HIJOS: 2	SÍ	18,799	0,001	3,2
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS CONCLUIDOS	SÍ	37,632	< 0,0005	2,9
SIN ESTUDIOS CONCLUIDOS	NO	37,632	< 0,0005	5,8
EDAD: ENTRE 37 Y 47 AÑOS	SÍ	27,954	< 0,0005	3,5
EDAD: ENTRE 15 Y 25 AÑOS	NO	27,954	< 0,0005	4,4
RECIBIÓ INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA DURANTE EL EMBARAZO	SÍ	9,310	0,002	3,1
NO RECIBIÓ INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA DURANTE EL EMBARAZO	NO	9,310	0,002	3,1
ASISTIÓ A LA EDUCACIÓN MATERNA	SÍ	5,095	0,024	2,3

- **Intención de lactar e información recibida durante el embarazo.** Las mujeres que durante el embarazo recibieron algún tipo de información sobre lactancia, mostraron tener una mayor intención de lactar que aquellas que no recibieron o buscaron tal información ($p = 0,002$) (Tabla 40).
- **Intención de lactar y educación maternal.** La educación maternal también parece tener una influencia muy positiva en la intención de lactar de las mujeres. En nuestro estudio hemos demostrado, las embarazadas que recibieron educación maternal, mostraron mayor interés por lactar que aquellas que no ($p = 0,024$) (Tabla 40).
- **Educación maternal y nivel de estudios.** Al cruzar las variables “educación maternal” y “ nivel de estudios concluidos”, observamos que hay una dependencia entre ambas variables, siendo el nivel de estudios un factor favorecedor para acudir a las clases de preparación al parto durante el embarazo, así diremos que a mayor nivel de estudios, mayor interés por la educación maternal y por consiguiente, mayor intención de lactar ($p = 0,003$).

Tabla 41. Educación maternal y nivel de estudios.

NIVEL DE ESTUDIOS		EDUCACIÓN MATERNA	
		SI	NO
SIN ESTUDIOS	Residuos	-1.1	1.1
PRIMARIA	Residuos	-2.9	2.9
BACHILLERATO	Residuos	-1.2	1.2
F.P	Residuos	2.5	-2.5
UNIVERSITARIOS	Residuos	1.3	-1.3

$$\chi^2 = 15,871 \text{ (} p = 0,003 \text{)}$$

- **Educación maternal y nacionalidad.** Encontramos dependencia entre las variables “española” / “educación maternal” y “extranjera” / “no educación maternal”. Así podemos afirmar que la nacionalidad condiciona a las mujeres en su decisión de acudir a las clases de preparación al parto ($p = 0,01$).

Tabla 42. Educación maternal y nacionalidad.

NACIONALIDAD		EDUCACIÓN MATERNAL		Total
		SI	NO	
ESPAÑOLA	Recuento	191	199	390
	Residuos	2.6	-2.6	
EXTRANJERA	Recuento	11	29	40
	Residuos	-2.6	2.6	
Total	Recuento	202	228	430

$$\chi^2 = 6,717 \text{ (p = 0,01)}$$

- **Nacionalidad y ayuda para las tareas del hogar.** Encontramos una asociación entre ambas variables, siendo más frecuente que las españolas (RS= 3,4) tengan ayuda para las tareas del hogar que las extranjeras (RS= 3,4) ($\chi^2 = 11,821$, p = 0,001).
- **Apoyo y consultas.** Las mujeres que afirman no sentirse apoyadas en su decisión de lactar, consultan menos que aquellas que sí se sienten apoyadas (p = 0,003).
- **Apoyo y dudas sobre lactancia.** Las mujeres que no se sienten apoyadas, tienen dudas sobre la calidad de su leche (p = 0,025), dudas sobre su capacidad para lactar (p = 0,011) y dudas sobre si el bebé se queda con hambre (p = 0,004). Las mujeres que no se sienten apoyadas en su decisión de lactar muestran más inseguridad durante sus lactancias.
- **Apoyo y piel con piel.** El apoyo también influye en la práctica del piel con piel. Así encontramos una dependencia entre las variables “no apoyo” / “no piel con piel” y “apoyo” / “piel con piel”. Las mujeres que no se sienten apoyadas, practican menos el piel con piel que aquellas que sí (p = 0,008).
- **Apoyo y duración de la lactancia materna.** Si cruzamos las variables “duración lactancia materna” y “apoyo”, volvemos a comprobar que el hecho

de sentirse apoyada influye positivamente en que las madres decidan lactar por más tiempo ($p = 0,049$).

Tabla 43. Apoyo en relación a diferentes variables.

VARIABLES	SE SIENTE APOYTADA	χ^2	P	RESIDUOS (RS)
CONSULTA CON PROFESIONALES	SÍ	9,013	0,003	3,0
NO CONSULTA CON PROFESIONALES	NO	9,013	0,003	3,0
TIENE DUDAS SOBRE SU CAPACIDAD PARA LACTAR	NO	6,417	0,011	2,5
TIENE DUDAS SOBRE LA CALIDAD DE SU LECHE	NO	5,002	0,025	2,2
TIENE DUDAS SOBRE SI SU BEBÉ SE QUEDA CON HAMBRE	NO	8,235	0,004	2,9
PRACTICA EL PIEL CON PIEL	SÍ	7,045	0,008	2,7
NO PRACTICA EL PIEL CON PIEL	NO	7,045	0,008	2,7
DURACIÓN LM 1 MES	NO	11,098	0,049	2,5
DURACIÓN LM 1-2 AÑOS	SÍ	11,098	0,049	2,0

Como resumen a este apartado, diremos que con nuestro estudio hemos encontrado significación estadística en una serie de variables que sugieren como factores favorecedores de la lactancia:

- Haber lactado de pequeña.
- Tener más de un hijo.
- Tener estudios universitarios concluidos.
- Ser mayor de 36 años.
- Haber recibido información relativa a la lactancia durante el embarazo.
- Haber asistido a las clases de preparación al parto.
- Sentirse apoyada en la decisión de lactar (apoyo formal e informal).

CAPÍTULO 2.

DISCUSIÓN

A continuación, procederemos a interpretar los resultados obtenidos en nuestro estudio contrastándolos con los obtenidos por otros autores, clasificándolos en seis apartados:

- Análisis descriptivo de los resultados
- Dimensión satisfacción
- Dimensión consultas
- Dimensión experiencias anteriores
- Dimensión problemas
- Dimensión apoyo

2.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS

2.1.1. Tasas de lactancia materna

Los resultados de nuestro estudio revelan que la tasa de lactancia materna exclusiva a los 6 meses, para las mujeres encuestadas, fue de un 61,2%. Esto quiere decir que el 38,8% de las mujeres no respetaron las recomendaciones de la OMS en cuanto a alimentación infantil hasta los 6 meses. La OMS y UNICEF afirman (OMS, 2002) que para toda la población se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y a partir de entonces su refuerzo con alimentos complementarios al menos hasta los dos años.

Con nuestro estudio se demuestra que las tasas de abandono de la lactancia materna van aumentando con la edad del bebé ($p < 0,0005$):

- A los 3 meses la tasa de abandono fue de un 27%. (Porcentaje de lactancia a los 3 meses = 73%)
- A los 4 meses de un 36,1%. (Porcentaje de lactancia a los 4 meses = 64,9%)
- A los 6 meses de un 53,3%. (Porcentaje de lactancia a los 6 meses = 46,7%)
- A los 12 meses de un 76,1%. (Porcentaje de lactancia a los 12 meses = 23,9%)
- A los 18 meses de un 87,1%. (Porcentaje de lactancia a los 18 meses = 12,9%)
- Y a los 24 meses de un 93,3%. (Porcentaje de lactancia a los 24 meses = 6,7%)

Si estos resultados los comparamos con otros estudios, realizados en la Región de Murcia, como el proyecto MALAMA (Ortega et al., 2008), vemos que los

porcentajes de abandono de lactancia materna, también aumentan con la edad del bebé. En el caso del proyecto MALAMA, los porcentaje de lactancia materna total a los 3, 4 y 6 meses fue un 10% más bajo que en nuestro estudio:

- A los 3 meses era de un 63%
- A los 4 meses de un 50%
- Y a los 6 meses un 35%

Si comparamos nuestro estudio con los datos publicados en 2013 por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2013), vemos que los resultados son parecidos. Siendo según el INE los porcentajes de lactancia materna (contando lactancia materna natural y mixta) de un 66,5% a los 3 meses (73% en el caso de nuestro estudio) y un 46,81% a los 6 meses (46,7% en el caso de nuestro estudio). La prevalencia y duración de la lactancia materna por comunidades (INE, 2008), revela que en la Región de Murcia los porcentajes de lactancia a los 3 meses fueron de un 60,86% y un 33,32% a los 6 meses.

2.1.1. Resultados sociodemográficos

En nuestro estudio hemos demostrado, que el porcentaje de española es mucho mayor que el de extranjeras (90,7% españolas), tal vez sea debido a que uno de nuestros criterios de inclusión fuera que las participantes supieran leer y escribir en español. Aun así no se ha visto que el país de origen influya en el grado de satisfacción percibida en relación a las redes de apoyo a la lactancia materna consultadas. Otros autores tampoco han observado diferencias significativas en la satisfacción de las mujeres a causa de su procedencia, cultura, etnicidad o lengua materna (Sadler et al., 2001; Hodnett, 2002 & Waldenström et al., 2006).

Aunque no encontremos diferencias significativas en la calidad percibida por españolas y extranjeras. Sí que descubrimos con nuestro estudio una dependencia entre la nacionalidad y el número de hijos, nivel de estudios y situación laboral de las mujeres y sus parejas. Teniendo, en este caso, las madres extranjeras mayor número

de hijos, menor nivel de estudios y peor situación laboral tanto propia como en el caso de sus parejas. Hecho que hace que las extranjeras se encuentren dentro de un grupo de riesgo para la lactancia como asegura Scanlon & Chen (2010) y Merewood (2006).

2.2. DIMENSIÓN SATISFACCIÓN

La *satisfacción general* percibida por las usuarias de los servicios o redes de apoyo a la lactancia de la Región de Murcia, encuestadas, fue buena. Encontrando que la media total para las 9 afirmaciones que medían el grado de satisfacción fue de un 3,48 sobre 5.

El 89,3% del total de las encuestadas, se consideraron satisfechas o muy satisfechas con los servicios o profesionales de apoyo a la lactancia consultados. El 74,6% recomendaría la red de apoyo utilizada a amigos o familiares. El 81,6% les parecen necesarias las redes o servicios de apoyo a la lactancia y el 83,8% están de acuerdo o totalmente de acuerdo con la afirmación de “me gustaría disponer de mas servicios o redes de apoyo a la lactancia”. Con el resto de estudios consultados, también se confirma que las intervenciones destinadas a apoyar, promover y proteger la lactancia materna, repercuten positivamente en el grado de satisfacción percibido por las madres (MacVicar & Wilcock, 2013; Hongo et al., 2015; Chin & Amir, 2008).

Grado de satisfacción y tipo de alimentación infantil seleccionada. En nuestro estudio hemos demostrado que, las madres que lactaron exclusivamente hasta los 6 meses o más, están muy satisfechas con las redes de apoyo a la lactancia materna a las que han acudido, en cambio las madres que le han introducido alimentación complementaria, como leche artificial o sólidos, antes de los 6 meses de vida del bebé, están muy insatisfechas. Con esto se confirma que el grado de satisfacción en relación a las redes de apoyo, es dependiente de la duración de la lactancia materna exclusiva como ratifican los estudios de Aguilar et al. (2013), Chin & Amir (2008) y Leahy Warren et al. (2009). Como comentan dichos autores, estos resultados pueden ser debidos a que las madres que han recibido un apoyo efectivo, adecuado y oportuno durante sus lactancias, han conseguido superar los problemas o dudas de lactancia más fácilmente que aquellas madres que no han recibido tal apoyo o por el contrario, el apoyo no ha sido efectivo, accesible o apropiado. Hecho que

repercute en un mayor grado de satisfacción por parte de las mujeres en relación a los servicios recibidos y un aumento en la permanencia de la lactancia materna exclusiva.

Grado de satisfacción y disponibilidad de redes de apoyo. Las madres que encuentran los servicios de apoyo a la lactancia accesibles, están muy satisfechas con la ayuda recibida. Volvemos a confirmar lo mismo que comentábamos en el punto anterior. La disponibilidad y accesibilidad son factores que miden la calidad, es por ello que a mayor disponibilidad de los servicios, mayor calidad mostrada y por tanto mayor grado de satisfacción de las usuarias. También podemos constatar este hecho, en estudios del campo de la enfermería, en los que se mide la calidad de los servicios sanitarios desde la satisfacción de los usuarios (Gallardo Ferrada & Reynaldos Grandón, 2014).

Grado de satisfacción e intención de lactar antes o durante el embarazo. La intención de lactar antes o durante el embarazo, también parecen influir en el grado de satisfacción de las madres en relación a los servicios de apoyo a la lactancia. Tal vez sea porque las madres que con anterioridad al parto se han informado sobre la lactancia, disponen de más información sobre los recursos de los que pueden beneficiarse en el caso de que algún problema o duda surja durante la lactancia, y por esta razón se sientan más satisfechas que las madres que durante el embarazo o anteriormente al mismo no han recibido o buscado ninguna información relativa a la lactancia. Es por esta misma razón, que en nuestro estudio hemos demostrado que el ***grado de satisfacción y la educación maternal*** también están relacionados. En la tesis doctoral presentada por Martínez Galiano en 2012, se concluye que:

“La valoración de la utilidad y beneficio de la educación maternal es mayor en las mujeres que participaron en el programa. Las mujeres manifestaron que durante las clases de educación maternal había que tratar temas referentes al cuidado del recién nacido, a la analgesia en el parto, a la lactancia materna, a los cuidados en el puerperio, a la legislación en materia de maternidad y a la alimentación durante el embarazo. Las mujeres estaban bastante satisfechas con el programa de educación maternal... La matrona o el

matrón es el profesional más adecuado e idóneo para llevar a cabo el programa de educación maternal por la optimización de resultados, por la valoración sobre la utilidad y beneficio que concedieron las mujeres a la educación maternal y por el alto grado de satisfacción que mostraron las mujeres con este programa”.

Un año más tarde, Martínez Galiano y Delgado Rodríguez (2013), publicaron un estudio que volvía a tratar el impacto de la educación maternal y en esta ocasión se revelaba que el inicio precoz de la lactancia materna, se ve favorecido por la realización de educación maternal, de igual modo que la educación maternal favorece el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.

Grado de satisfacción y apoyo profesional. Como parece lógico esperar por los resultados comentados hasta ahora, con nuestro estudio se comprueba que las madres están más satisfechas con las redes de apoyo a la lactancia materna, si reciben apoyo profesional durante su estancia en paritorio/recuperación, maternidad o centro de salud, consultan con su matrona o acuden a grupos de apoyo a la lactancia materna. Encontramos resultados similares en estudios como los de Britton et al. (2007), Chaput et al (2015) o Cerdá Muñoz (2011), en los que igualmente se demuestra el impacto positivo que ejercen las intervenciones destinadas a promover, proteger y apoyar la lactancia por parte de sector sanitario y de los grupos de apoyo a la lactancia.

Grado de satisfacción y momento en el que se realiza la primera consulta de lactancia. Por lo general, cuanto antes se realice la consulta, mayor es el grado de satisfacción alcanzada por las encuestadas. Tal vez sea porque los problemas o dudas sobre lactancia, son más frecuentes durante las primeras semanas tras el nacimiento y es por ello, que las intervenciones destinadas a proteger la lactancia materna tienen que prestar una atención especial durante este periodo, como señalan los autores Vieira (2010) o Asensi Monzó et al. (2014) en su estudio titulado “Atención en las primeras 48 horas tras el alta de maternidad en la consulta de enfermería o Pediatría” en el que afirman que desde el momento en el que el recién nacido es dado de alta de la maternidad hasta que es atendido por primera vez por el quipo de pediatra-

enfermera, pasa demasiado tiempo, hecho que favorece el problema de salud con el que nos encontramos en la actualidad, o dicho de otro modo, repercute en altos índices de abandono de lactancia materna durante las primeras semanas de vida del bebé.

Grado de satisfacción y tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la primera toma. Cuanto antes se produzca este hecho, mayor es el grado de satisfacción de las madres sobre su experiencia en cuanto a las redes de apoyo a la lactancia materna consultadas se refiere. Pero el inicio precoz de la lactancia materna tiene muchos otros efectos positivos como también muestra Esteves et al. (2014) en su revisión sobre los factores que se asocian al inicio precoz de la lactancia materna. El inicio precoz de la lactancia materna, influye positivamente en las tasas de incidencia y permanencia de lactancia materna como comentaremos más adelante en el apartado 2.4 (resultados relacionados con las experiencias anteriores).

Grado de satisfacción y experiencia con hijos anteriores. También influye en el grado de satisfacción, cuál ha sido la experiencia de lactancia con hijos anteriores. Aunque no hemos encontrado ningún estudio concreto que trate el grado de satisfacción de las usuarias de los servicios de apoyo a la lactancia en relación a la experiencia de lactancia anterior, parece lógico pensar que aquellas madres que no tuvieron una experiencia satisfactoria con la lactancia anterior se muestren muy insatisfechas con las redes de apoyo consultadas, mientras que las que tuvieron una experiencia satisfactoria se consideren satisfechas. Pensamos que las carencias o imperfecciones del sistema sanitario y las políticas sobre protección, promoción y apoyo a la lactancia materna, provocan que muchas madres no encuentren el apoyo o ayuda adecuada cuando lo necesitan, de tal modo, las mujeres se frustran al no poder ver cumplido su plan de lactancia y se sienten insatisfechas con los servicios o redes de apoyo a la lactancia disponibles, ya que éstos no han conseguido satisfacer sus necesidades.

Grado de satisfacción y problemas encontrados. Diremos que las mujeres que han experimentado una lactancia dolorosa, se encuentran más insatisfechas con los servicios de apoyo, que aquellas que no han padecido dicho problema. La lactancia dolorosa parece ser el único problema encontrado en nuestro estudio que se

relacione con el grado de satisfacción. Como afirman Prieto-Gómez y Baez-Weinmann (2013). Las fisuras y grietas en el pezón, derivadas de una mal enganche y por consiguiente de una mala atención precoz de los servicios de apoyo a la lactancia materna, es una de las dificultades más frecuentes encontradas durante las primeras semanas de vida del bebé, es por esto que se hace de vital importancia un diagnóstico y tratamiento temprano para disminuir el riesgo de destete precoz.

Para resumir este apartado, diremos los elementos favorecedores o factores que influyen positivamente en el grado de satisfacción percibido por las usuarias encuestadas, de los servicios o redes de apoyo a la lactancia materna son:

- Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad del bebé o más.
- Intención de lactar antes o durante el embarazo.
- Haber recibido educación maternal durante el embarazo.
- Haber recibido apoyo profesional en paritorio/recuperación.
- Haber recibido apoyo profesional en el servicio de maternidad.
- Haber recibido apoyo profesional en el centro de salud.
- Haber acudido a la consulta de la matrona.
- Haber acudido a un grupo de apoyo a la lactancia.
- Realizar la primera consulta de lactancia durante el primer día de vida del bebé.
- Iniciar la lactancia materna antes de que transcurran los primeros 30 minutos del nacimiento.
- Experiencia de lactancia positiva con hijos anteriores.

Como elementos desfavorecedores encontramos:

- Alimentación complementaria (sólidos o leche artificial) antes de los 6 meses de vida del bebé.
- No haber recibido apoyo profesional en paritorio/recuperación.
- No haber recibido apoyo profesional en el servicio de maternidad.
- No haber recibido apoyo profesional en el centro de salud.
- No haber acudido a la consulta de la matrona.
- Primera consulta de lactancia tardía (del año a los dos años del postparto).

- Iniciación tardía de lactancia materna tras el nacimiento (3 horas o más).
- Haber experimentado una lactancia dolorosa.

2.3. DIMENSIÓN CONSULTAS

Consultas de lactancia y número de hijos. Encontramos una asociación directa entre el número de hijos y las consultas sobre lactancia realizadas, así diremos que a mayor número de hijos, menor número de consultas. No hemos encontrado ningún estudio que trate directamente esta asociación, pero la explicación que encontramos a este hecho podría ser la experiencia que se genera al tener un hijo. Parece lógico pensar que a mayor experiencia con la lactancia, menor número de problemas o dudas, con lo que encontramos menor número de consultas. Prendes Labrada et al. (1999) concluyen que la falta de experiencia o la primiparidad, son factores maternos que se asocian con frecuencia al abandono de la lactancia materna exclusiva entre 1 y 4 meses. Igualmente comprobamos con nuestro estudio que existe una asociación entre las *consultas de lactancia y la educación maternal*. En general diremos que la formación sobre lactancia durante el periodo prenatal influye positivamente en la decisión de buscar apoyo profesional una vez que aparecen los primeros problemas o dudas sobre lactancia y a la vez influye positivamente en la permanencia y duración de ésta como veremos a continuación. Este hecho se demuestra igualmente en otros estudios como los de Rodríguez Delgado (2010); Martínez Galiano & Delgado Rodríguez (2013), comentados anteriormente.

Nuestro estudio demuestra que los *profesionales* con más peso o influencia en la promoción de la lactancia materna durante el embarazo son los/as enfermeros/as y matrones/as de atención primaria como igualmente se demuestra en el estudio de Gómez González (2013). Pero respecto a este punto, encontramos cierta controversia, ya que otros muchos autores destacan el papel del IBCLC (Consultor Internacional Certificado en Lactancia) como promotor de la lactancia materna. Dodgson, Watkins & Choi (2010), afirman que el número de Consultores de Lactancia Certificados empleados por un hospital fue la única variable que predecía mayores niveles de prácticas de apoyo. También encontramos estudios en donde se demuestra que existe un mayor porcentaje de lactancia materna en hospitales donde se ofrecen los servicios

del IBCLC en comparación con los hospitales donde no se ofrecen, y no sólo eso, sino que existe una relación directa entre la disponibilidad de horas de dichos profesionales y los porcentajes de lactancia encontrados (Castrucci, Hoover, Lim & Maus, 2006). Humenick, Hill & Spiegelberg (1998) encuentran que la labor del IBCLC aporta un refuerzo más positivo y efectivo que otros profesionales como enfermeras o médicos. Y otros muchos estudios comprueban que la presencia del IBCLC en áreas de maternidad y pediatría va asociado a mayores tasas de iniciación y continuidad de lactancia materna (Quarles, Williams, Hoyle, Brimeyer & Williams, 1994; Thurman & Allen, 2008; Lawlor-Smith, McIntyre & Bruce, 1997). Tal vez sea por el hecho de que en España, la figura del IBCLC no esté reconocida por el sistema de salud y que tan solo dispongamos de 100 IBCLCs hasta el momento, no encontramos ningún estudio científico que muestre la efectividad de estos profesionales en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en España, como ocurre en otros muchos países.

En nuestro cuestionario igualmente, no contemplamos la figura del IBCLC como tal, por las razones, anteriormente mencionadas. Por otro lado existe evidencia científica a cerca de los factores protectores y desfavorecedores de la lactancia materna, y aunque éstos difieran de un autor a otro, la mayoría coincide en que los profesionales sanitarios juegan un papel fundamental a la hora de apoyar, promocionar y proteger la lactancia materna. Así mismo, establecer medidas de apoyo a la lactancia en los servicios en donde se trabaja con lactantes y técnicas de ayuda proporcionado por personal cualificado y consejeras de lactancia resulta de gran ayuda para mejorar los porcentajes de lactancia materna (Hernández Aguilar & Aguayo Maldonado, 2005). Se comprueba con esto que la idea de combinar el apoyo informal, como pueden ser los grupos de apoyo a la lactancia, con el apoyo formal proveniente de los profesionales sanitarios especializados en lactancia como matronas, consultores de lactancia, pediatras o médicos de familia, puede ser una actividad novedosa, eficaz y efectiva en términos de promoción y protección de la lactancia materna. Es por todo lo anteriormente expuesto, que pensamos que la combinación de todos los profesionales sanitarios, junto con las redes informales de apoyo, como grupos de apoyo a la lactancia, familiares y amigos, pudiera ser mucho más efectivo que cualquiera de ellos por separado. La OMS, UNICEF y la IHAN, publican dentro de los “Siete Pasos para una Feliz Lactancia Natural”, en su Manual

para la acreditación de Centros de Salud IHAN (2014):

- Paso 2: *Capacitar a los trabajadores para que puedan poner en práctica la normativa de lactancia.*
- Paso 6: *Proporcionar una atmósfera de acogida a las madres y lactantes.*
- Paso 7: *Disponer de un taller de lactancia y fomentar la formación y el contacto con grupos y recursos de apoyo a la lactancia en la comunidad.*

Estos tres requisitos son imprescindibles para obtener dicho galardón.

Con nuestro estudio igualmente se comprueba que los grupos de apoyo a la lactancia materna, también tienen una influencia positiva en la duración de ésta. En el documento “Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural”, publicado en 1998 por la OMS, se identifican trece estudios controlados aleatorios o comparativos en los que se comprueba la efectividad del apoyo tras el alta sobre la lactancia materna. Crear un ambiente seguro y amigable, que brinde apoyo a las familias tras el post-parto es fundamental para proteger y promover la lactancia materna. Sin embargo, no hay suficientes estudios que demuestren el potencial de los grupos de madres y de las promotoras comunitarias.

Puede que los grupos de apoyo informales sean más capaces que los servicios de salud formales de ofrecer la ayuda personal y frecuente que las madres necesitan para aumentar su confianza y superar las dificultades. Posiblemente, una combinación de apoyo día a día en la comunidad, respaldado por una atención más especializada en los servicios de salud cuando sea necesario, podría ser más eficaz que cualquiera de ellos por separado. (OMS, 1998)

Por otro lado, si analizamos cada uno de los profesionales sanitarios o servicios de apoyo a la lactancia materna disponibles para las mujeres que lactan por separado, observamos que el grado de satisfacción percibida varía de unos a otros. Así encontramos que las madres que consultan en maternidad o con la matrona de su

centro de salud, están muy satisfechas. Pero las madres que con diferencia están más satisfechas, son las que han acudido a un grupo de apoyo a la lactancia o las que han buscado apoyo en amigos o familiares. Comprobando una vez más la importancia de combinar el apoyo formal e informal. Así es que, tal vez la decisión más inteligente, llegados a este punto, sería dejar de analizar quién es el profesional más importante y empezar a trabajar todos como un equipo en el que todos persiguen el mismo objetivo y todas las piezas cuentan por igual.

Consultas de lactancia y permanencia y tipo de lactancia materna. Este punto resulta de gran importancia para esta tesis doctoral, ya que con él se responde, en parte, al objetivo general que plantea nuestro estudio, que como comentábamos es “conocer, valorar y describir cuál es el impacto que ejercen las redes de apoyo a la lactancia materna sobre las mujeres que lactan”. Así pues, diremos que con nuestro estudio se comprueba que las madres que consultan con profesionales, dan el pecho más tiempo que aquellas que no consultan. Y las madres que buscan apoyo profesional tienen más posibilidades de lactar exclusivamente hasta los 6 meses o más, que las madres que no buscan tal apoyo. Como investigadores apoyamos la afirmación de que las redes de apoyo a la lactancia materna influyen positivamente en la permanencia y duración de la lactancia materna, como también se demuestra en otros muchos estudios como los de Taddei et al. (2015); Pérez-Escamilla et al. (1994); Westphal et al. (1995); Brown et al. (1994) & Lobbok (2007), entre otros.

Número de consultas y momento de la primera consulta. El momento en el que se realiza la primera consulta de lactancia también parece relacionarse con el número de consultas que se realizan posteriormente. Así encontramos que las mujeres que realizan su primera consulta durante el primer día de vida del bebé, consultan más veces que las que lo hacen después del año de vida del bebé.

Tras lo anteriormente expuesto, podemos afirmar que el hecho de consultar antes y después del parto con profesionales o grupos de apoyo a la lactancia tiene un efecto muy positivo en la duración, permanencia, y grado de satisfacción de las madres. Las redes de apoyo a la lactancia materna formales e informales tienen una influencia muy positiva en la lactancia materna.

2.4. DIMENSIÓN EXPERIENCIAS ANTERIORES

En nuestro estudio hemos demostrado que, el *tipo de parto* es dependiente a numerosos e importantes factores como son el número de hijos, el tipo de analgesia utilizada durante el proceso de dilatación e incluso al ingreso del recién nacido en el servicio de neonatología. Así diremos que:

- Las mujeres que han tenido un **parto eutócico** tienen mayor número de hijos, que aquellas que han tenido una cesárea.
- Las madres que usan **epidural** tienen mayor riesgo de experimentar un parto distócico (instrumentado o cesárea), que aquellas que no usan tal analgesia.
- Los niños nacidos por **cesárea** tienen más probabilidades de ingresar en el servicio de neonatología tras el parto, que los niños nacidos por parto eutócico.

Suárez-Cortés, Armero-Barranco, Canteras-Jordana y Martínez-Roche, publicaron en 2015 un artículo sobre la influencia del plan de parto en la humanización del proceso del parto. En él sus autores hablan sobre los beneficios de la práctica del piel con piel, el parto activo, y en definitiva del parto eutócico en comparación con el distócico. Por otro lado, Sacristán-Martín et al. (2011), afirman que el tipo de parto influye en el tipo de lactancia seleccionada, concluyendo que los niños procedentes de un parto eutócico reciben lactancia materna exclusiva con mayor frecuencia y por más tiempo que los procedentes de partos distócicos o cesáreas. Pero en cambio, otros autores (Fidalgo-Álvarez et al., 2002) coinciden con que la cesárea tiene una influencia negativa y retrasa la lactancia materna exclusiva al alta, pero no influye en momentos posteriores. Díaz et al. (2011), encontraron en su estudio, que los niños nacidos por cesárea tuvieron mayor prevalencia de lactancia materna que los nacidos por vía vaginal. Rodríguez Román (2011) afirma que la cesárea dificulta la lactancia materna, pero que el piel con piel o el acompañamiento

de la pareja durante la cesárea, hacen que la influencia negativa de la cesárea sobre la lactancia materna sea menor. Por otro lado, Kutlucan et al. (2014), coincide con el resto de autores mencionados anteriormente, encontrando que el tiempo de inicio de la lactancia materna se retrasa en madres sometidas a cesárea con anestesia general en comparación con madres con analgesia epidural y madres sin epidural y partos eutócicos. Estos autores justifican la influencia negativa del tipo de analgesia con la lactancia materna, afirmando que el retraso del despertar y la recuperación cognitiva en la anestesia general, junto con el retraso de la comunicación entre la madre y el recién nacido hacen que se produzca un retraso en la lactancia materna. Los autores Zuppa et al. (2014), comprueban en su estudio que una buena atención tras el parto y un apoyo eficaz para proteger la lactancia materna, parece invertir los posibles efectos adversos de la utilización de analgesia epidural durante el parto, como anteriormente concluía Rodríguez Román (2011).

Para concluir con este punto, diremos que Herrera-Gómez et al. (2015) relacionan la epidural con el ingreso en neonatos y la influencia de estos factores con la lactancia materna, afirmando en su estudio que el índice de Apgar al minuto y a los cinco minutos es significativamente menor en los recién nacidos de madres con analgesia epidural durante el parto, así mismo, afirman que el ingreso en el servicio de neonatología es significativamente más frecuente en el grupo con epidural que en el grupo sin epidural. La reanimación es más frecuente en los casos de madres con epidural que sin epidural. Y el inicio precoz de la lactancia materna es más frecuente en el grupo sin epidural. Así concluyen, que la analgesia epidural puede tener efectos adversos en los recién nacidos, aunque los riesgos son bajos, y se necesitan más investigaciones para dilucidar la naturaleza causal de esta relación.

En nuestro estudio, encontramos una asociación entre la duración de la lactancia materna y el hecho de haber estado ingresado en neonatos tras el parto, así diremos que los niños que han tenido que estar ingresado tras el nacimiento, tienen menos probabilidades de lactar prolongadamente que los niños que no han estado ingresados, así mismo los niños que han estado ingresados, lactan por menos tiempo exclusivamente. Por estos motivos, parece lógico pensar que, los embarazos gemelares se encuentran en un grupo de riesgo para la lactancia materna, ya que coincide en estos casos que aumenta el riesgo de terminar en parto distócico

(instrumentado o cesárea) y de ingresar en neonatología tras el parto, como comprobamos en nuestro estudio.

El piel con piel influye positivamente en el inicio y tipo de lactancia materna seleccionada. Así comprobamos que las madres que practican el piel con piel tras el nacimiento, tienen más posibilidades de inicial la lactancia materna antes de que transcurra la primera media hora de vida del bebe, mientras que las que no lo practican tienen más probabilidades de iniciar la lactancia materna de manera tardía. Igualmente se demuestra en nuestro estudio, que el piel con piel influye positivamente en que la madre lacte exclusivamente hasta los 6 meses de vida del bebé o más. Otros estudios, como los de Rengel-Díaz, Morales-Asencio & Labajos-Manzanares (2013), igualmente demuestran los efectos positivos que ejerce la práctica del piel con piel sobre la lactancia materna, concluyendo que el contacto piel con piel tiene una influencia positiva en el momento de inicio de la lactancia, y que los resultados sugieren una relación con el tipo de lactancia materna al alta y a las 6 semanas. En cambio el estudio presentado por Moore & Anderson (2010), concluye que el contacto precoz del piel con piel afecta positivamente a la lactancia durante el postparto inmediato, pero no encuentran diferencias significativas transcurrido el primer mes de vida del bebé.

Tipo de lactancia materna seleccionada. El inicio precoz de la lactancia materna favorece que la madre lacte exclusivamente hasta los 6 meses o más. Foster et al. (2015) concluyen en su estudio, que los recién nacidos a término sanos que se alimentaban única y directamente del pecho durante las primeras 24-48 h después del nacimiento, son más propensos a continua amamantar a los 6 meses que los que recibieron cualquier suplemento o fórmula durante el postparto inmediato. Así concluyen que el apoyo y el estímulo para iniciar la lactancia materna lo antes posible es importante. Por otro lado, encontramos que la **experiencia de lactancia anterior** también influye en el tipo de lactancia. Así diremos que, una experiencia positiva con la lactancia anterior influye positivamente en que la madre lacte exclusivamente hasta los 6 meses o más y que lacte por más tiempo que si hubiera tenido una experiencia no satisfactoria o si no hubiera tenido ninguna experiencia anterior. Igualmente, encontramos que una experiencia negativa, condiciona a que la madre alimente con leche de formula o alimentos sólidos y semisólidos a su bebé antes de los 6 meses y a

su vez, que lacte por menos tiempo. Niño et al. (2012), afirman en su estudio que uno de los factores que se asocian a una lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, es una experiencia previa exitosa. Roig (2010), igualmente concluye que:

El éxito de la LM está muy vinculado a la existencia de una experiencia positiva anterior, por lo que para priorizar los recursos de apoyo profesional debería tenerse en cuenta al grupo de madres sin experiencia anterior en lactancia materna o con una experiencia anterior negativa (...) la provisión de información adecuada puede ser un factor protector de la lactancia materna y debería ser accesible especialmente para madres con menor nivel de estudios o con un acceso más difícil a la información necesaria (...) las intervenciones de apoyo a la lactancia materna durante el posparto deberían incluir el control de rutinas hospitalarias tales como el uso de chupetes y la administración de suplementos de lactancia materna no médicamente indicados que pueden influir en el abandono precoz de la lactancia materna completa.

Duración de la lactancia materna. El tipo de lactancia seleccionada hasta los 6 meses de vida del bebé influye en la duración de ésta. Así demostramos con los resultados obtenidos en nuestro estudio, que las madres que dan alimentación complementaria a sus bebés antes de los 6 meses, le dan menos tiempo el pecho que las madres que lactan exclusivamente hasta los 6 meses o más.

En resumen diremos que los elementos que favorecen una mayor incidencia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida del bebé y posteriormente, una mayor prevalencia de lactancia materna en combinación con una correcta alimentación complementaria, son:

- La práctica del piel con piel.
- El inicio precoz de la lactancia materna tras el nacimiento.
- El tipo de embarazo: embarazo único.
- El tipo de parto: parto eutócico.

- El no uso de analgesia epidural durante el parto.
- El no ingreso del recién nacido en el servicio de neonatos.
- Y una experiencia de lactancia anterior positiva.

Así mismo identificamos como factores que influyen negativamente en la lactancia materna:

- No practicar el piel con piel.
- Iniciar tardíamente la lactancia materna.
- Embarazo gemelar.
- Parto distócico (instrumentado o cesárea).
- Uso de analgesia epidural.
- Ingreso del bebé en neonatos.
- Y la inexperiencia o una experiencia de lactancia anterior negativa.

2.5. DIMENSIÓN PROBLEMAS

Problemas y duración de la lactancia materna. Encontramos que las madres que aseguran no haber tenido problemas durante sus lactancias dan el pecho por más tiempo, que aquellas que sí los han tenido. Es decir que los problemas influyen negativamente en la duración de la lactancia materna. Como también lo confirma Walker (2008) es su estudio sobre los problemas más comunes durante el período de la lactancia materna.

Problemas y experiencia de lactancia anterior. Las encuestadas que han tenido una experiencia de lactancia satisfactoria con hijos anteriores, tienen más posibilidades de no encontrarse con problemas durante sus siguientes lactancias que las primíparas o las que su lactancia anterior no fue satisfactoria. Bautista (1997), obtiene resultados similares en su estudio, afirmando que el riesgo de no iniciar la lactancia materna es casi dos veces mayor en primíparas que en multíparas.

Tipo de problemas de lactancia y momento de aparición. Si analizamos problema por problema, vemos que cada uno se asocia a un momento concreto de aparición, es decir, que las probabilidades de que un problema ocurra en un momento específico son mayores. Pero sin duda, la mayoría de los problemas coinciden con un inicio temprano, siendo del día uno a las tres semanas, el periodo de mayor riesgo de aparición de dichos problemas. Los problemas más frecuentes fueron en primer lugar las grietas, seguidas del cansancio y las dudas sobre si el bebé se quedaba con hambre.

Fernández-Medina & González-Fernández (2010), hacen hincapié en la importancia de tratar los problemas que aparecen con más frecuencia durante los primeros días y resaltan la importancia de la intervención y el seguimiento de los profesionales de la salud, en los primeros días de inicio de la lactancia materna. “*Tras el inicio de la lactancia materna en el ámbito hospitalario, la continuidad y el éxito de la misma depende muchas veces de las dificultades que surgen en los primeros*

días como dolor, depresión post-parto, congestión mamaria o dudas respecto a la técnica de lactancia”. Encontramos que estos autores coinciden con muchos resultados encontrados en nuestro estudio, confirmando que las grietas en el pezón suelen aparecer en los primeros días de iniciada la lactancia, en la mayoría de los casos provocadas por un mal enganche del bebé al pecho, siendo uno de los principales motivos de abandono de la lactancia materna. Igualmente coincide con nuestros resultados al afirmar que la congestión mamaria suele iniciarse en el segundo día postparto. Así mismo concluye diciendo que:

La bibliografía consultada coincide en la asociación entre los problemas tempranos de las mamas con una técnica inadecuada (...) Se expone la relación de un mal acoplamiento mamario y una técnica inadecuada en la toma con la aparición de grietas en el pezón, congestión mamaria y mastitis. También se concluye que la educación materna prenatal como método de prevención es el mejor tratamiento para estas patologías, campo donde el profesional sanitario desarrolla una labor importante. Por lo tanto, una técnica de amamantamiento correcto constituye la base de una lactancia exitosa y de prevención de problemas mamarios asociados a la lactancia materna como grietas en el pezón, ingurgitación mamaria o mastitis.

Por otro lado, Giugliani (2004), en su estudio, revisa los principales problemas encontrados durante la lactancia materna, e identifica como problemas comunes: la congestión mamaria, dolor en el pezón, infección del pezón, candidiasis, fenómeno de Raynaud, conductos obstruidos, mastitis, absceso mamario y producción insuficiente de leche. Al igual que el resto de autores, resalta el papel crucial que juegan los profesionales de salud en la prevención y el manejo de dichos problemas, siendo imprescindible un mínimo de conocimientos específicos y habilidades para tratarlos.

Problemas con el peso del bebé y suplemento en planta sin indicación médica. Encontramos en nuestros resultados que, las madres que durante su estancia

en la planta de maternidad, recibieron suplemento de suero glucosado o leche artificial para sus bebés, sin que lo hubiera indicado el pediatra, tuvieron más probabilidades de encontrarse con problemas relacionados con el peso del bebé que aquellas madres que no lo recibieron. Chantry et al. (2014), concluyen en su estudio que las prácticas profesionales inapropiadas, como suplementar a un bebé con suero glucosado o leche de fórmula sin indicación médica en la planta de maternidad, se asocia a un riesgo dos veces mayor de no lactar exclusivamente de los 30 a los 60 días, y un riesgo casi tres veces mayor de abandonar la lactancia materna a los 60 días, incluso teniendo intención de lactar durante el embarazo.

Situación laboral de la madre y dudas sobre la incorporación laboral. Las madres que se incorporan a trabajar tras el nacimiento de su hijo dudan sobre si su incorporación laboral será compatible con la lactancia. Ortega et al. (2008), comprueban en su estudio que a medida que se prolonga la baja maternal, se alarga el período de lactancia materna completa y total. Yilmaz et al. (2002) concluyen que con el fin de mejorar las tasas de lactancia en madres trabajadoras, se debería de ampliar el permiso de baja por maternidad y mejorar las condiciones en el trabajo para favorecer la lactancia materna.

Problemas de lactancia y redes de apoyo demandadas. Si analizamos los problemas por separado, en relación con los servicios o profesionales de apoyo a la lactancia a los que acuden las madres que se encuentran con una duda o problema de lactancia, observamos que ciertos problemas tienden a ser resueltos por ciertos profesionales o ciertos servicios. Por lo general encontramos en nuestro estudio, que el profesional más demandado durante el período prenatal es el/la matrn/a y el pediatra durante el periodo postnatal. Los profesionales más demandados son en primer lugar los pediatras de atención primaria, seguidos de los matrones/as de centro de salud, personal de maternidad, grupos de apoyo a la lactancia, médicos de familia, profesionales de paritorio/recuperación, enfermeros o enfermeras de primaria, especialistas en lactancia de consultas tanto privadas como públicas y por último personal de urgencias.

Para resumir diremos que los problemas relacionados con la lactancia (principalmente los derivados de una mala técnica o mal enganche del bebé al pecho

de la madre), influyen negativamente en la duración de la lactancia materna. Los problemas suelen aparecer las primeras semanas tras el nacimiento del bebé, pero las redes de apoyo formales e informales, juegan un papel decisivo para salvar dichos problemas y mejorar los índices de permanencia y exclusividad de la lactancia materna. La mala praxis sanitaria como el hecho de dar suplementos de suero glucosado o leche artificial sin indicación médica influye negativamente en la lactancia. Al igual que los reducidos permisos de maternidad o las malas condiciones laborales que dificultan compatibilizar el trabajo con la lactancia.

2.6. DIMENSIÓN APOYO

Intención de lactar. Demostramos en nuestro estudio, que la intención de lactar durante el embarazo o anteriormente al mismo es dependiente de numerosos factores como son:

- Factores sociodemográficos: **nivel de estudios, edad materna y número de hijos.**
- **El hecho de haber lactado de pequeña.**
- El **grado de satisfacción** con las redes de apoyo a la lactancia disponibles.
- **Información recibida** sobre lactancia materna durante el embarazo incluyendo la educación maternal.

Así diremos que:

- A mayor nivel de estudios, mayor intención de lactar.
- A mayor edad materna, mayor intención de lactar.
- Las madres primerizas tienen menos intención de lactar durante sus embarazos que las madres que tienen más de un hijo. Bautista (1997), obtiene los mismos resultados en su estudio, afirmando que el riesgo de no iniciar la lactancia materna es casi dos veces mayor en primíparas que en multíparas.
- El hecho de que una madre le dé el pecho a su hija, influye positivamente en la decisión de lactar de ésta en el futuro. Como concluye Becerra-Bulla et al. (2015), tener presente el entorno materno es fundamental en la planeación de programas y proyectos que promuevan la lactancia. El apoyo de la madre junto con el de la pareja, se identifican como factores determinantes, que pueden hacer que la experiencia de lactancia sea exitosa o no.

- Las mujeres que durante sus embarazos se proponen dar el pecho a sus hijos, muestran sentirse más satisfechas con los servicios de apoyo a la lactancia materna consultados tras tener a sus hijos.
- Las mujeres que durante el embarazo reciben algún tipo de información sobre lactancia, muestran tener una mayor intención de lactar que aquellas que no reciben o buscan tal información.
- Las embarazadas que reciben educación maternal durante el embarazo, tienen más probabilidades de lactar que aquellas que no la reciben.

Educación maternal y nivel de estudios. Como se demuestra en nuestro estudio y otros como los de Becerra-Bulla et al. (2015) o Marín-Arias & Gutiérrez (2012). A mayor nivel de estudios, mayor interés por la educación maternal y por consiguiente, mayor intención de lactar. Pero la educación maternal también parece relacionarse con la **nacionalidad**, así encontramos que las extranjeras asisten menos a las clases de preparación al parto que las españolas. Por otro lado, se comprueba que las españolas tienen más ayuda para las tareas del hogar que las extranjeras.

Apoyo y consultas. En nuestro estudio se demuestra que, las mujeres que no se sienten apoyadas, consultan menos y por lo tanto, lactan menos tiempo que aquellas que sí se sienten apoyadas. Con esta afirmación queda demostrada la importancia e influencia que tienen las redes de apoyo a la lactancia materna, formales e informales, sobre las madres a la hora de lactar. Igualmente encontramos que las mujeres que no se sienten apoyadas, tienen dudas sobre la calidad de su leche, dudas sobre su capacidad para lactar y dudas sobre si su bebé se queda con hambre. *La falta de apoyo crea inseguridad en las mujeres a la hora de lactar*, como también lo demuestran otros autores como Félix, Martínez & Sotelo (2011) o Avalos-González (2011). Pero la falta de apoyo no solo crea inseguridad, también influye en la práctica del **piel con piel**. Así comprobamos con nuestro estudio que las mujeres que no se sienten apoyadas tienen menos probabilidades de practicar el piel con piel, y por lo tanto de lactar por más tiempo que aquellas que si se sienten apoyadas. El apoyo influye positivamente en la **duración de la lactancia materna**. Las mujeres que se sienten apoyadas en su decisión de lactar, lactan por más tiempo que las que no se sienten apoyadas. Con todo lo anteriormente expuesto, parece que queda claro que el apoyo es indispensable para alcanzar el éxito con la lactancia materna.

Noy, Guzmán & Masalán (2015), concluyen que “*El apoyo de una persona cercana es el factor reforzador más significativo para la prolongación de la lactancia en las madres estudiadas*”. Por otro lado, Renfrew et al. (2012), afirman en su estudio, que todas las mujeres deberían recibir apoyo a la lactancia para mejorar la duración y exclusividad de ésta. El apoyo ha demostrado ser la estrategia más efectiva para conseguir altos índices de iniciación de la lactancia, por lo que los servicios de apoyo a la lactancia se hacen indispensables en todos los sistemas de salud. El apoyo a la lactancia debería de ofrecerse tanto por parte de los profesionales sanitarios como por parte de los grupos de apoyo a la lactancia, tal vez sea la combinación del apoyo formal e informal, la clave del éxito. Las estrategias que se basan principalmente en el apoyo cara a cara son las más efectivas. Las estrategias o servicios que no proporcionan un contacto directo en el que la madre se pueda expresar y comunicar libremente teniendo una respuesta empática y directa por parte de la persona que le está atendiendo, es poco probable que sean efectivas. Las mujeres deberían de recibir visitas periódicas por parte de algún profesional o grupo de apoyo, para asegurar que el apoyo es continuo y accesible. El apoyo debe de adaptarse a las necesidades del entorno y del grupo al que va dirigido.

De igual modo un apoyo profesional inadecuado, puede repercutir muy negativamente en la lactancia materna. Ya que como concluyen los autores McInnes & Chambers (2008). La falta de unanimidad a la hora de dar consejos sobre lactancia, consejos contradictorios, la falta de disponibilidad de los profesionales sanitarios y la carga asistencial, hacen que las madres perciban los servicios recibidos como desfavorables. En este estudio, las madres evaluaban el apoyo recibido y consideraron el apoyo social como más importante y útil que el apoyo procedente de los servicios de salud. Los autores proponen cambios para mejorar los servicios de salud, enfocando sus actividades a las necesidades concretas de la población, así como exigir un mínimo de formación sobre lactancia para los profesionales que están en contacto con lactantes.

Sanabria et al. (2005), evaluaron las redes de apoyo a la lactancia en cuatro servicios de referencia neonatal de Chile, y concluyeron que hay que incidir en una mayor educación maternal, más accesible y cercana, ya que muchas madres pierden esta formación durante el periodo prenatal. Así mismo, encuentran dificultades en la

práctica, encontrando un porcentaje muy alto de problemas referentes a una correcta técnica para amamantar, derivando de éste, numerosos problemas que aparecen a raíz de un mal enganche del bebé al pecho, los primeros días tras el nacimiento. Este hecho se podría evitar con una correcta atención por parte de los profesionales sanitarios especialistas en lactancia. El seguimiento es igualmente necesario y el apoyo a la lactancia ha de ser continuo y accesible para todas las madres por igual.

Álvarez et al. (2002), concluyen en su estudio que: *“Nuestra maternidad no dispone de alojamiento conjunto madre-hijo, la mayoría de nuestros lactantes reciben biberón de suero glucosado e incluso de leche, y durante muchas horas del día, los lactantes quedan solo con cuidados de personal auxiliar de enfermería, en ocasiones no fijo, por lo que resulta difícil mantener el entrenamiento deseado”*.

Por otro lado, Palomares-Gimeno et al. (2011), también coinciden en la necesidad de mejorar los servicios de apoyo a la lactancia materna, concluyendo que *“Se precisan mayores esfuerzos y coordinación para avanzar en la dirección propuesta por la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento para hospitales y centros de salud”*. Igualmente reconocen con el resto de autores al afirmar que las intervenciones destinadas a poyar la lactancia materna son muy efectivas y consiguen resultados muy positivos para la salud de la población.

Después de todo lo anteriormente expuesto, parece que existe unanimidad a la hora de reconocer que el apoyo a la lactancia materna es muy necesario y efectivo. Con nuestro estudio queda comprobado que los factores relacionados con el apoyo, que favorecen la lactancia materna en términos de permanencia y exclusividad son:

- Haber lactado de pequeña.
- Tener más de un hijo.
- Tener estudios universitarios concluidos.
- Ser mayor de 36 años.
- Haber recibido información relativa a la lactancia durante el embarazo.
- Haber asistido a las clases de preparación al parto.
- Sentirse apoyada en su decisión de lactar (apoyo formal e informal).

Para sintetizar especificaremos que el apoyo formal e informal, influye positivamente en la duración de la lactancia materna, así como la falta de apoyo crea inseguridad en las mujeres a la hora de lactar.

CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA

CONCLUSIONES

Con la intención de responder al los objetivos, general y específicos que planteamos al comienzo de nuestra investigación, a continuación pasaremos a enumerar las principales conclusiones obtenidas a raíz de nuestro estudio. La conclusión 1 responde al objetivo general, y a partir de los cinco objetivos específicos, se extraen las conclusiones 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 y 2.5.

CONCLUSIÓN 1.

Las madres que consultan sus dudas o problemas de lactancia con profesionales sanitarios y/o grupos de apoyo a la lactancia, dan el pecho más tiempo que aquellas que no consultan. Las madres que buscan apoyo tienen más posibilidades de lactar exclusivamente hasta los 6 meses o más, que las madres que no buscan tal apoyo. De tal modo concluimos, que **las redes de apoyo a la lactancia materna influyen positivamente en la permanencia y duración de ésta.**

CONCLUSIÓN 2.1.

La media total para las 9 afirmaciones que miden el grado de satisfacción es de un 3,48 sobre 5. Se constata que la mayoría de las encuestadas, se consideran satisfechas o muy satisfechas con los servicios o profesionales de apoyo a la lactancia consultados, les parecen necesarias las redes de apoyo y las recomendarían a amigos o familiares. Con lo que podemos concluir que **el grado de satisfacción percibida por las usuarias de los servicios o redes de apoyo a la lactancia, es notable.**

CONCLUSIÓN 2.2.

Se comprueba que los profesionales más demandados son en primer lugar los pediatras de atención primaria, seguidos de los matrones/as de centro de salud, personal de maternidad, grupos de apoyo a la lactancia, médicos de familia, profesionales de paritorio/recuperación, enfermeros o enfermeras de primaria, especialistas en lactancia de consultas tanto privadas como públicas y por último personal de urgencias. **Por tanto, el profesional más demandado durante el período prenatal es el matrn/a, y el pediatra durante el periodo postnatal.**

CONCLUSIÓN 2.3.

Se evidencia que las experiencias anteriores que favorecen una mayor duración e incidencia de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida del bebé son: **la práctica del piel con piel, el inicio precoz de la lactancia materna tras el nacimiento, el parto eutócico, el embarazo único, el no uso de analgesia epidural, el no ingreso del recién nacido en el servicio de neonatos y una experiencia de lactancia anterior positiva.**

CONCLUSIÓN 2.4.

La mayoría de las madres reconocen haber tenido algún problema relacionado con la lactancia. Los problemas más frecuentes encontrados son, en primer lugar, **las grietas, seguidas del cansancio, las dudas sobre si el bebé se quedaba con hambre, dolor, mal enganche, dudas sobre la postura o técnica para amamantar y dudas sobre calidad de la leche o capacidad para lactar.** Los problemas aparecen mayoritariamente durante las **tres primeras semanas tras el nacimiento del bebé,** pero en ese periodo, el porcentaje más alto se concentra en el primer día tras el nacimiento.

CONCLUSIÓN 2.5.

El apoyo formal e informal, influye positivamente en la duración y exclusividad de la lactancia materna, así como la falta de apoyo crea inseguridad en las mujeres a la hora de lactar. Los factores que influyen positivamente en la decisión de lactar durante el embarazo o anteriormente al mismo son: haber lactado de pequeña, tener más de un hijo, tener estudios universitarios concluidos, ser mayor de 36 años, haber recibido información relativa a la lactancia durante el embarazo, haber asistido a las clases de preparación al parto y sentirse apoyada en la decisión de lactar.

Por lo que se confirma la hipótesis planteada al inicio de nuestro estudio: “El impacto que ejercen las redes de apoyo a la lactancia materna sobre las mujeres que lactan es satisfactorio”.

PROSPECTIVA

A tenor de los resultados hallados en la investigación, se plantea la posibilidad de futuras líneas de investigación o prospectiva en relación a nuestro tema de estudio:

- Se realizará un estudio multicéntrico, comenzando a nivel Regional, haciéndolo extensivo a los Hospitales Maternales de la Región de Murcia (Hospital Virgen del Castillo, Hospital Universitario Rafael Méndez, Hospital Comarcal del Noroeste, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor y Hospital General Universitario Santa Lucía), para posteriormente extrapolarlo al resto de Hospitales Maternales del Territorio Nacional.
- Se elaborará un proyecto dirigido al Servicio Murciano de Salud, en el que se incluirá formación específica sobre lactancia materna, destinada a aquellos profesionales que estén en contacto con lactantes. Igualmente se propondrá reconocer el papel del IBCLC como experto en lactancia dentro del equipo de salud, asegurando servicios de apoyo a la lactancia materna accesibles, adaptados a la población y cercanos, en los que se oferte un seguimiento apropiado para todas las mujeres con intención de lactar.
- Se propondrá a la Gerencia de Atención Primaria de Salud, incluir dentro de sus servicios, iniciativas de apoyo a la lactancia materna, en las que se combine el apoyo formal e informal, como es el caso del Baby Café, así como fomentar las consultas de lactancia lideradas por matronas en todos los Hospitales Maternales de la Región, todos los días de la semana y en horario de mañana y tarde.

Para finalizar con esta tesis doctoral, me gustaría resaltar el papel fundamental que ejercen las redes formales e informales de apoyo a la lactancia materna para las madres que lactan. Se hacen necesarias unas buenas políticas y estrategias de actuación que apoyen, protejan y promuevan la lactancia materna, para mejorar el problema de salud con el que nos encontramos en la actualidad. Debemos de unir fuerzas para seguir mejorando y avanzando en este sentido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- AEP. (2012). *Preguntas frecuentes sobre lactancia. Comité de Lactancia Materna*. Recuperado de <http://www.aeped.es/sites/default/files/201203-preguntas-frecuentes-actualizado-feb2015.pdf>.
- Aguilar Cordero, M. J., Sáez Martín, I., Menor Rodríguez, M. J., Mur Villar, N., Expósito Ruiz, M.,...Hervás Pérez, A. (2013). Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. *Nutrición Hospitalaria*, 28(3), 920-6. DOI: 10.3305/nh.2013.28.3.6395.
- Aguilar Cordero, M. J. (2005). *Lactancia Materna*. Madrid: Elsevier.
- Alvarado, L., Guarín, L. & Cañón-Montañez, W. (2011). Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la Unidad Materno Infantil. *CUIDARTE Revista de Investigación de Enfermería UDES*, 195-201.
- Álvarez, I. F., Pacios, D. L., Rodríguez, M. J., Martínez, A. G., Álvarez, A. C., Franco, M. B. & Pérez, R. L. (2002). Factores relacionados con la lactancia materna. *Revista pediátrica de atención primaria*, 4(16).
- Andaya, E., Bonuck, K., Barnett, J., Lischewski-Goel, J. (2012). Perceptions of primary care-based breastfeeding promotion interventions: qualitative analysis of randomized controlled trial participant interviews. *Breastfeeding Medicine : the Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 7(6), 417-22. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22621223>.

- Avalos-González, M. M. (2011). Behavior of some biosocial factors related to breastfeeding in babies aged less than 1 year. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 27(3), 323– 31. Recuperado de <http://goo.gl/tL9TYQ>.
- Ávila, M. L. (2005). Lactancia Materna y uso de Leche Humana. *Acta pediátrica Costarrica*, 19(1), 35-8. Recuperado de: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00902005000100008&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1409-0090.
- AWHONN. (2000). *Evidence based Guía clinical practice guideline. Breastfeeding support prenatal care through the first year*. Recuperado de www.guidelines.gov
- Bautista, L. E. (1997). Factors associated with initiation of breast-feeding in the Dominican Republic. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2(2), 107-14. Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891997000800003&lng=en&tlng=en
- Becerra Bulla, F., Rocha Calderón, L., Fonseca Silva, D. M. & Bermúdez Gordillo, L. A. (2015). El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. *Rev Fac Med*, 63(2), 217-27. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.44051>
- Bee, A. M. & Legge, S. (1995). Adopción del rol maternal de Ramona Mercer. *Modelos y Teorías de Enfermería*. 391-406.
- Bengochea, A. M., Geraldine, G. P. (2011). *Lactancia materna: apuntes históricos y socio-antropológicos en la cuna del hambre*. Buenos Aires: Dirección General de la Mujer, Subsecretaría de Promoción Social. Ministerio de Desarrollo Social de Buenos Aires.
- Bodribo, W., Kruske, S. & Miller, Y. D. (2012). Baby-Friendly Hospital Accreditation, In Hospital Care Practices, and Breastfeeding. *Pediatrics: Official Journal of the American Academy of Pediatrics*. DOI: 10.1542/peds.2012-2556.

- Bonuck, K. A., Trombley, M., Freeman, K. & McKee, D. (2005). Randomized controlled trial of a prenatal and postnatal lactation consultant intervention on duration and intensity of breastfeeding up to 12 months. *Pediatrics*, 116(6), 1413-26. DOI: 10.1542/peds.2005-0435.
- Britton, C., McCormick, F. M., Renfrew, M. J., Wade, A., King, S. E. (2007). Apoyo para las madres que amamantan. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas*. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub3.
- Brown, V., Neumann, C., Sanders-Smith, M. & Snyder, L. (1994). *Mid-term evaluation executive summary: Wellstart International's expanded promotion of breastfeeding program*. Division of Nutrition and Maternal Health USAID.
- Castrucci, B. C., Hoover, K. L., Lim, S., Maus, K. C. (2006). A comparison of breastfeeding rates in urban birth cohort among women delivering infants at hospitals that employ and do not employ lactation consultant. *J Public Health Management Practice*. 12(6), 578-85. Recuperado de http://www.unboundmedicine.com/medline/citation/17041307/A_comparison_of_breastfeeding_rates_in_a
- Cattaneo, A., Yngve, A., Kolwtzko, B., Guzmán, L. R. (2005). Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr*. 8(1), 39-46.
- Cerdá Muñoz, L. (2011). Lactancia materna y gestión del cuidado. *Rev. Cubana Enfermería* 27(4), 327-336 . Recuperado de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000400010&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-0319.
- Chantry, C. J., Dewey, K. G., Peerson, J. M., Wagner, E. A. & Nommsen-Rivers, L. A. (2014). In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breastfeed. *J Pediatr*, 164(6), 1339-45.e5. DOI: 10.1016/j.jpeds.2013.12.035.

- Chaput, K. H., Adair, C. E., Nettel Aguirre, A., Musto, R., & Tough, S. C. (2015). The experience of nursing women with breastfeeding support: a qualitative inquiry. *CMAJ Open*, 3(3), E305–9. DOI: 10.9778/cmajo.20140113
- Chesterton, G. K. (1941). *Las quintaesencias*. Madrid: Ediciones de la Gacela.
- Chin, L. Y. & Amir, L. H. (2008). Survey of patient satisfaction with the Breastfeeding Education and Support Services of The Royal Women's Hospital, Melbourne. *BMC Health Services Research*, 8, 83. DOI:10.1186/1472-6963-8-83.
- Comisión Europea. Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos. (2004). *Proyecto de la U.E sobre la Promoción de la Lactancia en Europa: Plan estratégico para la acción*. Luxemburgo. Recuperado de http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm
- Comité de Lactancia Materna de la AEP. (1999). Informe técnico sobre la lactancia materna en España. *Anales de Pediatría*, 50, 333-40.
- Comité de Lactancia Materna de la AEP. (2004). *Lactancia Materna: guía para profesionales*. Madrid: Monografías de la AEP. Recuperado de: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. (2005). *La Lactancia Materna en Andalucía. Resultados del Estudio de prevalencia materna en Andalucía y los factores asociados a su duración en el primer año de vida*. Andalucía: Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/lactancia_andalucia.pdf
- Díaz, C. E., López, R., Herrera, I., Arena, D., Giraldo, C. & Gonzáles, L. (2011). Factors associated with breastfeeding in children less than one year of age

in the city of Cartagena, Colombia. *Colombia Médica*, 42(2, Suppl. 1), 26-34. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342011000500004&lng=en&tlng=en

Dodgson, J. E., Watkins, A. L. & Choi, M. (2010). Evaluation of supportive breastfeeding hospital practices: a community perspective. *Av.enferm*, 28(2), 17-30. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002010000200002&lng=en&nrm=Iso. ISSN 0121-4500.

Estéves, T. M. (2014). Factors associated to breastfeeding in the first hour of life: systematic review. *Rev. Saúde Pública*, 48(4), 697-708. DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048005278.

Estévez González, M. D., Martell Cebrián, D., Medina Santana, R., García Villanueva, E. & Saavedra Santana, P. (2002). Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *Anales de Pediatría*, 56, 144-50.

European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment. (2008). *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action*. Luxemburgo: IRCCS Burlo Garofolo. Recuperado de <http://www.aeped.es/sites/default/files/6-newblueprintprinter.pdf>

Félix, V. J., Martínez, C. E. & Sotelo, H. E. (2011). Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Pediatría de México*, 13(2), 47-56. Recuperado de <http://goo.gl/gP5eEy>.

Fernández Medina, I. M. & González Fernández, C. T. (2013). Lactancia materna: prevención de problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz. *Enferm. Glob*, 12(31), 443-51 . Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300023&lng=es&nrm=iso. ISSN 1695-6141.

Forster, D. A., Johns, H. M., McLachlan, H. L., Moorhead, A. M., McEgan, K. M. & Amir, L. H. (2015). Feeding infants directly at the breast during the postpartum hospital stay is associated with increased breastfeeding at 6

months postpartum: a prospective cohort study. *BMJ*, 5(5), e007512. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-007512.

Gallardo Ferrada, A. & Reynaldos Grandon, K. (2014). Calidad de servicio: satisfacción usuaria desde la perspectiva de enfermería. *Enfermería Global*, 13(36), 353-63. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400020&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1695-6141.

Gandarias, E. A., Núñez Galán, A., Vaillant Suárez, G. (1996). El inicio de la lactancia materna durante el alumbramiento en los meses de enero a mayo de 1995, en el Hospital Materno Norte, Santiago de Cuba. *Revista Cubana de Enfermería*, 12 (1).

García de León, R. (2000). *Hasta que tú quieras*. Anexo 1. Ficha de recogida de Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Yecla (Murcia). Recuperado de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/BBPP_2014/BBPP_APYSR_Murcia_1.pdf

García Méndez, J. A. (2010). *Eficacia diferencial de los programas de apoyo a madres con intención de lactar sobre la exclusividad y duración de la lactancia materna: un estudio meta-analítico*. (Disertación doctoral). Recuperado de la base de datos TDR (Localización: urn:isban:9788469380277).

Garten, L. M., Morton, J., Lawrence, R. A., Naylor, A. J., O'Hare, D.,... Schanler, R. J. (2005). American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, 115, 496-506. Recuperado de <http://pediatrics.org/cgi/content/full/115/2/496>

Geijo, M. J. (2007). *Lactancia Materna*. Madrid: Las Margaritas.

Giugliani, E. R. J. (2004). Common problems during lactation and their management. *Jornal de Pediatria*, 80(5), s147-54. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000700006&lng=en&tlng=en.

- Gómez Biedma, S., Vivo, M. & Soria, E. (2001). Pruebas de significación en Bioestadística. *Rev Diagn Biol*, 50(4), n.4, 207-18 . Recuperado de <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-79732001000400008&lng=es&nrm=iso>
- Gómez González, R. (2013). Progresión de la lactancia materna en un centro de salud. *ENE, Revista De Enfermería*, 7(2). Recuperado de <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/239>
- Hernández Aguilar, M. T. & Aguayo Maldonado, J. (2005). La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. *Anales de Pediatría*, 63(4), 340-56. DOI: 10.1157/13079817
- Hernández Aguilar, M. T. & Aguayo Maldonado, J. (2008). Resumen de La lactancia materna: Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. *Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP*. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/busquedadoc?t=LACTANCIA+MATERNA+AEP&db=1&td=todo> ISBN: 84-7903-972-8.
- Hernández Gamboa, E. (2008). Genealogía histórica de la lactancia materna. *Revista de Enfermería Actual en Costa Rica*, 15, 1409-4568.
- Herrera-Gómez, A., García-Martínez, O., Ramos-Torrecillas, J., De Luna-Bertos, E., Ruiz, C. & Ocaña-Peinado, F. M. (2015). Retrospective study of the association between epidural analgesia during labour and complications for the newborn. *Midwifery*, 31(6), 613-6. DOI: 10.1016/j.midw.2015.02.013. Epub 2015 Mar 11
- Hodnett, E. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), 160-72.
- Hongo, H., Nanishi, K., Shibamura, A., Jimba, M. (2015). Is baby-friendly breastfeeding support in maternity hospitals associated with breastfeeding

satisfaction among Japanese mothers?. *Matern Child Health J*, 19(6), 1252-62. DOI: 10.1007/s10995-014-1631-8.

Humenick, S. S., Hill, P. D., Spiegelberg, P. L. (1998). Breastfeeding and health professional encouragement. *J Hum Lact.*14(4), 305-10. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10205449>

IBLCE. (2012). *Guía para la postulación al examen 2013: Elaborada para los individuos que tienen previsto postularse para el examen de IBCLC 2013.* Recuperado de http://europe.iblce.org/upload/Candidate%20Information/Spanish/CandidateInformationGuide_2013_Spanish.pdf

ICDC & IBFAN. (2005). *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Lactancia Materna y Resoluciones relevantes.* Malasia: ICDC & IBFAN. Recuperado de <http://www.aeped.es/sites/default/files/1-codigopaho.pdf>

IHAN. (2011). *Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Informes, Estudios e Investigación.* Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Centro de Publicaciones. Recuperado de <https://www.ihan.es/cd/documentos/IHAN.pdf>

ILCA. (1997). *Evidence-based guidelines for breastfeeding management during the first fourteen days.* Recuperado de www.guidelines.gov

ILCA. (2011). *The Role and Impact of the IBCLC.* Recuperado de http://www.ilca.org/custom404?url=%2ffiles%2fresources%2filca_publications%2frole++impact+of+the+ibclc-webfinal_08-15-11.pdf

INSS & AEP. (2008). *Orientaciones para la valoración del riesgo laboral durante la lactancia natural.* Recuperado de <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/113410.pdf>

INSS (2015). *Situaciones protegidas. Beneficiario. Requisitos.* Recuperado de http://www.seg-social.es/Internet_1

/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Maternidad/RegimenGeneral/Situacionesprotegidas28301/index.htm

- Juan Pablo II. (2004). *Cartas a las mujeres, las familias, los niños, los jóvenes y los ancianos*. Bilbao: Ediciones Palabra.
- Kutlucan, L., Seker, İ. S., Demiraran, Y., Ersoy, Ö., Karagöz, İ., Sezen, G. & Köse, S. A. (2014). Effects of different anesthesia protocols on lactation in the postpartum period. *J Turk Ger Gynecol Assoc*, 15(4), 233-8. DOI: 10.5152/jtgga.2014.14111.
- Labbok, M. H. (2007). Aleitamento materno e a iniciativa hospital amigo da criança: mais importante e com mais evidências do que nunca. *Jornal de Pediatria*, 83(2), 99-101. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572007000200002&lng=en&tlng=pt.
- Lamontagne, C., Hamelin, A. M. & St-Pietre, M. (2008). The breastfeeding experience of woman with major difficulties who use the services of a breastfeeding clinic: a descriptive study. *Int Breastfeed J*. 3,17. DOI: 10.1186/1746-4358-3-17.
- Lancet. (1994). *A warm chain for breastfeeding*. 344(8932), 1239-41.
- Lawlor Smith, C., McIntyre, E., Bruce, J. (1997). Effective breastfeeding support in a general practice. *Aust Fam Physician*. 26(5), 573-80. Recuperado de http://www.medscape.com/viewarticle/583517_3
- Lawrence. R. A., Lawrence, R. M. (2007). *Breastfeeding. A guide for the medical profession*. Edición en español de la 6ª edición de la obra original en inglés. Madrid: Elsevier.
- Leahy-Warren, P., Mulcahy, H., MComm, A. P. (2009). *A Review of the Breastfeeding Support Services Provided by Public Health Nurses in Ireland*. UCC. Recuperado de https://www.breastfeeding.ie/uploads/files/Review_of_Breastfeeding_Support_Services_2009.pdf.

- Levin, A. (1999). Humane Neonatal Care Initiative. *Acta Paediatr*, 88(4), 353-5.
- Lu, M. C., Lange, L, Slusser, W, Hamilton, J, Halfon, N. (2001). Provider encouragement of breast-feeding: evidence from a national survey. *Obstet Gynecol*. Recuperado de http://publichealth.lacounty.gov/mch/MCAH%20Data%20Resources/Health%20brief%20files/Provider%20Encouragement_Brief_final.pdf
- MacVicar, S., & Wilcock, S. (2013). The effectiveness and maternal satisfaction of interventions supporting the establishment of breast-feeding for women from disadvantaged groups: a comprehensive systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* , 11(8), 48 - 63. DOI:10.11124/jbisrir-2013-931.
- Marín-Arias, L., Gutiérrez, O. Y. (2012). Percepciones de las madres lactantes sobre el apoyo recibido durante el amamantamiento de sus hijos. *Nutr Hosp*, 27(supl 3), 79. Recuperado de <http://goo.gl/AbzMsy>.
- Martínez Galiano, J. M. & Delgado Rodríguez, M. (2013). El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. *Rev. Assoc. Med. Bras*, 59(3), 254-7. DOI: 10.1016/j.ramb.2012.12.001.
- Martínez Galiano, J. M. (2012). Impacto del Programa de Educación Maternal sobre la Madre y el Recién Nacido (Disertación doctoral). Universidad de Granada. Recuperado de <http://0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/21277709.pdf>
- McInnes, R. J. & Chambers, J. A. (2008). Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. *J Adv Nurs*, 62(4), 407-27. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04618.x.
- Mercé Gratacòs, J., Iglesias Niubó, J. & Ariño Cedo, F. (2001). Lactancia materna en el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen es su elección y mantenimiento. *Anales de Pediatría*, 5, 297-302.

- Mercer, R. T. (2004). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226-32.
- Mercer, R. T. (2006). Nursing Support of the Process of Becoming a Mother. *JOGNN Clinical Issues*, 35(5), 649-51.
- Merewood, A. (2006). Race, Ethnicity, and Breastfeeding. *Pediatrics*, 118(4), 1742-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2006-2161>.
- Minde, K. (1980). Self- help groups in a premature nursery. Evaluation. *Journals Pediatrics*, 96, 933-40.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *IHAN Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Centro de Publicaciones. Recuperado de <https://www.ihan.es/cd/documentos/IHAN.pdf>
- Monzo, M., Fabregat Ferrer, E., Gutierrez Sigler, M. D. & Soriano Faura, J. (2014). Assistance on the first 48 hours after discharge from maternity in Primary Care Practice. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 16(62), 117-24. DOI: 10.4321/S1139-76322014000300004.
- Moore, E. R. & Anderson, G. C. (2010). Randomized Controlled Trial of Very Early Mother-Infant Skin-to-Skin Contact and Breastfeeding Status. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(2), 116-25. DOI: 10.1016/j.jmwh.2006.12.002
- Niño M. R., Silva, E. G. & Atalah, S. E. (2012). Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Revista chilena de pediatría*, 83(2), 161-9. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062012000200007&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0370-41062012000200007.
- Noy, S. E., Guzmán, P. P. & Masalán, P. (1998). Lactancia materna: impacto de la consulta de apoyo a la madre que trabaja. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6(3), 61-70. Recuperado de <http://www.scielo.br/scielo>.

php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000300008&lng=en&tlng=es.

Oliver Roig, A., Richart Martínez, M., Cabrero García, J., Pérez Hoyos, S., Laguna Navidad, G., Flores Álvarez, J. C.,...García de León González, R. (2010). Factores asociados al abandono de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(3). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_12.pdfASENSI

OMS, CONALMA & Comisión Nacional de Lactancia Materna. (2013). *Declaración Comisión Nacional de Lactancia Materna 2013: "Apoyo a las madres que amamantan cercano, continuo y oportuno!"*. Recuperado de <http://www.paho.org/blogs/chile/?p=321>

OMS & PAHO. (2003). *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*. Washington, DC: OMS & PAHO. Recuperado de http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/COMITÉ/Guiding_Principles_CF.pdf.

OMS, UNICEF & OPS. (2013). *Protocolo Grupo Interagencial de Monitoreo de la Lactancia Materna (IGBM) para Estimar la Prevalencia de Violaciones al Código Internacional de los Sucédanos de la Leche Materna y Medidas Nacionales*. Washington D. C: OMS, UNICEF & OPS. Recuperado de http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:YDO_LyiCe48J:www.paho.org/hq/index.php?option%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D24476%26Itemid%3D270%26lang%3Den+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=es

OMS & UNICEF. (1989). *Declaración conjunta OMS y UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.who.int/nutrition/publications/gf_infant_feeding_text_spa.pdf

OMS & UNICEF. (1990). *Declaración de Innocenti. Sobre la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna*. Florencia: OMS & UNICEF.

Recuperado de https://www.ihan.es/cd/documentos/Declaracion_innocenti_1990.pdf

OMS & UNICEF. (2003). *Estrategia Mundial de Alimentación al Lactante y al Niño Pequeño*. Ginebra: OMS & UNICEF. Recuperado de: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243562215.pdf> (1-8-14)

OMS. (1982). *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna*. Genève: OMS. Recuperado de <http://www.aeped.es/sites/default/files/1-codigopaho.pdf>

OMS. (1989). *Educación para la salud. Manual sobre Educación Sanitaria en Atención Primaria de Salud*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38660?locale=es>

OMS. (1998). *Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural*. Ginebra: División de salud y desarrollo del niño. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67858/1/WHO_CHD_98.9_spa.pdf

OMS. (2002). *Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/g_s_infant_feeding_spa.pdf.

OMS. (2005). *Principios de orientación para la alimentación de niños no amamantados entre los 6 y los 24 meses de edad*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789275327951_spa.pdf.

OMS. (2007). *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.* Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44156/1/9789243596662_spa.pdf

- OMS. (2012). *65ª Asamblea Mundial de la Salud*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65-REC1/A65_REC1-sp.pdf
- OMS. (2014). *Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño: elaboración del conjunto básico de indicadores*. Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_9-sp.pdf?ua=1
- OMS. (2014). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/
- ONU. (1990). *Convención sobre los derechos del niño*. Ginebra: Asamblea General en su Resolución. Recuperado de [http://www.unicef.org/panama/spanish/convencion\(3\).pdf](http://www.unicef.org/panama/spanish/convencion(3).pdf)
- Ortega, J. A., Pastor Torres, E., Martínez Lorente, I., Bosch Giménez, V. M. & Quesada López, J. J. (2008). Proyecto Malama en la Región de Murcia (España). *Anales de pediatría*, 68(5), 447-53.
- Palomares Gimeno, M. J., Fabregat Ferrer E., Folch Manuel S., Escrig García B., Escóin Peña F., Gil Segarra C. (2011). Apoyo a la lactancia materna en una zona básica de salud; prevalencia y factores sociosanitarios relacionados. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 13, 47-62. Recuperado de http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_I_xus5l_LjPq5MY8tQoQkuAtZTCoR-CGB#bibliografia.
- Palomares Gimeno, M. J. (2011). Apoyo a la lactancia materna en una zona básica de salud; prevalencia y factores sociosanitarios relacionados. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 13(49), 47-62. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000100005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1139-7632.
- Passarelli, I. (2009). *Lactancia materna: su importancia en los primeros seis meses de vida*. Buenos Aires: Centro de Estudios Internacionales para el Desarrollo (CEID).

- Pastore, M. T. & Nelson, A. (1997). A Breastfeeding Drop-In Centre Survey Evaluation. *J Hum Lact.* 13, 291-8. Recuperado de <http://jhl.sagepub.com/content/13/4/291.short>
- PEHSU. (2009). *Memoria de Actividades 2009*. Murcia. Recuperado de <http://www.pehsu.org/wp/pdf/memo/memopehsu09.pdf>
- Pérez Escamilla, R., Pollitt, E., Lönnerdal, B. & Dewey, K. G. (1994). Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: an analytic overview. *Am J Public Health*, 84, 89-97.
- Prendes Labrada, M. C., Vivanco del Rio, M., Gutiérrez González, R. M. & Guibert Reyes, W. (1999). Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 15(4), 397-402. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400009&lng=es&nrm=iso. ISSN 1561-3038.
- Prieto Gómez, R. & Baeza Weinmann, B. (2013). Breastfeeding: Prevalence of nipple cracking and pain in breastfeeding mothers in the Araucanía region, Temuco, Chile: 2010-2011. *Rev Colomb Obstet Ginecol*, 64(3), 229-33. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342013000300003&lng=en&nrm=iso. ISSN 0034-7434.
- Quarles, A., Williams, P. D., Hoyle, D. A., Brimeyer, M., Williams, A. R. (1994). Mothers' intention, age, ducation and the duration and management of breastfeeding. *Matern Child Nurse.* 22(3), 102-8. Recuperado de http://www.acponline.org/clinical_information/journals_publications/ecp/mayjun00/deshpande.pdf
- Renfrew, M. J., McCormick, F. M., Wade, A., Quinn, B. & Dowswell, T. (2012). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub4

- Rengel-Díaz, C., Morales-Asencio, J. M. & Labajos-Manzanares, M. T. (2013). El contacto piel a piel con padres y su efecto sobre la lactancia materna. Un ensayo clínico no aleatorizado . *Revista cuidándote digital*, 3. Recuperado de http://revistacuidandote.eu/fileadmin/VOLUMENES/2013/Volumen5/Articulos/1CONTACTO_PIEL_A_PIEL.....pdf
- Righard, L. (1996). Early enhancement of successful breast-feeding. *World Health Forum*, 17, 92.
- Riquelme, M., Villegas, V. y López, P. (1992). Estudios de los factores que influyen sobre la elección y duración de la lactancia materna. *Anales de Pediatría*, 36, 382-6.
- Rishel, P. E., Sweeney, P. (2005) Comparison of breastfeeding rates among women delivering infants in military treatment facilities with and without lactation consultants. *Mil Med*, 170(5), 435-8. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15974214>.
- Roca Soriano, F. (2006). *Grupos de ayuda mutua*. En Colomer, C.; Álvarez- Dardet, C. *Promoción de la salud y cambio social* (pp.77- 88). Barcelona: Elsevier Masson.
- Rodríguez Castilla, F. (2009). *Educación y problemas de la lactancia materna*. Madrid: Formación Continuada Logoss.
- Rodríguez Delgado, C. R., Prieto Herrera, M. E., Payan Morell, M. & Quesada Miranda, M. M. (2010). Intervención educativa sobre lactancia materna. *AMC*, 14(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000300005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1025-0255.
- Rodríguez Román, R. (2011). . Contacto piel con piel madre/ hijo con acompañamiento en cesáreas programadas: su efecto en la lactancia materna exclusiva. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Matronas*, 3(3), 234-56. Recuperado de <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/743/760>

- Sadler, L., Davison, T., McCowan, L. (2001). Maternal satisfaction with active management of labor: A randomized controlled trial. *Birth*, 28(4), 225-35.
- Sanabria, M., Coronel, J., Díaz, C., Salinas, C. & Sartori, J. (2005). Perfil de la lactancia materna en cuatro servicios de referencia neonatal. *Revista chilena de pediatría*, 76(5), 530-5. DOI: 10.4067/S0370-41062005000500013.
- Scanlon, K. S. & Chen, J. (2010). Racial and Ethnic Differences in Breastfeeding Initiation and Duration, by State National Immunization Survey. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report* , 59(11). Recuperado de <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm5911.pdf>
- Sebastian Vivente, P. (2013). *Los grupos de apoyo a la lactancia materna como iniciativas de promoción de la salud en la comunidad: un estudio descriptivo en la Región de Murcia* (Disertación doctoral). Recuperado de la base de datos TDR (<http://hdl.handle.net/10803/131007>).
- Sendrail, M. (1983). *El siglo de la enfermedad contagiosa* (pp. 307-28). Madrid: Historia cultural de la enfermedad.
- SNS. (2013). *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud de España. Región de Murcia*. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Informeannual2013/Murcia.pdf>.
- Stefiuk, W., Green, K. L., Turnell, R., Smith, B. (2002). Process evaluation of the Saskatoon breastfeeding centre. *J Hum Lact*. 18(1), 29-37. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11845734>
- Suárez Cortés, M., Armero Barranco, D., Canteras Jordana, M. & Martínez Roche, M. E. (2015). Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 520-6. DOI: 10.1590/0104-1169.0067.2583

- Suárez Gil, P., Alonso Lorenzo, J. C., López Díaz, A. J., Martín Rodríguez, D., Martínez Suárez, M. M. (2001). Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias. *Gaceta Sanitaria*, 15(2), 104-10.
- Taddei, J. A., Carrazedo, A., Westphal, M. F., Venancio, S., Bogus, C. & Souza, S. (2000). Breastfeeding training for health professionals and resultant changes in breastfeeding duration. *Sao Paulo Medical Journal*, 118(6), 185-91. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802000000600007&lng=en&tlng=en.
- Thurman, S. E., Allen, P. J. (2008). Integrating lactation consultants into primary health care services: are lactation consultants affecting breastfeeding success?. *Pediatric Nurse*, 34(5), 419-25. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19051846>.
- Torres, J. M. (2013). Breast milk and labour support: lactation consultants' and doulas' strategies for navigating the medical context of maternity care. Department of Sociology, University of Michigan, Ann Arbor MI, United States. *Social Health*. Doi: 10.1111/1467-9566.12010.
- Trojan, A. (1989). Benefits of self- help groups: a survey of 232 members from 65 disease- related groups. *Soc sci Med*, 29(2), 225-32. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2749303>
- UNICEF. (1995). *La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. Extraído y adaptado de Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud. Comisión de Lactancia MINSAL, UNICEF.* Chile: Ministerio de Salud de Chile. Recuperado de <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%201beneficios%20manual.pdf>
- UNICEF. (2005). *Declaración de Innocenti del 2005. Sobre la Alimentación de Lactantes y Niños Pequeños.* Florencia: UNICEF, WHO, WABA, WELLSTART, ILCA, IBFAN. Recuperado de

http://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/semana_lactancia_materna/pdf/declaration_innocenti.pdf

UNICEF. (2007). *Progreso para la infancia: examen estadístico de un mundo apropiado para los niños y niñas*. Recuperado de http://www.unicef.org/spanish/progressforchildren/2007n6/files/Progreso_para_la_infancia-No6.pdf

UNICEF. (2013). *Estado mundial de la infancia 2013*. Recuperado de http://www.unicef.org/spanish/sowc2013/files/SPANISH_SOWC2013_Lo_res.pdf

Vieira, G. O. (2010). Factores predictivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. *J. Pediatr. (Rio J.)*, 86(5), 441-4. DOI: 10.1590/S0021-75572010000500015.

Viñas, A. (2000). *La lactancia materna. Guía para amamantar con éxito a tu hijo*. 2^a ed. Madrid: Comares.

Waldenström, U., Rudman, A., Hildingsson, I. (2006). Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 85, 551-60.

Walker, M. (2008). Conquering common breast-feeding problems. *J Perinat Neonatal Nurs*, 22(4), 267-74. DOI: 10.1097/01.JPN.0000341356.45446.23. Walker M1.

Weimer, J. P. (2001). The Economic Benefits of Breastfeeding: A Review and Analysis. *Economic Research Service / USDA*. 13, 20036-5831. Recuperado de http://www.ers.usda.gov/media/329098/fanrr13_1_.pdf

Westphal, M. F., Taddei, J. A. C., Venancio, S. I. & Bogus, C. M. (1995). Breast-feeding training for health professionals and resultant institutional changes. *Bull WHO*, 73, 461-8.

- Wettrup, B., Kleberg, A., Stjernqvist, K. (1999). The Humane Neonatal Care Initiative and family centered developmentally supportive care. *Acta Paediatr*, 88(10), 1051-2.
- WHO. (1991). *Indicators for assessing breastfeeding practices*. Geneva: WHO. Recuperado de http://www.emro.who.int/CAH/pdf/bf_indicators.pdf.
- WHO. (1999). *Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding*. Geneva: WHO. Recuperado de http://whqlidboc.who.int/hq/1998/WHO_CHD_98.9_spa.pdf
- WHO. (2008). *Indicators for assessing infant and Young child feeding practices*. Geneva: WHO. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf.
- Yee, W. H., Soraisham, A. S., Shah, V. S., Azir, K., Yoon, W. & Lee, S. K. (2012). Incidence and timing of presentation of necrotizing enterocolitis in preterm infants. *Pediatrics*, 129 (2), e298-304. DOI: 10.1542/peds.2011-2022.
- Yela López, J. (1997). *Los Grupos de ayuda mutua*. En Serrano González, M. I. (coord). *La Educación para la Salud del siglo XXI. Comunicación y salud* (pp. 407- 417). Madrid: Ediciones Díaz Santos.
- Yilmaz, G., Gürakan, B., Akgün, S. & Ozbek, N. (2002). Factors influencing breastfeeding for working mothers. *Turk J Pediatr*, 44(1), 30-4. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11858376>
- Zambrano Plata, G. E. (2006). Fundamentos Teóricos y Prácticos del Cuidado de la Salud Materna Perinatal Durante la Etapa Gestacional. *Revista Ciencia y Cuidado*, 21, 43-52.
- Zuppa, A. A., Alighieri, G., Riccardi, R., Cavani, M., Iafisco, A., Cota, F. & Romagnoli, C. (2014). Epidural analgesia, neonatal care and breastfeeding. *Ital J Pediatr*, 29, 40-82. DOI: 10.1186/s13052-014-0082-6.

ANEXOS

ANEXO 1

EL CONCEPTO DEL BABY CAFÉ COMO RED INTERNACIONAL DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA. ARTÍCULO PUBLICADO

Cultura de los Cuidados

Fenomenología

El concepto del Baby Café como red internacional de apoyo a la lactancia materna

The Baby Café concept as an international network of support to breastfeeding

O conceito do Baby Café como rede internacional de apoio à amamentação materna

Isabel Baño Piñero¹, César Carrillo García², Uma Thambidurai³, María Emilia Martínez Roche⁴

¹Matrona, Máster en Antropología y Doctoranda por la Universidad de Murcia

²Doctor en Enfermería. Técnico de Formación Sanitaria Especializada. Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud. Universidad de Murcia.

³Mother and Child Pte Ltd (Singapur). Matrona, IBCLC y Directora de Mother and Child (Singapur).

⁴Profesora titular de Universidad y Coordinadora de la Unidad Docente de Matronas. Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia y Servicio Murciano de Salud

Cómo citar este relato en edición digital: Baño Piñero, I., Carrillo García, C., Thambidurai, U. y Martínez Roche, M^a E. (2015).

El concepto del Baby Café como red internacional de apoyo a la lactancia materna. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital) 19, 43. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.43.03>>

Correspondencia: Facultad de Enfermería. Campus Universitario de Espinardo. Edificio 23. 30100 Murcia.

Correo electrónico: isabel.bano1@um.es

Recibido: 11/03/2015; Aceptado: 10/08/2015



ABSTRACT

The general objective of this work is to reflect on the phenomenon of The Baby Café as a novel and convenient concept in a world of promotion, protection and support of breastfeeding worldwide.

The Baby Café is an initiative to support

breastfeeding that coordinates an international network of centers that combines formal support from health professionals who specialize in lactation with informal support groups or networks of breastfeeding.

With the ultimate goal of the promotion, protection and support of breastfeeding, the introduction of The Baby Café initiative encourages more studies of such nature to be conducted, eventually demonstrating the true impact of such initiatives on society; we have developed, through the theoretical framework and a field diary, a qualitative study, which has allowed us to explore the phenomenon of the Baby Café in the 10th district of Singapore, during the month of March 2015.

Keywords: Baby Café, Support, International Initiative, Breastfeeding.

Cultura de los Cuidados

RESUMO

O objetivo geral deste trabalho consiste em refletir sobre o fenómeno do bebe café como novo e conveniente recurso dentro do mundo da promoção, proteção e apoio a amamentação materna a nível internacional.

O bebe café é uma iniciativa de apoio a amamentação materna que coordena uma rede internacional de centros nos quais se combina o apoio formal proveniente dos profissionais sanitários especializados em amamentação, e no apoio informal próprio dos grupos o redes de apoio a amamentação.

Com o fim de promover, proteger e apoiar a amamentação materna aprofundando a iniciativa do bebe café e incentivando a que se realizem mais estudos que avaliem o verdadeiro impacto que este tipo de iniciativa tem sobre a sociedade; temos desenvolvido, mediante o estado da questão e um diário de campo, um estudo qualitativo, que nos permitiu explorar o fenómeno do bebe café no distrito de Singapura durante o mês de Março 2015.

Palavras chave: Baby Café, Apoio, Iniciativa Internacional, Amamentação Materna.

RESUMEN

El objetivo general de este trabajo consiste, en reflexionar sobre el fenómeno del Baby Café como recurso novedoso y conveniente dentro del mundo de la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna a nivel internacional.

El Baby Café es una iniciativa de apoyo a la lactancia materna, que coordina una red internacional de centros en los que se combina el apoyo formal proveniente de los profesionales sanitarios especializados en lactancia y el apoyo informal propio de los grupos o redes de apoyo a la lactancia.

Con el fin último de promover proteger y apoyar a la lactancia materna, adentrando-

nos en la iniciativa del Baby Café y animando a que se realicen más estudios que avalen el verdadero impacto que éste tipo de iniciativas tienen sobre la sociedad; hemos desarrollado, mediante el estado de la cuestión y un diario de campo, un estudio cualitativo, que nos ha permitido explorar el fenómeno del Baby Café en el distrito 10 de Singapur, durante el mes de marzo de 2015.

Palabras clave: Baby Café, Apoyo, Iniciativa Internacional, Lactancia Materna.

INTRODUCCIÓN

El Baby Café es una iniciativa de apoyo a la lactancia materna, que coordina una red internacional de centros que brindan apoyo formal e informal a las madres y familias de los lactantes. Es un sistema novedoso ya que combina el apoyo formal proveniente de los profesionales sanitarios especializados en lactancia y el apoyo informal propio de los grupos o redes de apoyo a la lactancia (The Baby Café Charitable Trust, 2015).

El objetivo general de este trabajo consiste, en reflexionar sobre el fenómeno del Baby Café como recurso novedoso y conveniente dentro del mundo de la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna a nivel internacional. Hablamos de fenómeno, ya que consideramos que la iniciativa del Baby Café se debe estudiar bajo el contexto de la fenomenología, entendiendo por ésta, como el estudio del fenómeno en sí mismo (Siles & Solano, 2007) o dicho de otro modo, el estudio de las cosas tal y como se manifiestan y se muestran de manera empírica e intuitiva. Es por ello que hemos utilizado como principal instrumento en la investigación, el diario de campo desarrollado en el Baby Café de Singapur.

Para completar la reflexión sobre el fenó-

meno del Baby Café, nos planteamos como objetivos específicos del estudio, en primer lugar:

- Explorar el concepto de la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, como objetivo internacional de salud; reflexionando sobre la efectividad de la combinación del apoyo formal e informal, como método efectivo para conseguir un apoyo eficaz, cercano y de calidad para las familias de los lactantes en todo el mundo.
- Profundizar en el fenómeno del Baby Café como iniciativa novedosa y modelo de apoyo formal e informal a la lactancia a nivel internacional, desarrollando su evolución desde su nacimiento, hasta nuestros días.
- Y por último, descubrir las percepciones, necesidades y experiencias de las usuarias del Baby Café de Singapur, por medio de un diario de campo.

Es por ello, que comienza nuestro estudio con el estado de la cuestión, en el que se abordan los cuatro primeros objetivos específicos planteados anteriormente; seguidamente desarrollaremos, en el apartado de material y método, el trabajo de campo desarrollado en el Baby Café de Singapur, completando de tal modo los cinco objetivos específicos del estudio.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Promoción, protección y apoyo a la lactancia materna como objetivo internacional de salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma que la lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta; estos beneficios no sólo son para el niño, también lo son para la madre, la comunidad y el medio

ambiente en general. Para toda la población, se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y a partir de entonces, su refuerzo con alimentos complementarios, al menos hasta los dos años de edad del niño (OMS, 2015). Pero a pesar de conocer estos beneficios, encontramos que el abandono precoz y los bajos índices de lactancia materna suponen un problema común a nivel internacional (Baño Piñero, Canteras Jordana, Carrillo García, López Araez & Martínez Roche, 2015). García Méndez (2010), afirma que la lactancia materna es uno de los fenómenos naturales más influenciados por la cultura (proceso bio-cultural). Tal vez por esta razón, podamos entender que existan grandes variaciones en los porcentajes de lactancia materna a lo largo de la historia y en distintas poblaciones dentro del mismo momento temporal.

Existe evidencia científica a cerca de los factores protectores y desfavorecedores de la lactancia materna, y aunque éstos difieran de un autor a otro, la mayoría coincide en que los profesionales sanitarios juegan un papel fundamental a la hora de apoyar, promocionar y proteger la lactancia materna. Así mismo, establecer medidas de apoyo a la lactancia en los servicios en donde se trabaja con lactantes y técnicas de ayuda proporcionado por personal cualificado y consejeras de lactancia resulta de gran ayuda para mejorar los porcentajes de lactancia materna (Hernández Aguilar & Aguayo Maldonado, 2005).

En el documento "Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural", publicado en 1998 por la OMS, se identifican trece estudios controlados aleatorios o comparativos en los que se comprueba la efectividad del apoyo tras el alta sobre la lactancia materna. Crear un ambiente seguro y

Cultura de los Cuidados

amigable, que brinde apoyo a las familias tras el post-parto es fundamental para proteger y promover la lactancia materna. Sin embargo, no hay suficientes estudios que demuestren el potencial de los grupos de madres y de las promotoras comunitarias.

Puede que los grupos de apoyo informales sean más capaces que los servicios de salud formales de ofrecer la ayuda personal y frecuente que las madres necesitan para aumentar su confianza y superar las dificultades. Posiblemente, una combinación de apoyo día a día en la comunidad, respaldado por una atención más especializada en los servicios de salud cuando sea necesario, podría ser más eficaz que cualquiera de ellos por separado. (pag.84)

Se comprueba con esto que la idea de combinar el apoyo informal, como pueden ser los grupos de apoyo a la lactancia, con el apoyo formal proveniente de los profesionales sanitarios especializados en lactancia como matronas, consultores de lactancia, pediatras o médicos de familia, puede ser una actividad novedosa, eficaz y efectiva en términos de promoción y protección de la lactancia materna, tal y como resumimos en la gráfica I.

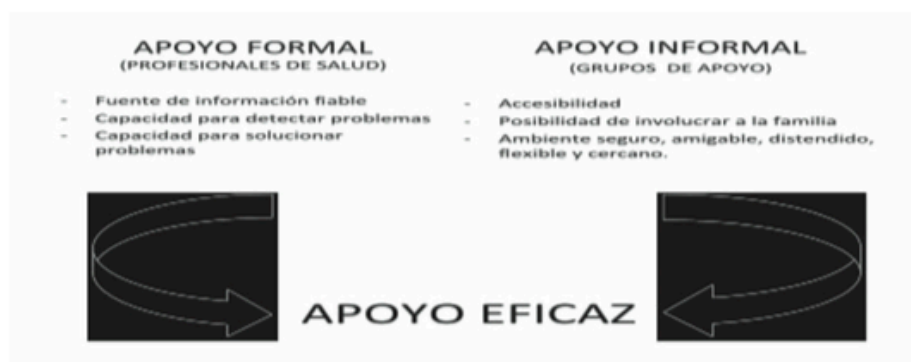
Tal vez, en base a lo anteriormente citado, la OMS, el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), publican dentro de los “Siete Pasos para una Feliz Lactancia Natural”, en su Manual para la acreditación de Centros de Salud IHAN (2014):

- Paso 2: Capacitar a los trabajadores para que puedan poner en práctica la normativa de lactancia.
- Paso 6: Proporcionar una atmósfera de acogida a las madres y lactantes.
- Paso 7: Disponer de un taller de lactancia y fomentar la formación y el contacto con grupos y recursos de apoyo a la lactancia en la comunidad.

Como requisitos imprescindibles para obtener dicho galardón. Comprobando una vez más la importancia de combinar el apoyo formal e informal).

El apoyo formal, entendiendo por éste, como cualquier profesional sanitario capaz de detectar, derivar o tratar adecuadamente, cualquier problema relacionado con la lactancia, proporciona una fuente de información

Gráfico I
Beneficios de la combinación del apoyo formal e informal.



Fuente: Gráfico de elaboración propia

fiable a las familias de niños lactantes, necesaria para superar las dificultades que puedan aparecer durante esa etapa. En cambio, encontramos en muchas ocasiones, que a los profesionales de salud, les es difícil brindar un seguimiento adecuado, proporcionando servicios no siempre accesibles o cercanos; es por esto que las madres pueden ser reacias a buscar ayuda en el sistema formal de salud cuando aparecen problemas o dificultades con la lactancia (OMS, 1998). Las redes de apoyo informales, como los grupos y recursos de apoyo a la lactancia en la comunidad, aportan accesibilidad, un ambiente distendido, seguro, flexible y amigable, que hacen que las madres y familias de lactantes se sientan más cómodas a la hora de consultar sus problemas sobre lactancia; también permiten involucrar a la familia inmediata de la madre, como los compañeros, abuelas o amigas, que tanta influencia tienen sobre la decisión de lactar (Álvarez, 2013; López, Molina, Martínez, Frutos y Molina, 2012). Numerosos estudios (Hoddinott & Pill, 1999; Lavender, McFadden & Baker, 2006; McFadden & Tooler, 2006; Scott & Mostyn, 2003) concluyen que las experiencias y percepciones derivadas del apoyo informal, tales como grupos de apoyo a la lactancia o amigos y familiares, tienen una fuerte influencia en la intención de lactar y en la permanencia de ésta (NCT, 2014).

Además de los factores protectores de la lactancia materna que acabamos de comentar, no podemos pasar por alto la importancia de la empatía dentro del apoyo formal e informal como requisito imprescindible para la consejería en lactancia materna (OMS y UNICEF, 1993; Simões, Soares, Duarte, Bracarense y Cortes, 2015). Nogales (2012) define la empatía como “la vivencia de la experiencias de sujetos ajenos, la vivencia de experiencias de

otros. Vivencia de experiencias de otros que abren en uno, horizontes distintos al que es propiamente personal”, y pone de manifiesto en su estudio, la necesidad e importancia de su aplicación para la enfermería en el contexto familiar.

Parece que en base a lo anteriormente expuesto, queda claro que la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna se compone de varios factores que en conjunto resultan mucho más efectivos que por separado. La iniciativa del Baby Café es un claro ejemplo de combinación de apoyo a la lactancia formal e informal; pero para poder entender éste fenómeno, es necesario conocer más a fondo el concepto del Baby Café, por esta razón pasamos a desarrollamos a continuación su concepto, objetivos y evolución:

El Baby Café

El Baby Café es un servicio internacional de apoyo a la lactancia que combina los beneficios de un ambiente distendido e informal propio de un grupo de apoyo a la lactancia, pero a la vez, liderado por profesionales en lactancia, capaces de ayudar de manera profesional, accesible y eficaz a las madres que lo necesiten.

Tal y como aparece en el Informe Anual del Baby Café 2005-2006 (The Baby Café Charitable Trust, 2006), los objetivos generales que pretende la iniciativa son:

- 1) Promover la salud física y psicológica de las madres y los niños a través de la capacitación y educación en las técnicas sobre lactancia materna.
- 2) Fomentar la educación acerca de los beneficios para la salud de la lactancia materna tanto inmediatos como a largo plazo en la sociedad en general y sobre todo en aquellas personas interesadas en el cuidado de los niños.

Cultura de los Cuidados

3) Mejorar la formación del personal voluntario que trabaja en esta área mediante la provisión de capacitación pertinente.

Y a nivel específico (Baby Café Local, 2013):

- Proveer un modelo de apoyo social a la lactancia en un ambiente cómodo y cercano.

- Proporcionar un servicio universal, accesible a todos los niveles de la sociedad, en especial a los grupos más desfavorecidos o marginales.

- Procurar un servicio profesional capaz de ofrecer información fiable y dar apoyo a la lactancia, de manera accesible y cercana. Siendo capaz de detectar problemas relacionados con la lactancia y tratarlos o derivarlos cuando sea necesario.

- Respetar y mantener el estándar de calidad propuestos por la organización.

- Ayudar a que más mujeres lacten, contribuyendo a que superen sus problemas de lactancia de manera oportuna y eficaz. Favoreciendo la lactancia materna para que ésta sea una experiencia positiva para todas ellas y apoyándoles para que sean capaces de lactar hasta donde se lo propongan.

En líneas generales, se persigue que las mujeres tengan una experiencia positiva con su lactancia, fomentando la cultura de la lactancia materna, y aumentando con ello la incidencia y permanencia de ésta.

Nacimiento y evolución del Baby Café

Por los motivos anteriormente mencionados y con la intención de implantar como parte del plan de UNICEF para la acreditación de la IHAN, se crea en 2000 por primera vez el concepto del Baby Café por dos consultoras internacionales de lactancia, Catherine Pardo y Juli Williams (The Baby Café Charitable Trust, 2015). El primer Baby Café se fundó

en West Sussex (Inglaterra), como parte del Departamento de Iniciativa de Alimentación Infantil Saludable del Sistema Nacional Inglés de Salud (NHS Trust). Pronto, éste modelo fue creciendo en popularidad llegando a incluirse dentro del Protocolo de Buenas Prácticas e Innovación en Lactancia Materna del NHS (Department of Health, 2004).

En diferentes partes de Inglaterra se empezó a solicitar la creación de dicho modelo como parte de los servicios de promoción a la lactancia materna del Sistema Nacional de Salud. Fue entonces cuando se desarrolló una guía donde se especificaba paso a paso cómo solicitar, crear y evaluar un centro Baby Café (Baby Café, 2012).

Gracias a la gran aceptación que esta iniciativa obtuvo, se decidió internacionalizar el concepto del Baby Café, registrando la marca y el logo de Baby Café. De este modo, cualquier centro que quisiese acreditarse como tal, tendría que pagar una cuota anual que le permitiese acceder a la estructura nacional de apoyo, así como asegurar el asesoramiento y la supervisión del centro garantizando cumplir con los requisitos de calidad requeridos por la organización. Las 12 normas de calidad exigidas por la organización son (Baby Café Local, 2013):

1. Respetar la marca "The Baby Café". Los centros acreditados deberán usar el mismo nombre y logo registrado por la organización.

2. Personal cualificado. La persona responsable de solicitar la acreditación deberá poseer como mínimo una titulación sanitaria equivalente al Grupo 6 (visitador sanitario, enfermera, matrona o consultor internacional de lactancia; todos ellos con una experiencia mínima requerida).

3. Trabajo multidisciplinar. Los centros Baby Café deberán involucrar y contar con

la colaboración de distintos profesionales de salud así como con voluntarios y grupos de apoyo a la lactancia.

4. Ambiente acogedor. Los centros acreditados proporcionarán un ambiente seguro, cálido y hospitalario en el que se ofrecerá bebida y comida para atraer a las mujeres regularmente (apoyo informal). Igualmente se asegurará espacio y tiempo suficiente para atender madres con problemas en lactancia (apoyo formal).

5. Modelo de apoyo social. El modelo de Baby Café asegurará un apoyo formal, por parte de los profesionales de salud o consultores de lactancia, que permitirá identificar madres y niños con necesidades especiales tanto físicas como mentales, respondiendo correctamente a sus requerimientos bio-psico-sociales. Así mismo se asegurará un trato amable y cercano a aquellas que tengan problemas sociales o emocionales.

6. Promover y apoyar la lactancia. El Baby Café acogerá a mujeres en periodo prenatal y postnatal, animando a que éstas continúen lactando exclusivamente más de 6-8 semanas, usando el modelo de refuerzo positivo. La mayoría de casos de destete no son planificados, el 80% de las mujeres que dejan de lactar durante las primeras seis semanas de vida del bebé lo hicieron antes de lo planeado y más de tres cuartas partes de las madres hubieran preferido seguir lactando durante más tiempo (NCT, 2014).

7. Atención a toda la comunidad. Cualquier mujer, provenga del sector de la comunidad que provenga, deberá de sentirse motivada para acceder al centro, recibiendo siempre información y apoyo apropiado.

8. Servicio accesible. El acceso al centro debe de garantizar unos mínimos. Se deben de cumplir al menos tres de los seis requisitos

que se plantean a continuación: un lugar para aparcar los carritos, acceso al centro por medio de autobús, cerca de otros servicios de salud o tiendas, buena ubicación en la que haya acceso al un parking asequible por las usuarias, capacidad por parte de los trabajadores para hablar varios idiomas o instrumentos que faciliten la comunicación con mujeres que tengan limitaciones con el idioma.

9. Capacidad para derivar correctamente. Los profesionales que trabajen en el Baby Café deberán ser capaces de identificar correctamente los problemas de lactancia y ayudar a solventarlos o derivarlos a otro especialista si lo requieren.

10. Fuente de información de alta calidad. Los centros contarán con información sobre lactancia fiable y de calidad, de fácil comprensión y accesible para toda la familia. Tales como posters, folletos, o soportes audiovisuales. Se proporcionará también información sobre otros servicios de apoyo a la lactancia.

11. Revisiones periódicas y de mejora. La organización del Baby Café se reúne periódicamente para hacer revisiones sobre sus servicios, reflexionar sobre el trabajo realizado, abordar propuestas de mejora y planes de actuación.

12. Proporcionar datos fiables. Cada 31 de Enero se recogen y analizan todos los datos solicitados para cada centro y éstos se estudian junto con el Sistema Inglés de Estadística. Así mismo, se publica un trabajo anual en el que se exponen y analizan dichos datos.

En 2005 la iniciativa del Baby Café se convierte en "The Baby Café Charitable Trust", consiguiendo así una estructura más estable y sólida. Un año más tarde se publica el Manual del Baby Café, en el que se proporciona información detallada sobre cómo desarrollar un Centro Baby Café con éxito y se pone de ma-

Cultura de los Cuidados

nifiesto la importancia de controlar el cumplimiento de las doce normas anteriormente mencionadas y asegurar la calidad mínima exigida para cada centro. El objetivo principal de este control es asegurar un apoyo a la lactancia continuo, accesible y de calidad para toda la sociedad, garantizando así el número creciente de centros y madres que acuden a éstos (The Baby Café Charitable Trust, 2015). Finalmente en 2010 “The Baby Café Charitable Trust” se fusiona con el NCT (National Childbirth Trust), la mayor organización inglesa sin ánimo de lucro que da apoyo a las familias en el periodo prenatal y postnatal (NCT, 2014), permaneciendo esta unión hasta día de hoy.

El desarrollo del concepto del Baby Café, como iniciativa novedosa de apoyo formal e informal a la lactancia materna, ha tenido un crecimiento exponencial como se puede comprobar en la Tabla I. El primer centro se abrió en el 2000, y en 2013 ya habían un total de 155 centros acreditados en todo el mundo; pero esta cifra tan solo representa los centros que mantienen la acreditación a esa fecha, en cambio, si contamos los 165 centros que no han

podido mantener la acreditación o los que han cerrado a lo largo de esos años, nos encontraríamos con una cifra de 320 Baby Cafés abiertos entre el 2000 y 2013 a nivel internacional. Inicialmente el crecimiento de esta iniciativa fue principalmente por Reino Unido, pero rápidamente empezó a desarrollarse por todo el mundo. A 31 de diciembre de 2013 habían 108 Baby Cafés en Inglaterra, 41 en Estados Unidos, 4 en México, 1 en Nueva Zelanda y 1 en Singapur (Baby Café Local, 2013). La influencia de los Baby Cafés es significativa, o por lo menos abarca a un número importante de mujeres. Se calcula que solo en los Baby Cafés de Inglaterra durante el año 2013 pasaron más de diez mil mujeres de las cuales, más de una cuarta parte acudieron al centro seis veces o más (Baby Café Local, 2013), si esto lo aplicamos al resto de centros y a lo largo de los años que ésta iniciativa lleva funcionando, las cifras serían considerables.

MATERIAL Y MÉTODO

Para dar respuesta a los objetivos planteados en el estudio, se ha abordado una meto-

Tabla I
Evolución del número total de Baby Cafés de 2001 a 2013.
(Baby Café Local, 2013; The Baby Café Charitable Trust, 2006)

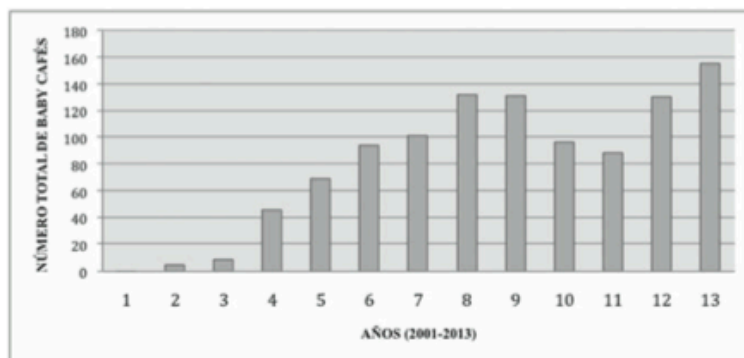


Tabla de elaboración propia a partir de los documentos anteriormente mencionados

dología cualitativa, que como la define Taylor y Bogdan (1987), se trata de una investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable, permiten profundizar en la teoría fenomenológica de manera intuitiva y en base a la experiencia; permitiendo reflexionar sobre las acciones realizadas en una determinada situación. El Baby Café de Singapur ha sido el principal fenómeno a explorar en este estudio, siendo el diario de campo el instrumento utilizado para poder llevarlo a cabo.

El estudio se ha desarrollado en el distrito 10 de Singapur o distrito Central, más concretamente, en el único centro acreditado como Baby Café de Singapur. Las participantes del estudio han sido las usuarias del Baby Café de Singapur, que han acudido al centro con sus bebés durante el mes de marzo de 2015 y que habiendo sido previamente informadas del proyecto han dado su consentimiento para poder realizarlo. La investigación se ha elaborado bajo el firme compromiso de respetar tanto las normas éticas que rigen los estudios científicos, como el anonimato de los participantes de este estudio, siguiendo la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal.

Dentro de las limitaciones del estudio hay que tener en cuenta que al haber informado a las usuarias sobre el proyecto de estudio y habiendo pedido previamente su consentimiento para éste, puede que la técnica de observación haya ejercido una presión que haya disminuido o bloqueado la espontaneidad en algunas participantes, pero como afirman Taylor y Bogdan (1987), la investigación cualitativa es sensible a los posibles efectos debido a la presencia del investigador, pero a su vez es necesaria para comprender a las personas

dentro de su propio marco de referencia. Es por ello, que teniendo en cuenta la naturaleza de la investigación cualitativa, consideramos adecuada la técnica.

Experiencia en el Baby Café de Singapur: diario de campo

El diario de campo se ha desarrollado en cuatro sesiones de observación, de las cuales, tres han sido observaciones relacionadas con el contexto y la población a estudiar y una última, en las que hemos intervenido como profesionales.

DESCRIPCIÓN

Observación 1: Contexto de ocurrencia (2 de marzo de 2015).

Objetivo: Describir el contexto en el que se desarrolla el Baby Café de Singapur.

Anotaciones: Dentro del un centro comercial, en la tercera planta, hay un centro de atención prenatal y postnatal en el que trabajan diferentes profesionales relacionadas con el embarazo y crianza. Así podemos encontrar matronas, enfermeras, visitadoras sanitarias (health visitor), consultoras internacionales de lactancia o instructoras de yoga y pilates pre y post natal. Algunas de las actividades que se ofertan en el centro son, educación prenatal, clases de primeros auxilios, introducción a los sólidos, incorporación laboral y lactancia materna, consulta del niño sano, consulta de lactancia, consulta de la matrona, visita domiciliaria, yoga, pilates, masaje del bebé y el Baby Café entre otras. El Baby Café se organiza semanalmente, los lunes de 2 a 4 de la tarde. Se invita a todas las mamás o futuras mamás, así como a los familiares, que acuden al centro por otros motivos y también se anuncia en la página web del centro. La sala donde se desarrolla la actividad es bastante

Cultura de los Cuidados

amplia y luminosa, con cómodos sillones con cojines a todo alrededor. También hay dos soportes cambiadores para los bebés. Hay una mesa en un lateral en donde hay por lo general galletas o pasteles con dispensadores de café, tee y agua. En el suelo hay mantitas de colores para los bebés, el suelo está todo enmoquetado, y solo se puede acceder sin calzado a la sala. En las paredes hay imágenes de bebés y madres dando el pecho, así como carteles que hacen alusión a los beneficios, la técnica o los principales problemas y soluciones sobre lactancia. Se puede encontrar a la entrada numerosos contactos de otros recursos de apoyo a la lactancia y diferentes profesionales a los que pueden acudir las usuarias del centro. En la recepción del centro hay productos relacionados con la lactancia y crianza que se pueden comprar, como pañuelos porta bebés, sacaleches, cojines de lactancia, etc. Además de la sala en donde se desarrolla el Baby Café hay otra sala anexa más pequeña, en la que se llevan a cabo otras actividades como clases o consultas al mismo tiempo que transcurre el Baby Café.

Observación 2: Relaciones y situaciones de los sujetos (9 de marzo de 2015).

Objetivo: Acercarse a la población a estudiar: las usuarias del Baby Café de Singapur.

Anotaciones: La mayoría de mujeres que acuden con sus bebés al Baby Café suelen ser madres que están dando el pecho o que lo combinan con leche de fórmula, también acuden, aunque en menor número, madres que no dan el pecho, embarazadas o familiares de éstas. La edad de los bebés también varía mucho, pero por lo general suelen venir bebés de entre 1 semana y 6 meses, aunque también se pueden encontrar niños mayores de un año o hermanos de éstos. El número de usuarias que acuden al Baby café suele ser numeroso, aun-

que en periodo vacacional se suele notar un descenso importante de mujeres, por lo general los grupos suelen oscilar de 10 a 20 mujeres y sus respectivos bebés. La actividad del Baby Café está liderada por dos profesionales que trabajan en el centro, que suelen ser matronas y/o consultoras internacionales de lactancia. En la recepción hay dos trabajadoras más que hacen labores administrativas y que atienden a las usuarias que quieran comprar algún producto o apuntarse a cualquier otra actividad que oferta el centro. El perfil de las usuarias suele coincidir con mujeres expatriadas, de diferentes nacionalidades, sobre todo europeas y chinas, siendo la comunidad más numerosa, la inglesa. Las mujeres locales también acuden a esta actividad aunque en menor proporción. El idioma que se habla es el inglés, pero en algunas ocasiones acuden mujeres con limitaciones en el idioma, con las que se trabaja más intensivamente para salvar dicha limitación. Los profesionales que trabajan en el Baby Café suelen hablar varios idiomas.

Imagen I

Imágenes del Baby Café de Singapur (Marzo, 2015).



Fuente: *Mother and Child, Singapur, Marzo del 2015*

Observación 3: Correlaciones y situaciones.

Objetivo: Observar cuidadosamente qué problemas o consultas se dan en el Baby Café (16 de marzo de 2015).

Anotaciones: Las madres que acuden al

centro, inicialmente acuden para consultar su problema de lactancia con algún profesional destinado a tal efecto, pero después de probar por primera vez la actividad, suelen repetir con mucha frecuencia ya que terminan haciendo amistad con otras madres, puesto que se trata de una reunión informal y distendida, es por ello que además de servirles de apoyo, también le sirve de entretenimiento y actividad social con niños. Las usuarias van acercándose a las dos trabajadoras que lideran la actividad y le van preguntando sus dudas o consultas sobre lactancia y crianza de manera informal, en ocasiones, entre las propias usuarias resuelven sus dudas, sirviéndose de la experiencia de otras madres que han pasado por la misma situación que ellas. Las madres se suelen encontrar relajadas y cómodas para consultar cualquier duda. Las consultas más frecuentes son problemas de agarre o enganche del bebé al pecho, cansancio o problemas con el sueño del bebé, grietas en el pezón, cómo y cuándo incorporar los sólidos, recomendaciones antes de incorporarse a trabajar y rechazo del pecho por parte del bebé. Casi todas las madres van buscando en esta actividad un apoyo social a su situación, ya que en muchas ocasiones se sienten solas o incomprendidas.

Observación 4: Observación y participación.

Objetivo: Participar como matrona en el Baby Café (23 de marzo de 2015).

Anotaciones: El trabajo con madres y bebés, es un trabajo muy gratificante pero a la vez muy dedicado, las usuarias del Baby Café suelen ser madres que buscan un apoyo que no encuentran en la sociedad, lo que conlleva a que en muchas ocasiones se sientan solas o incomprendidas como hemos mencionado anteriormente; es por ello que la empatía y la comunicación cercana y accesible son requi-

sitos imprescindibles para trabajar con estas mujeres. Hay consultas que son bastante sencillas de resolver, pero en otras ocasiones nos vemos obligados a derivar a las usuarias a otros especialistas que colaboran con el centro como pediatras, médicos de familia, especialistas en frenillos, quiroprácticos o ginecólogos. El ambiente que se respira en el Baby Café es amable, relajado y seguro. Las consultas se resuelven sobre la marcha mientras conversamos de manera informal.

Testimonio de una de las usuarias del Baby Café de Singapur:

"I've been attending the Baby Café at Mother & Child from my baby's second week of age. At that time motherhood was totally new to me and it felt great to be able to meet with other mums in similar situation and to get great support and advice from the available midwives there. The Baby Café was recommended to me by a friend towards the end of my pregnancy but I didn't give it much thought at the time. However, a few days after my baby was born I had many questions and felt quite isolated, so I managed to get over any initial shyness and fear of going out with a newborn, and there has been no looking back.

I try to attend the Baby Cafe every week. Not only it gives me a great opportunity to spend time with other mums, exchange ideas, and get my baby to meet other babies and spend some time in a stimulating environment. I also get all the time I need with a midwife, usually my Spanish compatriot Isabel, to ask any questions and clear up any doubts about feeding, baby behaviour, sleeping issues and generally getting practical tips to make each day of my new motherhood chapter that little bit easier.

We had some serious issues in our early breastfeeding days, and attending the Baby Cafe weekly, allowed me to correct latching proble-

Cultura de los Cuidados

ms, have great support and hear from other mums who had succeeded in breastfeeding their babies. It is not unusual for me to come to the Baby Café with a list of questions, as I'm confident that I will get great answers and help.

I would strongly recommend to any new (and not-so-new) mums to join us every Monday. The atmosphere is positive and friendly, the setting is comfortable with lots of comfy cushions for mummy and baby, and there is always a yummy cake or delicious homemade cookies! Come join us at the Baby Café!"

"He estado asistiendo al Baby Café en Mother and Child desde que mi bebé tenía dos semanas. En aquel momento la maternidad era totalmente nueva para mí y me sentó genial poder reunirme con otras madres en la misma situación que yo y conseguir un gran apoyo y asesoramiento por parte de las matronas disponibles allí. Una amiga me recomendó el Baby Café hacia el final de mi embarazo, pero no le di mucha importancia en aquél momento. Sin embargo, pocos días después del nacimiento de mi bebé tenía muchas preguntas y me sentí bastante aislada, así que me las arreglé para salvar la timidez inicial y el miedo a salir con un recién nacido, y lo hice, no había vuelta atrás.

Intento ir al Baby Café cada semana. No sólo es una gran oportunidad para pasar tiempo con otras madres, intercambiar ideas, y hacer que mi bebé conozca otros niños y pasar algún tiempo en un ambiente estimulante. También tengo todo el tiempo que necesito con la matrona, por lo general mi compatriota española Isabel, de hacer preguntas y aclarar cualquier duda acerca de la alimentación, el comportamiento del bebé, problemas para dormir y en general conseguir consejos prácticos para hacer que cada día de mi nuevo capítulo de la maternidad sea un poco más fácil.

Hemos tenido algunos problemas serios en nuestros principios con la lactancia materna y asistir a la Baby Café semanalmente, me permitió corregir problemas de enganche, tener un gran apoyo y escuchar a otras madres que habían logrado amamantar a sus bebés. No es raro en mí ir al Baby Café con una lista de preguntas, ya que estoy segura de que voy a obtener grandes respuestas y ayuda.

Recomiendo encarecidamente a todas las nuevas (y no tan nuevas) madres a unirse a nosotros todos los lunes. El ambiente es positivo y amable, el lugar es confortable, con un montón de cojines cómodos para mamás y bebés, y siempre hay deliciosas tartas o galletas caseras! Ven y únete a nosotros en el Baby Café! "

Traducción personal.

DISCUSIÓN

Como hemos comentado en apartado de introducción, parece que queda claro que la combinación del apoyo formal e informal es muy efectivo en términos de promoción y protección de la lactancia materna. Un ambiente cercano, accesible, relajado y empático, propio del apoyo informal procedente de las redes o grupos de apoyo a la lactancia, unido a un apoyo formal, como son los profesionales sanitarios especializados en lactancia, es la clave para acceder e interferir de manera positiva en la duración y permanencia de la lactancia materna.

Nuestra experiencia como profesional especializado en lactancia en el Baby Café de Singapur, coincide con lo que la evidencia científica avala en cuanto a la efectividad de éste tipo de servicios para la comunidad. Por lo general, las usuarias del Baby Café hablan muy bien de la iniciativa y la recomiendan muy a menudo; tal vez sea por eso que la mayoría de mujeres que llegan por primera

vez al centro, sea por medio de la recomendación de algún amigo, familiar o profesional (Baby Café Local, 2013).

Por todos los motivos anteriormente expuestos, recomendamos que iniciativas como la del Baby Café, se impulsen y promuevan con más fuerza a nivel internacional, bien por medio de su difusión y desarrollo a través de organismos públicos o privados de salud, o bien por el fomento de la investigación de éste tipo de fenómenos.

CONCLUSIONES

A través de éste estudio, hemos profundizado en el concepto del Baby Café, llegando a la conclusión de que éste tipo de iniciativas son muy beneficiosas para la sociedad en la que vivimos, en la que los bajos índices de lactancia suponen un problema de salud mundial. Como hemos comprobado en el estado de la cuestión, la lactancia materna es beneficiosa no sólo para la salud del lactante, también lo es para las familias, el medio ambiente y la sociedad en general; es por ello que cada vez se hacen más necesarias, medidas de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna que contribuyan a solucionar dicho problema.

La evolución del Baby Café ha sido exponencial, su crecimiento e internacionalización se deben, en gran parte, al éxito de éste tipo de modelos de apoyo a la lactancia materna. No suponen un gran coste económico para la sociedad y en cambio mejoran la calidad del sistema de salud, enriquece la percepción que las mujeres tienen sobre sus lactancias y contribuyendo a mejorar la permanencia e incidencia de la lactancia materna en la comunidad.

Mediante el diario de campo hemos tenido la oportunidad de aproximarnos al fenómeno del Baby Café de Singapur, viendo más de cerca cómo se desarrolla el día a día de éste

servicio. El ambiente que se respira es familiar y cercano, las usuarias suelen volver en numerosas ocasiones, lo que nos sugiere que es una iniciativa que funciona y que cumple su principal objetivo, que es ayudar y apoyar a las madres durante sus lactancias. El testimonio de una de las usuarias ratifica todo lo anteriormente expuesto y pone de manifiesto el alto grado de satisfacción percibida por ésta al contar con los servicios del Baby Café de Singapur.

Con este estudio queda clara la importancia y necesidad que los profesionales sanitarios especializados en lactancia, en combinación con el servicio del Baby Café, juegan para la sociedad; aun así, queda mucho por hacer en cuanto a investigación sobre éste tipo de iniciativas de apoyo a la lactancia; es por ello que animamos a que se realicen más estudios que avalen el verdadero impacto que el Baby Café tiene sobre la sociedad, con el fin último de promover, proteger y apoyar a la lactancia materna de forma unánime.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Zendejas, P. M. (2013). *Proyecto Terminal Profesional: "Propuesta de intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva en adolescentes embarazadas de Santo Tomás Ajusco"*. (Maestría en Salud Pública Área de Concentración: Epidemiología para obtención del grado de maestría en Salud Pública). Instituto Nacional de Salud Pública. Escuela de Salud Pública de México. Recuperado el 15 de enero de 2015 de <http://www.inspvirtual.mx/CentroDocumentacion/cwisBancoPF/SPT--DownloadFile.php?Id=560>
- Baby Café. (2012). *Supplementary Information Sheets*. Baby Café National Co-ordinators. September 2012. Recuperado el 24 de marzo de 2015 de <http://www.google.com.sg/url?sa=t&rct=j&q=&resrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCEQFjAB&url=http%3A%2F%2Fthebabyca>

Cultura de los Cuidados

- fe.org%2Findex.php%3Foption%3Dcom_rubberdoc%26view%3Ddoc%26id%3D153%26format%3Draw&ei=NsAQVdXwIpe3uQS8gYHIDg&usg=AFQjCNHWEiei eNYQulj35Ee0mfEilHyM5Q&bvm=bv.89184060,d.c2E
- Baby Café Local. (2013). *Report on Baby Café Services during 2013*. Recuperado el 24 de marzo de 2015 de http://www.nct.org.uk/sites/default/files/related_documents/Baby%20Cafe%202013%20Annual%20Report%202014%20External%20use_0.pdf
 - Baño Piñero, I., Canteras Jordana, M., Carrillo García, C., López Araez, A. & Martínez Roche, M. E. (2015). Desarrollo y validación de un instrumento diseñado para medir el impacto de las redes de apoyo a la lactancia materna. *Nutr Hosp*. 31(4), 1525-32
 - Department of Health. (2004). *Good practice and innovation in breastfeeding*. Recuperado el 19 de enero de 2015 de http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4097202
 - García Méndez, J. A. (2010). *Eficacia diferencial de los programas de apoyo a madres con intención de lactar sobre la exclusividad y duración de la lactancia materna: Un estudio meta-analítico*. (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia. Murcia.
 - Hernández Aguilar, M. T. & Aguayo Maldonado, J. (2005). La lactancia materna: Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatr*. 63(4), 340-56.
 - Hoddinott, P. & Pill, R. (1999). Qualitative study of decisions about infant feeding among women in the east end of London. *BMJ*. 318, 30-4.
 - Lavender, T., Mc Fadden, C. & Baker, L. (2006). Breastfeeding and family life. *Matern.Child Nutr*. 2(3), 145-55.
 - López Marín, R., Molina Rodríguez, A., Martínez Roche, M., Frutos Molina, D. & Molina Rodríguez, T. (2012). Figura del padre en relación a la crianza: pasado, presente y futuro. *Cultura De Los Cuidados*. 16(32), 12-7. doi:<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.32.02>
 - Mc Fadden, A. & Toole, G. (2006). Exploring women's views of breastfeeding: a focus group study within an area with high levels of socio- economic deprivation. *Matern.Child Nutr*. 2(3), 156-68.
 - NCT. (2014). *Baby Feeding Policy 2014. DRAFT for discussion*. Recuperado el 24 de marzo de 2015 de http://www.nct.org.uk/sites/default/files/related_documents/2014%20Baby%20Feeding%20policy%20%282%29.pdf
 - Nogales Espert, A. (2012). La empatía según Edith Stein y sus aplicaciones en enfermería en el contexto familiar. *Cultura De Los Cuidados*. 12(24), 119-33. Recuperado de <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/articulo/view/302/603>
 - Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Lactancia materna. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Recuperado el 16 de febrero de 2015, de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/#
 - OMS. (1998). Prueba Científica de los Diez Pasos Hacia una Feliz Lactancia Natural. *División de Salud y Desarrollo del Niño. Ginebra*. Recuperado el 9 de noviembre de 2014 de http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHD_98.9_spa.pdf?ua=1
 - OMS & UNICEF. (1993). *Curso de Capacitación Manual del Participante*. Consejería en Lactancia Materna. Recuperado el 3 de marzo de 2015 de http://www.unicef.org/argentina/spanish/Consejeria__en_Lactancia_Materna.pdf
 - OMS, UNICEF & IHAN. (2014). *Estrategia Centros de Salud IHAN. Revisada, actualizada y ampliada para la atención integral en los centros de salud. Manual para la acreditación IHAN-España*. 2014. Recuperado el 19 de febrero de 2015 de http://www.ihan.es/docs/documentacion-acreditacion/centros_salud/Manual_para_la_acreditacion_IHAN_en_AP.pdf
 - Scott, J. A. & Mostyn, T. (2003). Women's experiences of breastfeeding in a bottle-feeding culture. *J Hum Lact*. 19(3), 270-7.
 - Siles González, J., Solano Ruiz, M. & Cibanal, J. (2012). El origen fenomenológico del "cuidado" y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la enfermería. *Cultura De Los Cuidados*, 12(21), 19-27. Recuperado de <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/articulo/view/270/539>

- Simões, A., Soares, H., Duarte, J., Bracarense, C. & Cortes, R. (2015). La humanización en el proceso de formación académica de los profesionales de la salud. *Cultura De Los Cuidados*. 18(40), 72-81. doi:<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.10>
- Taylor, S. J. Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Ediciones Paidós Ibérica. S. A. Barcelona.
- The Baby Café Charitable Trust. (2006). *ANNUAL REPORT and ACCOUNTS 2005 2006. Including information from the National Statistics and Evaluation 2005*. Recuperado el 23 de marzo de 2015 de http://www.google.com.sg/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCEQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.thebabycafe.org%2Findex.php%3Foption%3Dcom_rubberdoc%26view%3Ddoc%26id%3D16%26format%3Draw&ei=_b0QVdPkAo_buQTzwoH1QBg&usq=AFQjCNHk1bR37mtpsgRMfdAA9MPElycIjw&cbvm=bv:89184060,d:c2E
- The Baby Café Charitable Trust. (2015). *The Baby Café*. Recuperado el 19 de enero de 2015 de <http://www.thebabycafe.org>



ANEXO 2

DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO
DISEÑADO PARA MEDIR EL IMPACTO DE LAS REDES DE
APOYO A LA LACTANCIA MATERNA. ARTÍCULO
PUBLICADO



Nutr Hosp. 2015;31(4):1525-1532
ISSN 0212-1611 • CODEN NUHOEQ
S.V.R. 318

Original/*Pediatría*

Desarrollo y validación de un instrumento diseñado para medir el impacto de las redes de apoyo a la lactancia materna

Isabel Baño Piñero^{1,4}, Manuel Canteras Jordana^{2,4}, César Carrillo García^{3,4}, Alicia López Araez⁴ y María Emilia Martínez Roche^{1,3,4}

¹Unidad Docente Obstétrico-Ginecológica (Matrona). ²Departamento de Ciencias Sociosanitarias. Medicina Preventiva y Salud Pública. ³Departamento de Enfermería. Docencia e Investigación. ⁴Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia.

Resumen

Antecedentes: partimos de la hipótesis de que no existen suficientes cuestionarios validados que midan el impacto de las redes de apoyo a la lactancia materna para población hispano hablante.

Objetivo: Por ese motivo, nos planteamos como objetivo general de este trabajo, elaborar y validar (a nivel de contenido y constructo) un instrumento de medida cuantitativa.

Método: Se evaluó la validez de contenido sometiendo el cuestionario a un juicio de expertos en lactancia materna de la Región de Murcia. La prueba piloto se llevó a cabo entre los meses de marzo y abril de 2014. Las encuestas fueron realizadas directamente por las usuarias que acudían al grupo de apoyo a la lactancia "Lactando". Para la validez de constructo se realizó un análisis factorial con el que se determinarían las distintas dimensiones que el cuestionario podría medir. Se realizó una estadística descriptiva de cada uno de los ítems. A través del análisis de componentes principales, se obtuvo la varianza total explicada, determinando así, los factores con los elementos que los definían.

Resultados: A través del análisis factorial, el cuestionario obtuvo una alta consistencia interna para sus cinco componentes (satisfacción, consultas, experiencia, problemas y apoyo), consiguiendo valores de 0,942 a 0,632. Y un porcentaje de varianza total explicada elevado (11,157% - 5,093%).

Conclusión: Este estudio ha servido para crear un instrumento pertinente y válido a nivel de contenido y de constructo, capaz de medir el impacto de las redes de apoyo a la lactancia a través de 5 dimensiones.

(Nutr Hosp. 2015;31:1525-1532)

DOI:10.3305/nh.2015.31.4.8338

Palabras clave: *Lactancia materna. Apoyo. Cuestionario. Elaboración. Validación.*

Correspondencia: Isabel Baño Piñero.
Facultad de Enfermería.
Unidad Docente Obstétrico-Ginecológica (Matrona).
Campus Universitario de Espinardo. 30100 Espinardo, Murcia.
E-mail: isabel.bano1@um.es / isabelicabp@hotmail.com

Recibido: 10-XI-2014.
Aceptado: 22-XII-2014.

DEVELOPMENT AND VALIDATION OF AN INSTRUMENT DESIGNED TO MEASURE THE IMPACT OF NETWORKS OF SUPPORT FOR BREASTFEEDING

Abstract

Background: the hypothesis of this study is that there are not enough validated questionnaires that measure the impact of networks to support breastfeeding for the Spanish speaking population.

Objective: For this reason, we ask as a general objective of this study, to develop and validate (in terms of content and construct) a quantitative instrument of measure.

Method: We evaluated the content validity, subjecting the survey to a breastfeeding expert's opinion in the Region of Murcia. The pilot test was conducted between the months of March and April 2014. Surveys were carried out directly by users who attended the breast-feeding support group "Lactando". For construction validity, a factor analysis was conducted, which determined the different dimensions that the survey could measure. A description of each of the items on the statistics was conducted. Through principal component analysis, the total variance explained was obtained, determining the factors that define the elements.

Results: Through factor analysis, the questionnaire has a high internal consistency for its five components (satisfaction, consultations, experience, problems and support), obtaining values from 0.942 to 0.632. And a high percentage of total variance explained (11,157% - 5,093%).

Conclusion: This study has served to create a relevant and valid in terms of content and construction, instrument, capable of measuring the impact of networks of support for breastfeeding through 5 dimensions.

(Nutr Hosp. 2015;31:1525-1532)

DOI:10.3305/nh.2015.31.4.8338

Key words: *Breastfeeding. Support. Questionnaire. Development. Validation.*

Introducción

Existe evidencia científica sobre los beneficios y la importancia de la lactancia materna (LM) para el lactante, la madre, su familia, y la sociedad en general¹⁻³. Pero los bajos índices y el abandono precoz de la lactancia conlleva importantes implicaciones adversas sociales y sanitarias para las mujeres, los niños, la comunidad y el medio ambiente⁴.

Las redes de apoyo a la lactancia, desempeñan una labor crucial a la hora de mejorar los porcentajes de LM⁵. Encontramos así estudios⁶⁻⁷ donde se comprueba que la incidencia y prevalencia de la LM aumenta en las mujeres que reciben educación sanitaria y apoyo por parte del personal sanitario.

Actualmente encontramos diversos estudios⁸⁻¹⁰ que miden el grado de satisfacción de los usuarios de centros en donde se ofrece apoyo a la LM. Otros¹¹⁻¹³, que evalúan la calidad de los servicios prestados por los profesionales que realizan apoyo a la LM. También, encontramos escalas generales sobre calidad percibida¹⁴, o cuestionarios nacionales¹⁵. Pero en ninguno de estos estudios, encontramos un instrumento validado en español que nos permita medir de manera cuantitativa, el impacto de las redes de apoyo a la LM.

Por este motivo, partimos de la hipótesis de que no existen suficientes instrumentos de medida cuantitativa validados para población hispano hablante. Nos planteamos como objetivo general de este trabajo, elaborar y validar (validación de contenido y de constructo) un instrumento de medida que nos permita conocer el máximo número de dimensiones del impacto de las redes de apoyo a la lactancia. Entendiendo por servicios de apoyo a la lactancia, todos los servicios de ayuda en lactancia, incluyendo asistencia proporcionada por personal de la salud apropiadamente cualificado, consultores de lactancia, consejeras, y grupos de ayuda⁴.

Métodos

Desarrollo del Instrumento y Validez de Contenido

Desarrollamos el primer boceto del instrumento basándonos en literatura sobre trabajos relacionados (anteriormente mencionados) y desarrollo de metodología cuantitativa¹⁶, así como de artículos relacionados con procesos de elaboración y validación de cuestionarios¹⁷⁻²¹. Los ítems del cuestionario se plantearon a partir de la pregunta de investigación de ¿cuál es el impacto que ejercen las redes de apoyo a la LM sobre las mujeres que lactan?.

Se realizaron cuatro entrevistas semi estructuradas a expertos en materia de LM de la Región de Murcia y otra a un experto en procesos de elaboración y validación de cuestionarios en la Universidad de Murcia.

Se limitó el número de preguntas para que la duración del mismo no fuera demasiado extensa (10 mi-

nutos aproximadamente). Se adaptó el lenguaje de las preguntas para que las usuarias de cualquier servicio o red de apoyo a la lactancia de la Región de Murcia lo pudieran contestar, siendo sencillas y de fácil comprensión.

Se evaluó la validez de contenido sometiendo el cuestionario a un juicio de expertos en LM de la Región de Murcia.

El juicio de expertos se define como una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones²².

Para identificar a los componentes del juicio de expertos se tuvieron en cuenta los criterios de selección que proponen Skjong y Wentworth²³:

- Experiencia en la realización de juicios y toma de decisiones basada en evidencia o experticia (grados, investigaciones, publicaciones, posición, experiencia y premios entre otras).
- Reputación en la comunidad
- Disponibilidad y motivación para participar
- Imparcialidad y cualidades inherentes como confianza en sí mismo y adaptabilidad.

Se consiguió la colaboración de un total de once expertos de los diecisiete contactados (la participación fue de un 64,7%). Los expertos que formaron parte del proceso de validación del instrumento, provienen de Hospital, Centro de Salud, Universidad o Grupos de apoyo a la lactancia de Murcia, Cartagena, Lorca, San Javier, Yecla y Caravaca de la Cruz.

Los expertos fueron contactados por correo o por entrevista telefónica durante los meses de diciembre de 2013 y enero de 2014. Se les envió el cuestionario piloto, el proyecto de investigación y las pautas a seguir a la hora de valorar el instrumento. Respondieron preguntas acerca de la claridad y la idoneidad de cada punto del cuestionario, así como, de la coherencia del instrumento en relación a la pregunta de investigación del estudio.

El juicio de expertos se realizó con la finalidad de obtener una validez lógica o aparente y de contenido. Así pues, se pretende que el instrumento mida lo que quiere medir a juicio de los expertos y que abarque la mayor cantidad de dimensiones posibles del concepto que se quiere estudiar²⁴

Pilotaje

Para el pilotaje se contó con la colaboración de la asociación de apoyo a la lactancia "Lactando" de la Región de Murcia y una enfermera experta en cuestiones relacionadas con la LM y con formación en investigación cuantitativa.

La prueba piloto se llevó a cabo entre los meses de marzo y abril de 2014. Las encuestas fueron realizadas

directamente por las usuarias que acudían al grupo de apoyo y que tras ser informadas de la finalidad del estudio, querían colaborar de manera voluntaria con él.

Tras cumplimentar la encuesta, la enfermera colaboradora, registró las observaciones y comentarios referidos por las mujeres, que posteriormente se utilizaron para hacer nuevas modificaciones del instrumento. Se realizó un total de 50 cuestionarios, de los cuales se desecharon 5 por estar incompletos. Obtuvimos 29 comentarios de los 45 cuestionarios finales.

Validez de constructo

Para la validez de constructo se realizó un análisis factorial con el que se determinaron las distintas dimensiones que el cuestionario podría medir.

El análisis factorial es una técnica de reproducción de datos que sirve para encontrar grupos homogéneos de variables a partir de un conjunto numeroso de variables. Los grupos homogéneos que comparten significado, se forman con las variables que correlacionan entre sí. El análisis factorial es, por tanto, una técnica de reducción de la dimensionalidad de los datos²⁴.

Métodos estadísticos realizados

Se realizó a través del programa SPSS, una estadística descriptiva de cada uno de los ítems obteniendo distribuciones de frecuencias y parámetros característicos como media, mediana, desviación típica, máximo y mínimo.

Para la validez de constructo se hizo un análisis factorial y a partir de él se obtuvieron las relaciones estructurales entre ítems. El método utilizado fue el Análisis de Componentes Principales, que, como señala Bisquerra²⁵, permite transformar un conjunto de variables intercorrelacionadas en otro conjunto de variables no correlacionadas denominadas factores. El método de rotación utilizado fue el Varimax, propuesto por Kaiser, que consiste en maximizar la varianza de los factores. Cada columna de la matriz factorial rotada produce algunos pesos muy altos y otros que se aproximan a cero. Este método tiende a minimizar el número de variables que tienen saturaciones altas en un factor, facilitando así la interpretación de los resultados²⁶.

Para la comparación de grupos se utilizó contrastes de igualdad de dos medias con el test de la t-Student, análisis de varianza con contrastes de igualdad de pares de medias con el método de la mínima diferencia significativa. La relación entre variables cuantitativas se vio con análisis de regresión y de correlación con el cálculo del coeficiente de correlación de Pearson. Y la dependencia o asociación entre variables cualitativas se abordó con análisis de tablas de contingencia con el test de la ji-cuadrado de Pearson complementado con el análisis de residuos para ver el sentido de la dependencia.

Resultados

La versión final del instrumento (Anexo 1), es el resultado de las modificaciones que se produjeron a lo largo del proceso de elaboración, validación de contenido, pilotaje y validación de constructo del cuestionario.

En las fases iniciales de elaboración y validación de contenido (juicio de expertos), se realizaron las modificaciones más significativas al cuestionario, entre las que destacamos, respecto a los problemas relacionados con la lactancia (pregunta 17), se añadió cansancio/agotamiento. En la pregunta 18 (¿Ha consultado su duda o problema con algún profesional o servicio de apoyo a la lactancia?) se incorporaron seis nuevos ítems: urgencias hospitalarias, profesionales de parto/recuperación, profesionales de planta (maternidad), médico/a de familia de centro de salud, matrn/a de centro de salud y enfermero/a de centro de salud. Respecto al tipo de lactancia (pregunta 24), se cambió la clasificación de lactancia, pasando de ser materna, mixta o artificial a exclusiva, predominante o alimentación complementaria. Esta última clasificación se adapta a las definiciones publicadas por la OMS en 2007²⁷. Y por último, la pregunta 34 tipo Likert (cuyos ítems componen la dimensión de la satisfacción) que inicialmente tenía diez ítems pasó a tener doce, incorporando en este caso, “No he tenido ningún problema con respecto a mi lactancia” y “No he sabido a dónde o a quién acudir para resolver mi problema”.

La media de edad de las mujeres que participaron en el pilotaje del cuestionario fue de 34,41 años, el 91,1% de ellas eran de origen español y el 100% o estaban casadas o vivían en pareja. En su mayoría (91,1%) tenían estudios universitarios, sin embargo, solo un 37,8% de las mujeres trabajaban en comparación con un 82,2% en el caso de sus parejas. La mayoría (51,1%) tenían 2 hijos y el 44,4% solo uno.

Algunos de los resultados más significativos del pilotaje obtenidos tras la estadística descriptiva, fueron que el 97,8% de las mujeres tenían intención de lactar durante el embarazo o anteriormente al mismo, sin embargo un 14,7% le dieron biberones a sus bebés. Así mismo, el 40% de las mujeres recibieron en la planta de maternidad algún tipo de suplemento (suero glucosado o leche artificial), sin que se lo hubiera indicado el pediatra.

El 95,6% de las mujeres recibieron o buscaron durante el embarazo algún tipo de información sobre lactancia materna, siendo las clases de preparación al parto (91,1%) las más demandadas.

Los principales problemas encontrados durante la lactancia fueron las grietas (62,2%), dudas sobre la compatibilidad de ciertos medicamentos con la lactancia (53,3%), dolor a la hora de dar el pecho (51,1%) y dudas sobre si el bebé se quedaba con hambre (51,1%).

Los profesionales que más consultas de lactancia recibieron, fueron los pediatras en primer lugar (40%), seguidos de las matronas (37,8%). Aunque

IMPACTO DE LAS REDES DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN LA REGIÓN DE MURCIA

Tabla I
Análisis factorial. Matriz de componentes rotados (Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser)

Variables	Componentes				
	1	2	3	4	5
Me siento apoyada	0,942				
Me siento satisfecha con los servicios	0,914	0,133			
Me ha ayudado a seguir lactando	0,888			-0,124	
Recomendaría el servicio	0,857	-0,161		-0,206	
Me parece necesario	0,853	-0,183			0,109
Me ha ayudado a resolver problemas	0,843			0,243	
Tiempo de espera razonable	0,820				-0,149
Me siento escuchada	0,800				
Tiempo consulta suficiente	0,632		-0,222	-0,292	0,149
Consulta lactancia	0,193	0,736	0,168		0,184
Consulta privada		0,633		0,154	0,140
Consulta grupo de apoyo		0,622			
Número de consultas	0,412	-0,589			0,132
Obstrucción conducto	-0,186	0,534		0,134	-0,220
Experiencia lactancia anterior			0,905		
Número de hijos	-0,118		-0,874		
Tiempo lactancia hijo anterior	0,187		0,820		0,158
Tipo de parto	-0,344		0,542	0,146	-0,202
Edad	-0,162	-0,101	-0,490		0,244
Tiempo transcurrido hasta la primera toma tras parto	-0,206	0,466	0,473	-0,304	
No consulta	0,151		-0,277	-0,672	-0,107
Inicio problemas		0,223	-0,152	0,592	-0,139
Problemas enganche			-0,253	0,577	-0,235
Dudas sobre incorporación laboral y LM		-0,154		-0,538	-0,113
No ha tenido problemas	-0,124	0,380	-0,113	0,524	-0,176
Problemas con la subida de la leche	0,228	-0,260		0,411	-0,343
Ayuda en planta		0,238	0,296		0,597
Apoyo madre	-0,228	0,260	-0,151	-0,199	0,559
No recibió información	0,100	-0,166		0,202	0,487
Intención de lactar			-0,167		0,471
Me gustaría tener más servicios	0,293	-0,136			0,464
Apoyo amigo/a	-0,340	0,119		-0,395	0,457
Apoyo grupo de apoyo	-0,228	0,333	0,285	0,182	-0,414
Ayuda paritorio/recuperación	-0,266	0,176	0,230		0,348

sorprendentemente el apoyo no profesional fue el que más peso obtuvo, siendo los grupos de apoyo a la lactancia (62,2%), y los amigos/familiares (61,5%), los más demandados. Aun así, el 83,7% de las mujeres, les gustaría disponer de más servicios de apoyo a la lactancia

Los comentarios y observaciones hechas por las participantes del pilotaje fueron consideradas para una segunda modificación del instrumento. Los cambios hechos en esta fase, se centraron en cuestiones semánticas del cuestionario, ya que determinada terminología empleada generaba confusión en algunas participantes. Así por ejemplo, se cambió el término red de apoyo a la lactancia por servicio o personal que atiende dudas o problemas de lactancia. También se suprimió la antigua pregunta 27 que hacía referencia a la permanencia de la LM en hijos anteriores, por ser confuso y poco específico el concepto de “hijo anterior”.

El análisis estadístico realizado tras el pilotaje también sirvió de filtro para hacer las últimas modificaciones al cuestionario. Primero se realizó una estadística descriptiva, en la que los ítems que tenían variabilidad cero se eliminaron, como la pregunta 3 de estado civil, el ítem “otros” en la pregunta 8, o los ítems “dudas sobre continuar lactando por el consumo de tabaco o dudas sobre continuar lactando por el consumo de drogas”, de la pregunta 17.

Como podemos observar en la tabla I, solo las correlaciones superiores a 0,3 fueron consideradas, siendo en este caso 0,348 la más baja. La dimensión de la satisfacción fue la más destacada con nueve ítems y una correlación interna de 0,942 a 0,632. La segunda dimensión (consultas) se compone de cinco ítems, la tercera (experiencia) de seis, la cuarta (problemas) de seis igualmente y la quinta (apoyo) de ocho.

A través del análisis de componentes principales, se obtuvo una alta varianza total explicada. Así se determinaron los factores con los elementos que los definían. El porcentaje de la varianza que más peso obtuvo fue la satisfacción con un 11,157%, seguido de las consultas con un 7,187%. El porcentaje de varianza mínimo considerado para el estudio fue de un 5,093% y correspondió a la dimensión del apoyo.

Las cinco dimensiones obtenidas tras el análisis factorial del cuestionario fueron:

- Satisfacción
- Consultas
- Experiencias anteriores
- Problemas
- Apoyo

El grado de satisfacción o calidad percibida por las usuarias de los servicios de apoyo a la lactancia, la medimos por medio de una pregunta tipo Likert que se desarrolla a través de doce afirmaciones que comparten las mismas opciones de respuesta. Las cinco categorías para cada ítem son (“total desacuerdo”, “desacuerdo”, “neutral”, “de acuerdo”, “totalmente de acuerdo”).

La segunda dimensión del cuestionario trata sobre las consultas realizadas por las usuarias que acuden a los servicios de ayuda a la LM. Este componente estudia desde el número de consultas que se realizan, hasta cuáles son los profesionales o servicios de apoyo a la lactancia más demandados.

El tercer aspecto que desarrolla el cuestionario es la experiencia anterior a la lactancia. Esta categoría trata de profundizar acerca de los aspectos que pueden influir positiva o negativamente en la decisión de lactar, antes de que aparezcan los problemas o se den las primeras dudas sobre lactancia. Esta dimensión pregunta sobre los antecedentes obstétricos y experiencia en el post-parto, así como la experiencia anterior en lactancia, si es que la hay.

El cuarto componente del cuestionario son los problemas que surgen en cuanto a lactancia. Abarcamos con esta dimensión, desde los principales problemas que experimentan las mujeres que dan el pecho hasta en qué momento aparecen dichos problemas.

La última dimensión que desarrolla el cuestionario es el apoyo percibido por las usuarias. De dónde proviene el apoyo a la lactancia según la experiencia de las mujeres y si este apoyo lo consideran suficiente o no.

El instrumento validado, consta de treinta y cinco preguntas, de las cuales, doce son dicotómicas, veintidós politómicas o categorizadas y una tipo Likert.

Tabla II
Varianza total explicada. Método de extracción: Análisis de Componentes principales

Componentes	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1. Satisfacción	10,041	11,157	11,157	10,041	11,157	11,157	9,200	10,222	10,222
2. Consultas	6,468	7,187	18,344	6,468	7,187	18,344	5,730	6,367	16,589
3. Experiencia	6,119	6,798	25,142	6,119	6,798	25,142	5,441	6,046	22,635
4. Problemas	5,225	5,806	30,948	5,225	5,806	30,948	4,884	5,427	28,062
5. Apoyo	4,584	5,093	36,041	4,584	5,093	36,041	4,445	4,939	33,001

A su vez dentro de las dicotómicas, hay dieciocho excluyentes y cuatro con varias posibilidades de respuesta. Para su correcto uso, el cuestionario debe llevar como introducción, una hoja explicando los motivos del estudio, agradeciendo la participación y asegurando la confidencialidad de los datos de las participantes.

Discusión (conclusión y recomendaciones)

En España no se dispone de un sistema adecuado de monitorización de la situación de la lactancia, aun

así, los estudios relacionados revelan que muy pocas madres alcanzan las recomendaciones de la OMS sobre lactancia, y es con acciones dirigidas a mejorar la calidad y duración de la LM en donde se ha de trabajar. Para ello, es necesario impulsar la investigación sobre LM y tener más en cuenta la promoción de la LM²⁸⁻³⁰.

Es por ello, que consideramos de vital importancia contribuir a la promoción, protección y apoyo a la LM desde la investigación. A partir del diseño, validación y publicación de nuestro cuestionario, pretendemos realizar nuestra humilde aportación al mundo de la investigación sobre LM

Anexo. I. Cuestionario validado: versión final del instrumento.

Desde la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia, estamos realizando un estudio para valorar el impacto de las diferentes redes de apoyo a la lactancia materna, disponibles para las mujeres que lactan en la Región de Murcia. Por favor, conteste sinceramente a las preguntas que se formulan a continuación.

La realización de este cuestionario tan solo le llevará unos minutos. Su colaboración es completamente anónima y voluntaria. Todo lo que aquí quede reflejado será tratado de forma absolutamente confidencial. Si no desea participar en el estudio, su atención sanitaria no cambiará de manera alguna.

Le agradecemos muy sinceramente su ayuda desinteresada.

Por favor, marque con una X la respuesta seleccionada:

1. ¿Cuál es su edad? (por favor, escriba dentro del recuadro cual es su edad)

2. ¿Cuál es su nacionalidad? (por favor, escriba dentro del recuadro cual es su nacionalidad)

3. ¿Número de hijos?

4. ¿Cuáles con sus estudios concluidos?

5. Actualmente usted está:

6. Actualmente su pareja está:

7. ¿Durante el embarazo o anteriormente al mismo, pasó en dar el pecho a su bebé?

8. ¿Recibió o basó algún tipo de información sobre lactancia materna durante su embarazo? (Marque con una X tantas casillas como considere necesarias)

9. ¿Hay mujeres de su entorno que están dando el pecho?

10. ¿Su madre le dio el pecho?

11. ¿Alguien de su entorno le apoya con la lactancia? (Marque con una X tantas casillas como considere necesarias)

12. ¿Tiene en casa ayuda para las tareas del hogar?

13. ¿Recibió ayuda de algún profesional de parturición/recuperación a la hora de dar el pecho?

14. ¿Recibió ayuda de algún profesional de planta (maternidad) a la hora de dar el pecho?

15. ¿Recibió ayuda de algún profesional del centro de salud a la hora de dar el pecho?

16. ¿En la planta de maternidad, le ofrecieron algún suplemento (suero glucosado o leche artificial) sin que se le hubiera indicado el pediatra?

17. ¿Ha tenido alguna duda o problema relacionado con la lactancia? (Marque con una X tantas casillas como considere necesarias)

18. ¿Ha consultado su duda o problema con algún profesional o servicio de apoyo a la lactancia? (Marque con una X tantas casillas como considere necesarias)

19. ¿Ha consultado su duda o problema con algún amigo o familiar?

20. ¿En cuántas ocasiones ha consultado su problema con algún profesional o servicio de apoyo a la lactancia?

21. ¿Cuándo empezaron a aparecer los problemas con la lactancia?

22. ¿Cuándo hizo su primera consulta sobre lactancia a algún profesional o grupo de apoyo a la lactancia?

23. ¿Qué edad tiene su bebé ahora?

24. ¿Qué tipo de lactancia ha llevado a cabo con su bebé hasta los 6 meses?

25. ¿Cuántos meses le ha dado el pecho a su hijo?

26. ¿A qué edad dio el pecho a su hijo a día de hoy?

27. ¿Le ha dado el pecho a otro hijo anteriormente?

28. En relación a su último embarazo, por favor, conteste las preguntas que se le formulan a continuación. ¿Con cuántas semanas de gestación dio a luz?

29. Su embarazo fue:

30. Su parto fue:

31. ¿Utilizó analgesia epidural?

32. ¿Su hijo ha tenido que estar ingresado en el servicio de neonatos tras el parto?

33. ¿Tras el parto ha estado piel con piel con su bebé?

34. ¿Cuánto tiempo transcurrió aproximadamente desde que nació el bebé hasta que se enganchó por primera vez al pecho?

35. Por favor, marque con una X la puntuación que más se acerque a su experiencia, teniendo en cuenta que:

1 = TOTALMENTE DESACUERDO
2 = DESACUERDO
3 = NEUTRAL
4 = DE ACUERDO
5 = TOTALMENTE DE ACUERDO

¿Cuál ha sido su experiencia en relación a los servicios o redes de apoyo a la lactancia?

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Anexo. I. Cuestionario validado: versión final del instrumento

El proceso de elaboración y validación del cuestionario ha servido para crear un instrumento válido, pertinente y capaz de medir, a nivel cuantitativo, el impacto de las redes de apoyo a la lactancia. La validación de contenido se ha llevado a cabo por medio del juicio de expertos, siguiendo las pautas de Skjong y Wentworth²³. Se obtuvo de tal modo, una validez lógica o aparente, consiguiendo la mayor cantidad de dimensiones posibles para el instrumento. El pilotaje se realizó con el propósito de evaluar, la dificultad, el interés o atención de las participantes, el orden de los ítems, el tiempo empleado, la adecuación del vocabulario y a su vez descartar errores ortográficos o tipográficos.

Podemos afirmar que el cuestionario cumple las condiciones de consistencia interna, que hacen que lo consideremos una prueba fiable²⁶. Por otra parte, el análisis factorial aporta una mayor comprensión de los contenidos que aborda, al reorganizar el cuestionario en cinco grandes dimensiones:

- El grado de *satisfacción* o calidad percibida por las usuarias de los servicios de apoyo a la lactancia. Que recoge aspectos sobre la capacidad de resolver problemas desde la escucha, el apoyo y el tiempo empleado por parte del personal que forma parte de las redes de apoyo a la lactancia.
- Las *consultas* realizadas por las usuarias que acuden a los servicios de ayuda a la LM. Que recopila todos los aspectos relacionados con el número de consultas que se realizan o los profesionales o servicios de apoyo a la lactancia más demandados.
- La *experiencia* anterior a la lactancia. Que se refiere a los aspectos que pueden influir positiva o negativamente en la decisión de lactar, antes de que aparezcan los problemas o se den las primeras dudas sobre lactancia.
- Los *problemas* que surgen en cuanto a lactancia. Esta dimensión profundiza en los principales problemas que experimentan las mujeres que dan el pecho y el momento en el que aparecen.
- El *apoyo* percibido por las usuarias. Este componente engloba la procedencia y la necesidad del apoyo a la lactancia.

A través de la validación de constructo, el cuestionario ha obtenido una alta consistencia interna para sus cinco componentes, consiguiendo valores que oscilan de 0,942 a 0,632. Así mismo el porcentaje de varianza total explicada fue elevado, siendo el porcentaje más alto 11,157% y el más bajo 5,093%. Sin embargo, algunos ítems han sido eliminados por no presentar variabilidad de respuesta tras el pilotaje, mejorando así la consistencia interna del cuestionario.

Con lo que se demuestra, que el instrumento está validado a nivel de contenido y a nivel de constructo. Por esta razón, nuestro equipo investigador tiene en proyecto un estudio cuantitativo sobre LM en la

Región de Murcia, en el que se usará el cuestionario como herramienta principal para el trabajo de campo. A pesar de esto, la prueba resulta más estable a medida que aumenta el tamaño muestra³¹, es por ello que animamos a que se mejoren las propiedades psicométricas del cuestionario, utilizándolo para otros estudios y comparándolo en diferentes contextos.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración desinteresada de todos los expertos que han compartido su tiempo y sus conocimientos, para llevar a cabo el proceso de validación del cuestionario. Muchas gracias igualmente al grupo de apoyo a la lactancia "Lactando", por darnos la oportunidad de realizar el pilotaje del cuestionario.

Referencias

1. Castillo-Castañeda PC, Gaxiola-Robles R, Méndez-Rodríguez LC, Zenteno-Savín T. Defensas antioxidantes en leche materna en relación al número de gestas y a la edad de las madres. *Nutr Hosp* 2014;30(3):540-547.
2. León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martín L. Cuantificación de los Beneficios de la Lactancia Materna: Reseña de la Evidencia. OPS, OMS y UNICEF. 2002. [Consultado el 02/05/2014] Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/2-evid_beneficios.pdf
3. Weimer J. The Economic Benefits of Breastfeeding: A Review and Analysis. Food Assistance and Nutrition Research Report No. 13. 2001. [Consultado el 02/05/2014]. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/6-economic_benefits.pdf
4. Comisión Europea. Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos. Proyecto de la U.E sobre la Promoción de la Lactancia en Europa: Plan estratégico para la acción. 2004. [Consultado el 16/05/13]. Disponible en: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm
5. Pereda-Goikoetxea B, Etxaniz-Elosegi I, Aramburu-Aliaga I, Ugartemendia-Yerobi M, Uranga-Iturrioz MJ, Zinkunegi-Zubizarreta N. Beneficios de las intervenciones profesionales de apoyo en la lactancia materna. Revisión bibliográfica. *Matronas Prof* 2014;15(2):1-8.
6. Lu M C, Lange L, Slusser W, Hamilton J, Hamilton N. Provider encouragement of breast-feeding: evidence from a national survey. *Obstet Gynecol* 2001;97(2):290-5.
7. García-Casanova MC, García-Casanova S, Pi-Juan M, Ruiz-Mariscal E, Paredada-Esquius N. Lactancia materna: ¿puede el personal sanitario influir positivamente en su duración?. *Aten Primaria* 2005;35(6):295-300.
8. Lamontagne C, Hamelin AM, St-Pierre M. The breastfeeding experience of women with major difficulties who use the services of a breastfeeding clinic: a descriptive study. *International Breastfeeding Journal* 2008;3:17.
9. Gilbert, McLoughlin. Evaluation of parents views on breastfeeding support services in Northamptonshire. Breastfeeding Policy NHS. 2013. [Consultado el 06/03/14]. Disponible en: <http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.kgh.nhs.uk%2FEasySiteWeb%2Fgetresource.axd%3FAssetID%3D8356%26type%3Dfull%26servicetype%3DAttachment&ei=GwwqVPiuf4WE8gXVsIGQBA&usq=AFQjCNGViC1-KXMaZNuNjopDcOqEzLux6w>
10. Chin L Y, Amir L H. Survey of patient satisfaction with the Breastfeeding Education and Support Services of The Royal Women's Hospital, Melbourne. *BMC Health Services Research* 2008;8:83.

11. Pastore MT, Nelson A. A Breastfeeding Drop-In Center Survey Evaluation. *J Hum Lact* 1997;13:291-298.
12. Stefiuk W, Green KL, Turnell R, Smith B. Process Evaluation of the Saskatoon Breastfeeding Center. *J Hum Lact* 2002;18:29-37.
13. Noy SE, Apip PM, Guzman PP. Lactancia materna: impacto de la consulta de apoyo a la madre que trabaja. *Rev.latino-am. enfermagem* 1998;6:61-70.
14. Mira JJ, Buil A, Rodríguez-Marín J, Aranz J. Calidad percibida del cuidado hospitalario: adaptación del SERVQUAL al hospital público. *Gac Sanit* 1997;11:176-189.
15. McAndrew F, Thompson J, Fellows L, Large A, Speed M, Renfrew M J. Infant Feeding Survey 2010. NHS. [Consultado el 11/02/13]. Disponible en: <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB08694/Infant-Feeding-Survey-2010-Consolidated-Report.pdf>
16. Cea D'Ancona M A. Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social. Madrid. Editorial Síntesis; 2001.P.415.
17. Chow T, Wolfe E W, Olson B H. Development, Content Validity, and Piloting of an Instrument Designed to Measure Managers' Attitude toward Workplace Breastfeeding Support. *J Acad Nutr Diet* 2012;112(7):1042-7.
18. García de Yébenes Prous M J, Rodríguez Salvanés F, Carmona Ortells L. Validación de cuestionarios. *Reumatol Clin* 2009;5(4):171-177.
19. Pardo A, Ruiz M, Jórdar E, Garrido J, De Rosendo JM, Usán LA. Desarrollo de un cuestionario para la valoración y cuantificación de los hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad. *Nutr Hosp* 2004;19(2):99-109.
20. García-Cervantes L, Martínez-Gomez D, Rodríguez-Romo G, Cabanas-Sánchez V, Marcos A, Veiga OL. Reliability and validity of an adapted version of the ALPHA environmental questionnaire on physical activity in Spanish youth. *Nutr Hosp* 2014;30(5):1118-1124.
21. Márquez-Sandoval YF, Salazar-Ruiz EN, Macedo-Ojeda G, Altamirano-Martínez MB, Bernal-Orozco MF, Salas-Salvado J, et al. Diseño y validación de un cuestionario para evaluar el comportamiento alimentario en estudiantes mexicanos del área de la salud. *Nutr Hosp* 2014;30(1):153-164.
22. Escobar-Pérez J, Cuervo-Martínez A. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avan Med* 2008;6:27-36.
23. Skjong R, Wentworth B H. Expert Judgement and risk perception. *Det Norske Veritas*. 2000. N-1322: 01-47. [Consultado el 15/01/14]. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.194.6113&rep=rep1&type=pdf>
24. García Jiménez E, Gil Flores J, Rodríguez Gómez G. Análisis factorial. Cuadernos de estadística. Volumen 7. Madrid : La Muralla; Salamanca : Hespérides, D.L. 2000.
25. Bisquerra R. Introducción conceptual al análisis multivariable un enfoque informático con los paquetes SPSS-X, BMDP, LISREL y SPAD. 1989. (Vol I y Vol II). Barcelona: PPU. P. 18-9
26. Aciego de Mendoza R, Domínguez Medina R, Hernández Hernández P. Consistencia interna y estructura factorial de un cuestionario sobre autorrealización y crecimiento personal. *Psicothema* 2005;17:134-42.
27. OMS UNICEF, USAID, AED, UCDAVIS, IFPRI. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Parte 1: Definiciones. Conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington, DC, EE.UU. [Consultado el 15/01/14]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243596662_spa.pdf
28. WHA [página en internet]. 61a Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones y decisiones. Ginebra. 2008. [Consultado el 15/01/14]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/26291/1/A61_REC1-sp.pdf?ua=1
29. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría. *An Pediatr* 2005;63:340-56.
30. Ortega García J A, Pastor Torres E, Martínez Lorente I, Bosch Giménez V, Quesada López J J, Hernandez Ramón F, et al. Proyecto Malama en la Región de Murcia (España); medio ambiente y lactancia maternal. *An Pediatr* 2008;68:447-53.
31. Lima Rodríguez J S, Lima Serrano M, Jiménez Picón N, Domínguez Sánchez I. Consistencia interna y validez de un cuestionario para medir la autopercepción del estado de salud familiar. *Rev Esp Salud Pública* 2012;86:509-21.

ANEXO 3

CUESTIONARIO VALIDADO



Desde la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia, estamos realizando un estudio para valorar el impacto de las diferentes redes de apoyo a la lactancia materna, disponibles para las mujeres que lactan en la Región de Murcia. Por favor, conteste sinceramente a las preguntas que se formulan a continuación.

La realización de este cuestionario tan solo le llevará unos minutos. Su colaboración es completamente **anónima y voluntaria**. Todo lo que aquí quede reflejado será tratado de forma absolutamente **confidencial**. Si no desea participar en el estudio, su atención sanitaria no cambiará de manera alguna.

Le agradecemos muy sinceramente su ayuda desinteresada.

Por favor, marque con una X la respuesta seleccionada:

1. ¿Cuál es su edad? (por, favor escriba dentro del recuadro cual es su edad)

años

2. ¿Cuál es su nacionalidad? (por favor, escriba dentro del recuadro cual es su nacionalidad)

3. ¿Número de hijos?

1 2 3 4 5 o más

4. ¿Cuáles son sus estudios concluidos?

Sin estudios <input type="checkbox"/>	Bachillerato <input type="checkbox"/>	Universitarios <input type="checkbox"/>
Primaria <input type="checkbox"/>	Formación Profesional <input type="checkbox"/>	

5. Actualmente usted está:

Trabajando De baja No estoy trabajando

6. Actualmente su pareja está:

Trabajando De baja No está trabajando No tengo pareja

7. ¿Durante el embarazo o anteriormente al mismo, pensó en dar el pecho a su bebé?

Sí No

8. ¿Recibió o buscó algún tipo de información sobre lactancia materna durante su embarazo? (Marque con una X tantas casillas como considere necesarias)

No recibí ninguna información <input type="checkbox"/>	Acudí a un grupo de apoyo a la lactancia <input type="checkbox"/>
No busqué ninguna información <input type="checkbox"/>	Asistí a clases de preparación al parto <input type="checkbox"/>
Busqué información por internet <input type="checkbox"/>	Me ha informado mi enfermero/a <input type="checkbox"/>
Asistí a alguna charla/debate <input type="checkbox"/>	Me ha informado mi matró/a <input type="checkbox"/>
He leído libros /estudios científicos <input type="checkbox"/>	Me ha informado mi médico/a <input type="checkbox"/>
He leído revistas/folletos <input type="checkbox"/>	Me ha informado algún amigo/familiar <input type="checkbox"/>

9. ¿Hay mujeres de su entorno que estén dando el pecho?

Sí No

10. ¿Su madre le dio el pecho?

Sí No No lo sé

11. ¿Alguien de su entorno le apoya con la lactancia? (Marque con una X tantas casillas como considere necesarias)

Mi pareja	<input type="checkbox"/>	Un grupo de apoyo a la lactancia	<input type="checkbox"/>
Mi madre	<input type="checkbox"/>	Profesionales sanitarios	<input type="checkbox"/>
Un familiar (que no sea ni su madre ni su pareja)	<input type="checkbox"/>	No me siento apoyada	<input type="checkbox"/>
Algún amigo/a	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

12. ¿Tiene en casa ayuda para las tareas del hogar?

Sí No

13. ¿Recibió ayuda de algún profesional de paritorio/recuperación a la hora de dar el pecho?

Sí No

14. ¿Recibió ayuda de algún profesional de planta (maternidad) a la hora de dar el pecho?

Sí No

15. ¿Recibió ayuda de algún profesional del centro de salud a la hora de dar el pecho?

Sí No

16. ¿En la planta de maternidad, le ofrecieron algún suplemento (suero glucosado o leche artificial) sin que se lo hubiera indicado el pediatra?

Sí No

17. ¿Ha tenido alguna duda o problema relacionado con la lactancia? (Marque con una X tantas casillas como considere necesarias)

No he tenido problemas con la lactancia	<input type="checkbox"/>	Frenillo del bebé	<input type="checkbox"/>
Cansancio/agotamiento	<input type="checkbox"/>	Relactación (volver a dar el pecho o pasar de lactancia mixta a exclusiva)	<input type="checkbox"/>
Lactancia dolorosa	<input type="checkbox"/>	Dudas sobre la calidad de mi leche	<input type="checkbox"/>
Problemas del bebé al engancharse al pecho	<input type="checkbox"/>	Dudas sobre mi capacidad para dar el pecho	<input type="checkbox"/>
Rechazo del pecho por parte del bebé	<input type="checkbox"/>	Dudas sobre si mi bebé se queda con hambre	<input type="checkbox"/>
Problemas con la subida de la leche	<input type="checkbox"/>	Dudas sobre la manipulación de la leche materna	<input type="checkbox"/>
Producción excesiva de leche	<input type="checkbox"/>	Dudas sobre mi incorporación laboral es compatible con la lactancia	<input type="checkbox"/>
Producción insuficiente de leche	<input type="checkbox"/>	Dudas sobre la compatibilidad de ciertos medicamentos con la lactancia	<input type="checkbox"/>
Problemas con el peso del bebé	<input type="checkbox"/>	Dudas relacionadas con la postura/técnica para amamantar	<input type="checkbox"/>
Pezón plano/invertido	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
Grietas en el pezón	<input type="checkbox"/>		
Obstrucción de un conducto mamario	<input type="checkbox"/>		
Congestión mamaria	<input type="checkbox"/>		
Mastitis	<input type="checkbox"/>		
Hongos	<input type="checkbox"/>		

18. ¿Ha consultado su duda o problema con algún profesional o servicio de apoyo a la lactancia? (Marque con una X tantas casillas como considere necesarias)

No he consultado con nadie	<input type="checkbox"/>	Sí, he consultado con mi pediatra de centro de salud	<input type="checkbox"/>
No he tenido problemas con la lactancia	<input type="checkbox"/>	Sí, he consultado con mi médico/a de familia de centro de salud	<input type="checkbox"/>
Sí, he ido a urgencias de mi hospital	<input type="checkbox"/>	Sí, he consultado con mi matró/a de centro de salud	<input type="checkbox"/>
Sí, he consultado con profesionales de paritorio/recuperación de planta (maternidad)	<input type="checkbox"/>	Sí, he consultado con mi enfermero/a de centro de salud	<input type="checkbox"/>
Sí, he ido a la consulta de lactancia de mi hospital	<input type="checkbox"/>	Sí, he ido a un grupo de apoyo a la lactancia	<input type="checkbox"/>
Sí, he ido a una consulta privada de lactancia	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

19. ¿Ha consultado su duda o problema con algún amigo o familiar?

Sí No

20. ¿En cuántas ocasiones ha consultado su problema con algún profesional o servicio de apoyo a la lactancia?

Nunca 1 vez 2 veces 3 veces 4 o más veces

21. ¿Cuándo empezaron a aparecer los problemas con la lactancia?

El primer día	<input type="checkbox"/>	Del 1º al 2º mes	<input type="checkbox"/>	De 1 a 2 años	<input type="checkbox"/>
Del 2º al 6º día	<input type="checkbox"/>	Del 3º al 6º mes	<input type="checkbox"/>	A partir de los 2 años	<input type="checkbox"/>
De la 1ª a la 3ª semana	<input type="checkbox"/>	Del 7º al 11º mes	<input type="checkbox"/>	No he tenido problemas	<input type="checkbox"/>

22. ¿Cuándo hizo su primera consulta sobre lactancia a algún profesional o grupo de apoyo a la lactancia?

El primer día	<input type="checkbox"/>	Del 1º al 2º mes	<input type="checkbox"/>	De 1 a 2 años	<input type="checkbox"/>
Del 2º al 6º día	<input type="checkbox"/>	Del 3º al 6º mes	<input type="checkbox"/>	A partir de los 2 años	<input type="checkbox"/>
De la 1ª a la 3ª semana	<input type="checkbox"/>	Del 7º al 11º mes	<input type="checkbox"/>	No he hecho ninguna consulta	<input type="checkbox"/>

23. ¿Qué edad tiene su bebé ahora?

De 0 a 1 día	<input type="checkbox"/>	De 1 a 2 meses	<input type="checkbox"/>	De 1 a 2 años	<input type="checkbox"/>
De 2 a 6 días	<input type="checkbox"/>	De 3 a 6 meses	<input type="checkbox"/>	Más de 2 años	<input type="checkbox"/>
De 1 a 3 semanas	<input type="checkbox"/>	De 7 a 11 meses	<input type="checkbox"/>		

24. ¿Qué tipo de lactancia ha llevado a cabo con su bebé hasta los 6 meses?:

Lactancia materna exclusiva (únicamente leche materna)	<input type="checkbox"/>
Lactancia materna predominante (leche materna con infusiones, agua, zumos, líquidos...)	<input type="checkbox"/>
Alimentación complementaria (leche materna con alimentos sólidos como papillas y/o líquidos como leche artificial)	<input type="checkbox"/>

25. ¿Cuántos meses le ha dado el pecho a su hijo?

meses

26. ¿Le sigue dando el pecho a su hijo a día de hoy?

Sí No

27. ¿Le ha dado el pecho a otro hijo anteriormente?

Sí, y la experiencia fue satisfactoria No le he dado el pecho
 Sí, y la experiencia no fue satisfactoria No tengo más hijos

28. En relación a su último embarazo, por favor, conteste las preguntas que se le formulan a continuación. ¿Con cuántas semanas de gestación dio a luz?

≤ 34 semanas 37 - 42 semanas
 34 - 36 semanas > 42 semanas

29. Su embarazo fue:

Único Gemelar Múltiple (trillizos, cuatrillizos...)

30. Su parto fue:

Vaginal Vaginal instrumentado (Forceps o Ventosa) Cesárea

31. ¿Utilizó analgesia epidural?

Sí No

32. ¿Su hijo ha tenido que estar ingresado en el servicio de neonatos tras el parto?

Sí No

33. ¿Tras el parto ha estado piel con piel con su bebé?

Sí No

34. ¿Cuánto tiempo transcurrió aproximadamente desde que nació el bebé hasta que se enganchó por primera vez al pecho?

Inmediatamente 2 horas
 30 minutos 3 o más horas
 1 hora No me acuerdo

35. Por favor, marque con una X la puntuación que más se acerque a su experiencia, teniendo en cuenta que:




1 = TOTALMENTE DESACUERDO

2 = DESACUERDO

3 = NEUTRAL

4 = DE ACUERDO

5 = TOTALMENTE DE ACUERDO

¿Cuál ha sido su experiencia en relación a los servicios o redes de apoyo a la lactancia?	TOTAL DESACUERDO			TOTAL ACUERDO	
					
No he tenido ningún problema con respecto a mi lactancia	1	2	3	4	5
No he sabido a dónde o a quién acudir para resolver mi problema	1	2	3	4	5
El profesional o servicio de apoyo a la lactancia al que he consultado, me ha ayudado a resolver mis problemas con la lactancia	1	2	3	4	5
Me siento apoyada por la persona que ha atendido mi duda o problema de lactancia	1	2	3	4	5
Me siento escuchada por la persona que ha atendido mi duda o problema de lactancia	1	2	3	4	5
La persona que ha atendido mi duda o problema de lactancia, me ha ayudado a continuar lactando	1	2	3	4	5
Me siento satisfecha tras contar con el profesional o servicio de apoyo a la lactancia al que he acudido	1	2	3	4	5
Me parece necesario el profesional o servicio de apoyo a la lactancia al que he acudido	1	2	3	4	5
Le recomendaría éste profesional o servicio a cualquier amigo/a o familiar	1	2	3	4	5
El tiempo empleado por la persona que ha atendido mi duda o problema, me parece suficiente	1	2	3	4	5
El tiempo de espera para consultar mi duda o problema de lactancia, me parece razonable	1	2	3	4	5
Me gustaría disponer de más servicios o redes de apoyo a la lactancia	1	2	3	4	5

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

ANEXO 4

AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL SR. DR. DIRECTOR GERENTE DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA



Fecha: Murcia a 30 de mayo de 2014

De: Dr. D. Domingo Coronado Romero
Director Gerente Hospital Clínico
Universitario Virgen de la
Arrixaca, Área I Murcia Oeste

Prof. D^a M^a Emilia Martínez Roche
Coordinadora Unidad Docente de
Enfermería Obstetrico-Ginecológica.
Universidad de Murcia

N/Ref. DCR/MB

Estimada Profesora

En contestación a su solicitud para la autorización de realización del estudio de investigación relacionado con la Tesis Doctoral " Impacto de las diferentes redes de apoyo a la lactancia materna disponibles para mujeres que lactan en la Region de Murcia" de la doctoranda u matrona D^a **Isabel Baños Piñero** , con D.N.I 48502016F por la que precisan autorización para pasar un cuestionario validado por las mujeres que acudan a la octava revisión del niño sano (2 años) dentro del programa PANA. Los Centros de Salud previstos para el estudio son aquellos que están acreditados para la docencia de los EIR en el Area I:Alcantarilla, Sangonera, San Andres y El Palmar, una vez evaluado por el CEI y la Unidad de Formación Continuada, le comunico que por esta Gerencia no hay inconveniente en su autorización.

Le recordamos que deberá hacernos llegar una copia del estudio una vez concluido, a la Gerencia de este Hospital ya que resulta de gran interés para nosotros.

Las personas con las que deberá contactar en el Hospital , D^a Isabel Baños Piñero, son D. Pablo Viguera Paredes, Jefe de Servicio de Asesoría Jurídica, para la firma del documento de confidencialidad en el teléfono 968 369 666, así como D. Luis Martos Garcia , Supervisor de la Unidad de Formación Continuada, teléfono 968 369 680

Un cordial saludo,


Fdo: Domingo Coronado Romero
Director Gerente Área I Murcia Oeste
Hospital Clínico Universitario Virgen Arrixaca

ANEXO 5

PROGRAMA PANA



PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

La leche humana es el mejor alimento posible para todos los niños, incluidos los prematuros, y de forma exclusiva durante los 6 primeros meses.

La OMS recomienda el mantenimiento de la lactancia materna durante el mayor tiempo posible, hasta los 2 años de edad o más, complementándose con nuevos alimentos a partir de los 6 meses de vida.

Para ello, es necesario desarrollar estrategias de **promoción de la lactancia materna** dirigidas a la madre y a la familia. Hay que promocionarla en los cursos de preparación maternal, en el seguimiento de embarazo, y durante la dilatación y el parto; y continuar apoyándola en el postparto y durante el tiempo que dure la propia lactancia. Para ello, **el personal sanitario debe tener amplios conocimientos sobre la fisiología de la lactancia materna y sus ventajas, así como la técnica y manejo clínico del niño amamantado**. Los profesionales de Atención Primaria deben conocer y fomentar las iniciativas del hospital en relación con la lactancia materna, disponer de recursos de apoyo en la zona de salud (profesionales sanitarios expertos, madres voluntarias, folletos de apoyo, fuentes documentales, etc.), y realizar labores informativas y de educación sanitaria. También deben conocer e informar a la madre sobre sus derechos laborales y rechazar cualquier tipo de publicidad directa o indirecta sobre fórmulas artificiales o entrega de muestras de las mismas.

Antes de introducir una fórmula artificial, el pediatra debe valorar cuidadosamente las consecuencias de esa decisión, asumir la responsabilidad de la misma y estar seguro de que ha agotado

todas las opciones posibles para mantener la lactancia materna.

BENEFICIOS DE LA LECHE MATERNA

PARA EL NIÑO

- Su sistema gastrointestinal la tolera excelentemente.
- Disminuye el riesgo de infecciones intestinales, alergias y eczema atópico.
- Padecen menor número de procesos respiratorios, infecciones invasoras y enterocolitis necrotizante.
- Disminuye el riesgo de obesidad, diabetes mellitus insulino dependiente, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, patología alérgica y linfomas en edades posteriores.
- Evidencias científicas apuntan a que tiene efecto preventivo sobre el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante.
- Algunos estudios han comunicado que tiene un efecto positivo en el desarrollo cognitivo.

PARA LA MADRE

- Disminuye el riesgo de hemorragia y anemia tras el parto.
- Recupera antes su peso habitual.
- Se produce una remineralización más rápida y disminuye el riesgo de osteoporosis postmenopáusicas.
- Reduce el riesgo de cáncer de ovario y de mama.

90 / Programa de Atención al Niño y al Adolescente



TANTO PARA LA MADRE COMO PARA EL NIÑO

La lactancia materna establece un **estrecho vínculo afectivo** proporcionando consuelo, cariño, seguridad y estímulo. La madre también se siente más segura y aumenta su autoestima.

VARIACIONES DE LA LECHE MATERNA

La leche materna varía en composición y cantidad de una mujer a otra, y en la misma mujer entre el inicio y el fin de la tetada, en función de la hora del día e incluso según avanza la lactancia.

1. El **calostro** se produce **durante la primera semana** después del parto. Son pocos centímetros cúbicos, con muchas proteínas y anticuerpos beneficiosos para el recién nacido; tiene efecto laxante y ayuda a eliminar el meconio.
2. Entre el **4º y 5º día** comienza la **leche de transición** ("subida de la leche", muy variable en intensidad de unas mujeres a otras).
3. **Hacia la segunda semana** va evolucionando hacia la **leche madura**, de aspecto más líquido pero que es secretada en mayor cantidad, porque ya el lactante mama más volumen cada vez.

Al principio de cada toma es más líquida y contiene más proteínas y azúcares. Al final es más espesa y blanca, y contiene más vitaminas y grasas que proporcionan saciedad. Contiene vitamina D, por lo que es excepcional el raquitismo en niños

alimentados al pecho. También contiene agua en cantidad adecuada, por lo que no es necesario ofrecerle líquidos adicionales.

Para mantener la producción de leche es fundamental la estimulación y succión periódicas del pezón, que aumentan y mantienen los niveles de prolactina; pese a que no parece que estos niveles tengan que ser muy altos, sí que influye el suspender la lactancia más de 12 horas para que disminuya considerablemente la producción de leche, sobre todo por las noches, que es cuando ocurre la mayor secreción de esta hormona.

Además, el propio lactante varía su hambre en función de múltiples situaciones (brotes de crecimiento, catarros, dentición, olores, ruidos, experiencia, necesidad de mimos...).

TÉCNICA PARA AMAMANTAR

Ponerle al pecho en los primeros minutos de vida garantiza el establecimiento de la lactancia y el vínculo y seguridad materno-infantil. El bebé recuperará antes el peso que tuvo al nacer.

POSTURAS

La madre puede adoptar diversas posturas para dar el pecho; lo fundamental en cualquiera de ellas es que el bebé esté bien colocado y la madre esté cómoda. Es esencial acercar al niño al pecho colocándolo de frente, con la nariz a la altura del pezón, de manera que con los movimientos básicos de su reflejo de búsqueda pueda alcanzarlo, sin posturas forzadas del

Programa de Atención al Niño y al Adolescente / 91





pecho materno o del niño (que no tenga que girar, subir o bajar la cabeza para alcanzarlo). "Barriga con barriga": su abdomen frente al de la madre.

ADAPTACIÓN

Al ponerlo, hay que esperar a que abra bien la boca (con la lengua hacia fuera) para que abarque el pezón y buena parte de la areola, haciendo que la succión sea eficaz. El labio inferior quedará vuelto hacia fuera. No hay que poner los dedos por delante; mantenerlos "en tijera" dificulta el agarre del niño y el vaciado de la mama.

Si el pecho es muy grande, se puede sujetar con la mano contraria, el pulgar por arriba de la areola (sin oprimir la mama) y los dedos por debajo (la mano en forma de "C"). En las primeras tomas se le puede ayudar comprimiendo suavemente con los dedos las areolas para sacar unas gotas justo antes de poner al niño al pecho.

TOMAS

Se comienza por el último pecho de la toma anterior para vaciarlo bien, así se estimulará más la producción de leche. Al final de la tetada el niño mama cada vez más despacio, hasta que suelta el pecho por sí mismo cuando está saciado.

Después de la toma, se mantendrá al bebé verticalmente, ya que algunas veces necesitará eructar.

Debe ofrecerse el pecho cada vez que lo pida; no



importa el tiempo que haya pasado desde la vez anterior. Cada niño lleva su ritmo. Cuando suelte un pecho se le ofrecerá el segundo; si no lo quiere, es que no tiene más hambre.

Lo mejor es alimentarle a demanda, sin obsesiones por tomas ni horarios: darle cuando el niño tenga hambre, y tanto como quiera.

HIGIENE

En cuanto a la **higiene**, la lactancia es un periodo normal, una consecuencia natural de dar a luz, por lo que no hay ninguna necesidad de "preparar el pecho" durante el embarazo ni tras el parto. Antes de cada toma hay que lavarse las manos, con agua y jabón pero no areolas ni pezones. Con una ducha diaria basta.

LO QUE DEBE SABER LA MADRE SOBRE SUS PROPIOS CUIDADOS

- Debe seguir una dieta variada y equilibrada.
- Beber mayor cantidad de líquidos (agua, leche y derivados, zumos naturales).
- Mantener una postura correcta de amamantamiento.
- Comprobar el vaciado alterno de los pechos.
- Dormir y descansar siempre que lo necesite.
- No fumar ni beber bebidas alcohólicas.

- No consumir en exceso bebidas o alimentos estimulantes (café, té, colas ó chocolate).

LO QUE DEBE OBSERVAR LA MADRE EN SU HIJO

- El ritmo y duración de las tomas. No hay que alarmarse si el niño no toma el segundo pecho.
- Si el niño mama de 8 a 12 veces al día.
- Si el bebé está tranquilo y duerme bien.
- Si moja 5 ó más pañales al día.
- Que las deposiciones sean blandas, aunque no sean diarias.
- Si el aumento de peso es el adecuado.

Se puede **amamantar a gemelos**, ya que el pecho se adaptará a las necesidades de ambos; una vez que se practique la técnica de amamantarlos a la vez, se ganará tiempo.

La leche materna es la mejor fuente de alimento para un **niño prematuro**, ya que determinados componentes protegen al niño frente algunas infecciones. Debido al reducido tamaño de su estómago las tomas deben hacerse en cantidades más pequeñas y a intervalos más frecuentes, por lo que es posible que el niño no vacíe completamente las mamas; por tanto, para procurar una producción de leche adecuada durante las primeras semanas, puede ser

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

02 Áreas Temáticas de Apoyo al Programa

necesario el ordeño manual o mecánico y guardarla para una toma posterior.

Un niño prematuro requiere mucha energía para succionar, tiene la boca pequeña y debilidad en los músculos para succionar, por lo que necesitará que le faciliten la tarea, sujetándole la cabeza, el cuello y los hombros cuando vaya a mamar. Es importante que el ambiente donde el niño vaya a mamar sea tranquilo, sin luces ni ruidos que puedan distraerle y con una temperatura adecuada.

Los controles de salud del niño (peso, talla, excretas...) indicarán si está recibiendo la alimentación necesaria para su crecimiento y desarrollo.

AMAMANTAR EN PRESENCIA DEL PÚBLICO
Dar el pecho en público es un derecho que tiene tanto la madre como su hijo, y es aceptado socialmente. Es fácil amamantar discretamente, de manera que el pecho no quede al descubierto, utilizando ropa adecuada.

CONSERVACIÓN Y USO DE LA LECHE ALMACENADA
La madre puede sacarse la leche en casa o en el trabajo, manualmente o con sacaleches (figura 1), y guardarla para dársela más tarde a su hijo: la leche materna mantiene sus propiedades 10 horas a temperatura ambiente, 48 horas en frigorífico (sin congelar), y algunas semanas en el congelador, siendo conveniente utilizar recipientes de plástico, no de vidrio. Al descongelar, no utilizar microondas ni calor directo o excesivo.

Es importante que no se utilicen biberones para evitar que el bebé se acostumbre, se puede dar con un vasito, cucharilla, cuentagotas o jeringas.

CÓMO TRATAR LOS PROBLEMAS DE LAS MAMAS

La ausencia de dolor, de lesiones y que las mamas estén blandas, sobre todo al final de la tetada, indican buena salud mamaria.

INGURGITACIÓN O HINCHAZÓN MAMARIA
Antes de la toma, el calor local en las mamas (una ducha suave y caliente, manta eléctrica, bolsa de agua caliente, etc.) puede facilitar la salida de la leche, en este momento se pondrá al niño a mamar.

Se debe dar el pecho más a menudo, cada hora y media o dos, dejándole terminar el primero. Es mejor un pecho bien tomado que dos a medias. Si el niño no mama lo suficiente para aliviar la hinchazón sería conveniente la extracción manual o con sacaleches.

Después de la toma, el frío durante unos minutos (no más de 20) puede aliviar bastante.

GRIETAS
Para prevenir las grietas, o para curarlas, la madre debe asegurarse de que el niño está bien colocado al pecho. Se le debe dar de mamar a menudo, y tras la toma, se puede extender unas gotas de leche sobre pezones y areolas como si fuera una crema, dejándolas secar al aire. Hay que evitar los empapadores húmedos y cambiarlos tan a menudo como sea preciso.

MASTITIS
La mama se encuentra enrojecida, caliente y dolorosa, pudiendo llegar a infectarse y aparecer fiebre, náuseas y vómitos.

94 / Programa de Atención al Niño y al Adolescente

No es aconsejable abandonar la lactancia, ya que el problema puede agravarse; en cambio, se puede solucionar éste con medicación y un vaciado adecuado de la mama, bien con la succión del niño o bien con medidas artificiales.

CONTRAINDICACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA

Algunas enfermedades neurológicas y cardiopatías graves pueden dificultar la succión, pero siempre es beneficiosa la ingestión de la leche de la madre. Si ésta padece enfermedades graves (insuficiencia cardíaca, renal, hepática, neoplasias) también será necesario valorar la conveniencia o no de la lactancia materna.

Las contraindicaciones absolutas son:

- Galactosemia
- Tuberculosis materna activa
- Madre VIH positiva
- Medicación materna contraindicada en la lactancia

Los fármacos contraindicados o cuyos efectos son desconocidos o motivo de precaución en madres lactantes se encuentran en el apartado ANEXOS.

03

Figura 1 - Sacaleches.

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Programa de Atención al Niño y al Adolescente / 95

ANEXO 6

MAPA SANITARIO DE LA REGIÓN DE MURCIA DELIMITADO POR ÁREAS DE SALUD / CENTROS DE SALUD



Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social

Dirección General de Planificación, Ordenación
Sanitaria y Farmacéutica e Investigación

Servicio de Planificación y
Financiación Sanitaria

www.murciasalud.es/planificacion

ZONAS DE SALUD Y EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA (EAP)

Nº de Zonas: 90 Nº de Zonas con EAP: 85 Nº de Zonas con CS: 85

ÁREA 1 MURCIA OESTE (15)			ÁREA 2 CARTAGENA (17)			ÁREA 3 LORCA (11)		
ZONA	CENTRO	Fecha EAP	ZONA	CENTRO	Fecha EAP	ZONA	CENTRO	Fecha EAP
01	ALCANTARILLA/CASCO	1992	26	CARTAGENA/OESTE.	1993	44	AGUILAS/SUR	15/9/97
02	ALCANTARILLA/SANGONERA	1985	27	CARTAGENA/MOLINOS MARFAGONES	1993	68	AGUILAS/NORTE (1)	1985
03	ALHAMA DE MURCIA	1/4/95	28	CARTAGENA/SAN ANTON	1985	45	LORCA/CENTRO.	1991
05	MULA	1993	29	CARTAGENA/LOS BARREROS	1/11/95	46	LORCA/SAN DIEGO	1985
08	MURCIA/ESPINARDO	1/4/95	30	CARTAGENA/LOS DOLORES.	1993	47	LORCA/SAN JOSE	1993
10	MURCIA/SAN ANDRES	1/4/95	31	CARTAGENA Bº PERAL	1993	48	LORCA/LA PACA	1992
19	MURCIA/LA NORA	1985	32	CARTAGENA/POZO ESTRECHO	1993	49	PUERTO LUMBREBRAS	1993
20	NONDUERMAS	1993	33	CARTAGENA/ESTE	1993	50	TOTANA/NORTE	1985
21	MURCIA/LA ALBERCA	1/10/96	34	CARTAGENA/CASCO.	1985	84	LORCA/SUTULLENA (4)	02/03/2015
22	MURCIA/ALGEZARES	1993	35	CARTAGENA/SANTA LUCIA	15/11/95	85	TOTANA/SUR (4)	17/11/2014
23	MURCIA/EL PALMAR	1/5/97	36	CARTAGENA/MAR MENOR	1993	88	LORCA/SAN CRISTOBAL (5)	No hay EAP
24	MURCIA/CAMPO DE CARTAGENA	1/4/95	37	FUENTE ALAMO	1993			
74	MURCIA/SANGONERA LA VERDE (3)	2000	38	MAZARRON	1990			
80	MURCIA/ALJUCER (4)	1/11/2010	42	LA UNION.	1988			
90	LIBRILLA (6)	No hay EAP	43	LA MANGA	1992			
			82	PUERTO DE MAZARRÓN (4)	1/02/2007			
			87	CARTAGENA/SANTA ANA (5)	No hay EAP			
ÁREA 4 NOROESTE (6)			ÁREA 5 ALTIPLANO (3)			ÁREA 6 (17) VEGA MEDIA DEL SEGURA		
ZONA	CENTRO	Fecha EAP	ZONA	CENTRO	Fecha EAP	ZONA	CENTRO	Fecha EAP
51	BULLAS	1991	57	JUMILLA	1988	06	MURCIA/VISTA ALEGRE	1/10/96
52	CALASPARRA	17/5/93	58	YECLA ESTE	1990	07	MURCIA/STA. M. GRACIA	1985
53	CARAVACA.	1988	76	YECLA OESTE (3)	2001	09	MURCIA/CABEZO TORRES	1/4/95
54	CARAVACA/BARRANDA.	1993				11	MURCIA/CENTRO	1/4/95
55	CEHEGIN	1991				59	ABANILLA	1993
56	MORATALLA	1991				61	ALGUAZAS	1993
						62	ARCHENA	1990
						64	FORTUNA	1993
						65	MOLINA/ NORTE	1985
						66	MOLINA/SUR	1992
						67	TORRES DE COTILLAS	1991
ÁREA 7 MURCIA/ESTE (12)			ÁREA 8 MAR MENOR (5)			ÁREA 9 VEGA ALTA DEL SEGURA (4)		
ZONA	CENTRO	Fecha EAP	ZONA	CENTRO	Fecha EAP	ZONA	CENTRO	Fecha EAP
04	BENIEL	1/2/96	39	SAN JAVIER	1988	60	ABARAN	1/11/97
12	MURCIA/VISTABELLA	1985	40	SAN PEDRO DEL PINATAR	1988	63	CIEZA/ESTE (1)	1985
13	MURCIA/BENIJAN	1991	41	TORRE PACHECO/ESTE	1985	69	CIEZA/OESTE	13/10/2011
14	MURCIA/ALQUERIAS	1/5/96	73	LOS ALCAZARES (3)	1/06/2000	70	BLANCA (1)	1/10/97
15	MURCIA/PUENTE TOCINOS	1/4/95	83	TORRE PACHECO/OESTE (4)	1/11/2009			
16	MURCIA/MONTEAGUDO	1/2/96						
17	MURCIA/BARRIO DEL CARMEN	1985						
18	MURCIA/INFANTE JUAN MANUEL	11/3/93						
25	SANTOMERA	1985						
75	MURCIA/SANTIAGO EL MAYOR (2)	17/02/2015						
81	MURCIA/FLORIDABLANCA (4)	20/03/2014						
86	MURCIA/LLANO DE BRUJAS (5)	1/09/2009						

Fecha actualización: 13/07/2015

Fuente: Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación.
(1) Orden 18/01/1994 (BORM 28/01/1994) (3) Orden 13/10/1999 (BORM 29/10/1999) (5) Orden 24/04/2009 (BORM 07/05/2009)

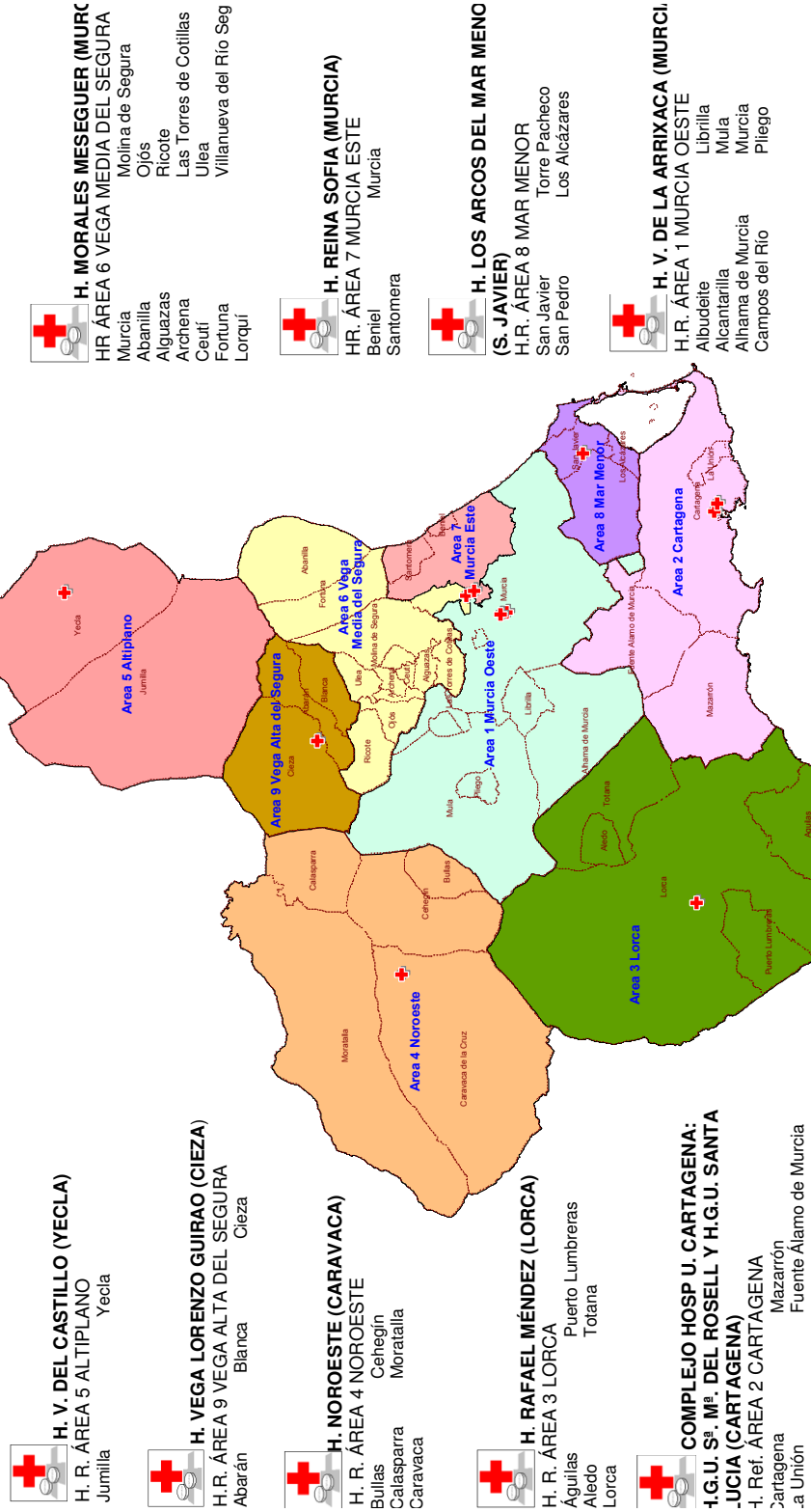
Servicio de Planificación
Financiación Sanita

Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Consumo
Dirección General de Planificación, Ordenación
Sanitaria y Farmacéutica e Investigación

HOSPITALES DE REFERENCIA DE LAS ÁREAS DE SALUD Y MUNICIPIOS DE LA REGION DE MURCIA.

Mapa Sanitario 2009

Fecha actualización: 31/12/2011










Región de Murcia
 Consejería de Sanidad y Política Social
 Dirección General de Planificación, Ordenación
 Sanitaria y Farmacéutica e Investigación

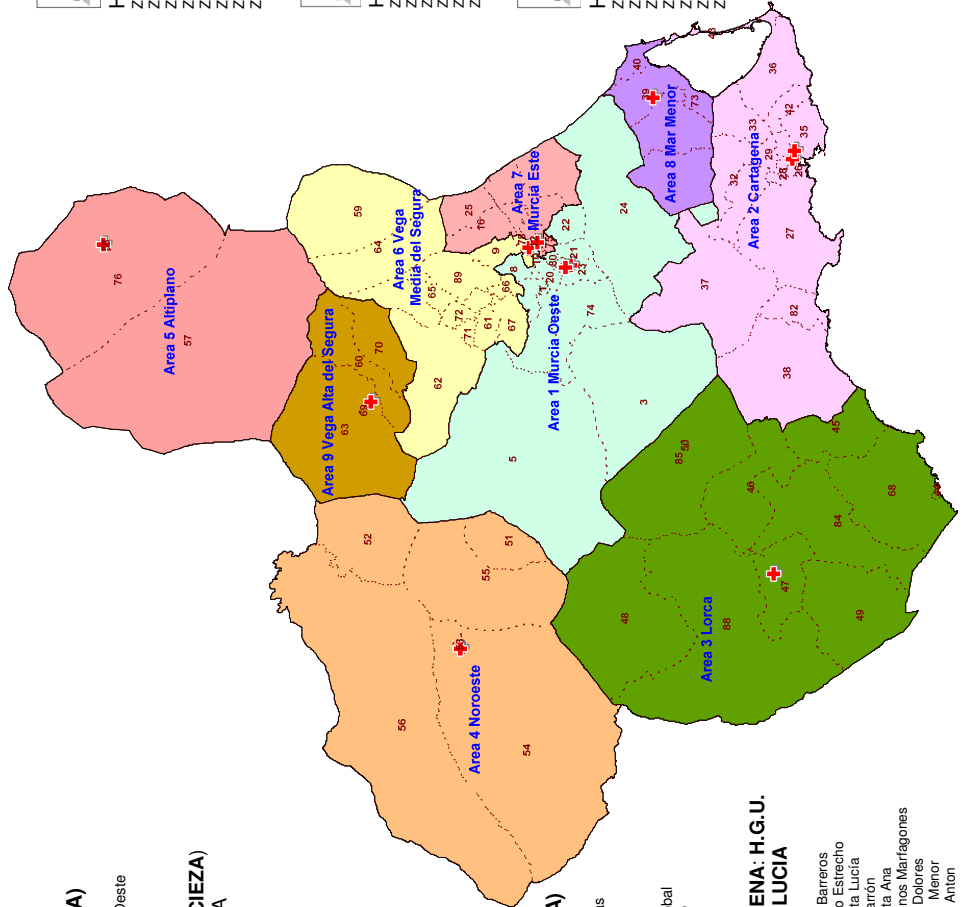
Servicio de Planificación y
 Financiación Sanitaria
 www.murciasalud.es/planificacion

HOSPITALES DE REFERENCIA DE LAS ÁREAS DE SALUD Y ZONAS BÁSICAS DE LA REGIÓN DE MURCIA.

Fecha actualización. 31/12/2011

Mapa Sanitario 2009


-  **H. V. DEL CASTILLO (YECLA)**
 R. ÁREA 5 ALTIPLANO
 Zona 57 Jumilla Zona 58 Yecla Este Zona 76 Yecla Oeste
-  **H. VEGA LORENZO GUIRAO (CIEZA)**
 R. ÁREA 9 VEGA ALTA DEL SEGURA
 Zona 60 Abarán Zona 63 Cieza Este
 Zona 69 Cieza Oeste Zona 70 Blanca
-  **H. NOROESTE ARAVACA)**
 R. ÁREA 4 NOROESTE
 Zona 51 Bullas Zona 54 C/Barranda
 Zona 53 Caravaca Zona 55 Cehugin
 Zona 56 Moratalla Zona 52 Calasparra
-  **H. RAFAEL MÉNDEZ (LORCA)**
 R. ÁREA 3 LORCA
 Zona 44 Águilas/Sur
 Zona 45 Águilas/Norte
 Zona 46 Lorca/Centro
 Zona 47 Lorca/San José
 Zona 48 Lorca/La Paca
 Zona 49 Puerto Lumbreras
 Zona 50 Totana Norte
 Zona 84 Lorca/Sutullena
 Zona 85 Totana Sur
 Zona 88 Lorca/San Cristóbal
 Zona 46 Lorca/San Diego
-  **COMPLEJO HOSP U. CARTAGENA: H.G.U. DEL ROSELL Y H.G.U. SANTA LUCIA**
 Ref. ÁREA 2 CARTAGENA
 Zona 26 Cartagena/Oeste
 Zona 31 Cartagena/Peral
 Zona 32 Cartagena/Pozo Estrecho
 Zona 35 Cartagena/Santa Lucía
 Zona 62 Puerto de Mazarrón
 Zona 87 Cartagena/Santa Ana
 Zona 27 Cartagena/Molinos Marfágones
 Zona 30 Cartagena/Los Dolores
 Zona 36 Cartagena/Mar Menor
 Zona 28 Cartagena/San Anton



-  **H. MORALES MESEGUER (MURCIA).**
 HR. ÁREA 6 VEGA MEDIA DEL SEGURA
 Zona 6 Murcia/Vista Alegre
 Zona 7 Murcia/Zarandona
 Zona 8 Murcia/El Hameiro
 Zona 11 Murcia/Centro
 Zona 61 Alguazas
 Zona 62 Archena
 Zona 66 Molina/Sur
 Zona 67 Torres de Cotillas
 Zona 89 Molina/Este
 Zona 71 Ceutí
 Zona 72 Lorquí
 Zona 7 Murcia/Sta. M^{te} de Gracia
 Zona 77 Murcia/Sgo. y Zaralche

-  **H. REINA SOFIA (MURCIA)**
 HR. ÁREA 7 MURCIA ESTE
 Zona 4 Beniel
 Zona 75 Murcia/Santiago el Mayor
 Zona 17 Murcia/B^{te} Carmen
 Zona 18 Murcia/Infante
 Zona 81 Murcia/Floridablanca
 Zona 25 Santomera
 Zona 14 Murcia/Aiqueñas
 Zona 12 Murcia/Visibella
 Zona 16 Murcia/Monteagudo

-  **H. V. DE LA ARRIXACA (MURCIA)**
 H.R. ÁREA 1 MURCIA OESTE
 Zona 1 Alcantarilla
 Zona 8 Murcia/Espinardo
 Zona 10 Murcia/San Andrés
 Zona 19 Murcia/La Nora
 Zona 22 Murcia/Algezares
 Zona 23 Murcia/El Palmar
 Zona 80 Murcia/Ajuicer
 Zona 5 Mula
 Zona 20 Murcia/Nonduermas
 Zona 21 Murcia/La Alberca
 Zona 3 Alhama
 Zona 24 Murcia/Campo de Cartagi
 Zona 74 Murcia/Sangonera la Ver
 Zona 2 Alcantarilla/Sangonera la S

-  **H. LOS ARCOS DEL MAR MENOR (S. JAVIER)**
 H.R. ÁREA 8 MAR MENOR
 Zona 39 San Javier
 Zona 40 San Pedro
 Zona 83 Torre Pacheco/Oeste
 Zona 73 Los Alcázares

ANEXO 7

ANÁLISIS FACTORIAL

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	8,254	8,509	8,509	8,254	8,509	8,509	6,645	6,851	6,851
2	6,241	6,434	14,943	6,241	6,434	14,943	4,391	4,527	11,378
3	4,048	4,173	19,116	4,048	4,173	19,116	3,137	3,234	14,612
4	3,378	3,482	22,598	3,378	3,482	22,598	3,007	3,100	17,712
5	2,761	2,847	25,445	2,761	2,847	25,445	2,720	2,804	20,517
6	2,548	2,627	28,072	2,548	2,627	28,072	2,699	2,782	23,299
7	2,201	2,269	30,341	2,201	2,269	30,341	2,456	2,532	25,831
8	2,101	2,166	32,507	2,101	2,166	32,507	2,385	2,459	28,289

Método de extracción: Análisis de Componentes 273rincipals.

IMPACTO DE LAS REDES DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN LA REGIÓN DE MURCIA

ANÁLISIS FACTORIAL (N=430)	COMPONENTE							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Me siento satisfecha con los servicios	,880		-,148					
Me siento escuchada	,869		-,180					
Me siento apoyada	,850		-,135					
Me ha ayudado a seguir lactando	,822		-,117					
Tiempo suficiente	,819							
Me ha ayudado a resolver problemas	,778		-,115		-,115			
Tiempo de espera razonable	,766							
Recomendaría el servicio	,733	,111			-,189			
Me parece necesario	,662		,118	-,123	-,203			
INICIO PROBLEMAS		,752						,170
No problemas		-,705						
No he tenido problemas	,171	,646				-,130	-,132	,124
Sin problemas		-,550				-,155		
NÚMERO DE CONSULTAS	,117	-,476	-,104	-,390		-,284		
PRIMERA CONSULTA	-,201	,441	,268	,179		,218		,173
CONSULTA AMIGO/FAMILIAR	-,108	,406	,214	,123	-,187	,153		,107
Grietas		,396				,117		-,115
Problemas enganche		,383				-,175		,105
Pezón plano/invertido	,103	,304			-,135	-,103		
Info. Clases preparación parto		,112	,644			-,104		
No recibió información	,142	-,103	-,499	-,107				
No buscó información			-,482			-,110	-,142	-,137
Info. Matrn/a			,480		,433	,125		
Info. Charla/Debate			,459	,325	,116			
Info. Libros/ Estudios	-,105		,416	,216	-,112			-,104
No he sabido a donde acudir	-,125		,369		,144	-,183	,143	-,134
ESTUDIOS		-,110	-,339			-,181	,158	,267
Me gustaría tener más servicios	,255		,277	-,184				
Apoyo grupo de apoyo	-,139		,110	,810				
Consulta grupo apoyo	-,143	,134	,109	,778				
Info. Grupo de apoyo	-,121			,751		-,103		
DURACIÓN LM (MESES)		,350		-,372	,148	-,103		
AYUDA C.S	-,166			,134	,644	,164		
Consulta 274rinci/a		,161	,234		,536	,204		,115
AYUDA PLANTA	-,219				,519	,193		
AYUDA PARITORIO/RECU.					,517	,101	,112	
Apoyo profesional			,170	,196	,321	,162	-,191	

IMPACTO DE LAS REDES DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN LA REGIÓN DE MURCIA

LACTÓ SU MADRE			,246	-,251			-215
Info. Médico/a	-115			,127	,598		
Info. Enfermero/a				,245	,584		,133
Consulta pediatra		,267	,136		,571	,126	
Consulta enfermero/a				,308	,462		,122
Dudas calidad		,261	-113	,135	,363		
PIEL CON PIEL			,145			,677	
TIEMPO INICIO LACTANCIA	-128	-124		,131		,672	
PARTO				,203	-166	,596	-169
INGRESO NEONATOS					-124	-,572	
EMBARAZO						,305	,136
EXPERIENCIA LACTANCIA ANTERIOR		-241				,148	-,775
NÚMERO HIJOS		,109	,122				,765
EDAD			-170	,302		,179	,400
INTENCIÓN DE LACTAR			,315	-298	-255		-,338

ANEXO 8

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS EN CONGRESOS

VIII Congreso Español de Lactancia Materna

“Construyendo Salud”

Palacio Euskalduna. Bilbao
26, 27 y 28 de febrero de 2015

RESUMEN DE COMUNICACIÓN CIENTÍFICA

TÍTULO	CALIDAD PERCIBIDA POR LAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE APOYO A LA LACTANCIA DE LA REGIÓN DE MURCIA
---------------	---

Antecedentes y objetivos: En los países desarrollados sanitariamente, la calidad percibida es una herramienta imprescindible en la gestión sanitaria. Por ello, nos proponemos como objetivo general de éste estudio, analizar y describir la calidad percibida por las usuarias de las redes de apoyo a la lactancia de la Región de Murcia.

Material y métodos: El diseño del estudio se plantea desde un marco cuantitativo, descriptivo observacional de corte transversal. El instrumento utilizado para el estudio, fue un cuestionario pertinente y válido a nivel de contenido y de constructo, capaz de medir el impacto de las redes de apoyo a la lactancia a través de 5 dimensiones; siendo el principal componente, la satisfacción o calidad percibida.

El estudio se realizó de Junio a Agosto de 2014, en el Área I de Salud de la Región de Murcia, a un total de 170 mujeres que acudieron a la revisión del niño sano de su Centro de Salud, que contaron con alguna experiencia sobre lactancia y que quisieron participar en el estudio de forma desinteresada. Los resultados fueron posteriormente analizados con el programa SPSS Statistics 20.0.

Resultados: La calidad percibida por las usuarias se midió por medio de una pregunta tipo Likert que se desarrolló a través de doce afirmaciones. Las cinco categorías de respuesta para cada ítem fueron "total desacuerdo (1)", "desacuerdo (2)", "neutral (3)", "de acuerdo (4)" y "totalmente de acuerdo (5)". Aunque el 65,1% de las mujeres estaban totalmente de acuerdo con la afirmación de "me gustaría disponer de más redes de apoyo a la lactancia", la puntuación media sobre la calidad percibida sobre los servicios fue alta, oscilando de un 3,8 a un 4,38 sobre 5. El 82.9% estaba de acuerdo o totalmente de acuerdo con la afirmación de "recomendaría el servicio consultado a cualquier amigo o familiar" y al 85,8% le pareció necesaria la red de apoyo a la que acudió.

Afirmación	Puntuación Media (aproximada)
TIEMPO DE ESPERA RAZONABLE	3,8
DURACIÓN CONSULTA SUFICIENTE	3,8
AYUDÓ A RESOLVER PROBLEMAS	3,8
SE SIENTE APOYADA	4,38
LE AYUDÓ A SEGUIR LACTANDO	4,38
SE SIENTE ESCUCHADA	4,38
ESTÁ SATISFECHA	4,38
LO RECOMENDARÍA	4,38
LE GUSTARÍA DISPONER DE MÁS	4,38
EL SERVICIO ES NECESARIO	4,38

Conclusiones: Los resultados demuestran que la mayoría de usuarias de las redes de apoyo a la lactancia de la Región de Murcia se sienten satisfechas con los servicios recibidos. Pudiendo afirmar que la calidad percibida es buena.

VIII Congreso Español de Lactancia Materna

VIII Congreso Español de Lactancia Materna "Construyendo Salud"

Palacio Euskalduna. Bilbao
26, 27 y 28 de febrero de 2015

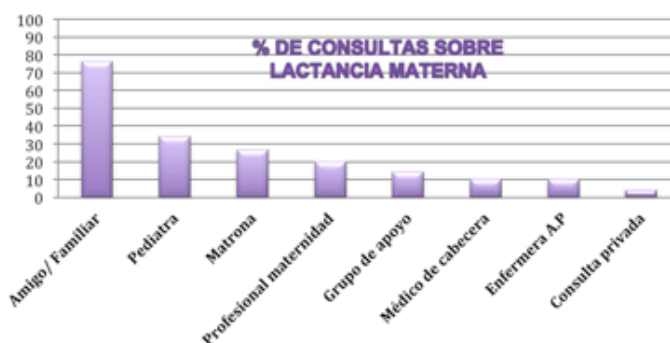
RESUMEN DE COMUNICACIÓN CIENTÍFICA

TÍTULO CONSULTAS REALIZADAS POR LAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE APOYO A LA LACTANCIA DE LA REGIÓN DE MURCIA

Antecedentes y objetivos: Para fomentar las labores de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, resulta necesario conocer todos los aspectos relacionados con la dimensión "consultas de lactancia". Nos planteamos como objetivo del estudio, valorar los principales motivos de consulta así como los profesionales o servicios de apoyo a la lactancia más demandados por las mujeres que lactan de la Región de Murcia.

Material y métodos: Se realizó un estudio cuantitativo observacional, por medio de un cuestionario validado. La muestra fue de 190 mujeres que acudieron a los Centro de Salud de Alcantarilla, Sangonera, San Andrés y El Palmar, durante los meses de Junio y Julio de 2014. El criterio de inclusión para las mujeres que participaron en el estudio fue que estuvieran dando o hubieran dando el pecho a algún hijo.

Resultados: El principal motivo de consulta fue la mastitis (41,4%), seguida de "tengo dudas sobre si mi bebé se queda con hambre" (34,3%). Del total de mujeres que participaron en el estudio, el 87% reconoció haber tenido algún problema durante la lactancia, pero solo el 77,5% de éstas consultó su problema o duda con algún servicio de apoyo a la lactancia. Resulta curiosa la influencia de los amigos o familiares, siendo éstos los más consultados para resolver dudas o problemas relacionados con la lactancia (76,3%). Los profesionales más demandados fueron los pediatras (34,3%), seguidos de las matronas (26,6%) y las enfermeras de maternidad (20,1%). La media del número de consultas fue de 1,20. En la mayoría de los casos (62,7%) los problemas aparecieron durante las tres primeras semanas de vida del bebé, coincidiendo en este caso, con el periodo más frecuente de consultas.



Conclusiones: Los resultados revelan que la mayoría de mujeres tienen algún problema relacionado con la lactancia durante las tres primeras semanas de vida del bebé, pero en muy pocas ocasiones acuden a un profesional destinado a tal efecto, siendo por contra, el apoyo no profesional como amigos o familiares el más demandado por éstas.